

Maltrato infantil: opiniones del personal de salud de un hospital universitario

Opinions of the health staff of a university hospital

Oscar García^a, Julio Torales^a

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar las opiniones que tiene el personal de salud de un hospital de tercer nivel sobre el maltrato infantil. El estudio fue observacional, descriptivo, temporalmente prospectivo, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se encuestó a personal de salud que prestaba servicios en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, por medio de un cuestionario estandarizado. Se entrevistó a 77 profesionales. En lo que hace a los resultados acerca de las creencias sobre los hijos, las opciones “no mostrarle afecto” y “no atender sus necesidades básicas” fueron significativamente más graves para las mujeres. En cuanto a las creencias relacionadas con los padres, los comportamientos más observados en la vida cotidiana fueron “gritos” y “amenazas”. En cuanto a la gravedad y frecuencia de la conducta, se observó que el mayor acuerdo estuvo en que “los padres que usan drogas tienen más probabilidades de maltratar a sus hijos”. Para hacer frente a la problemática del maltrato infantil, desde el ámbito de la salud pública, es fundamental conocer si los profesionales tienen las herramientas y conocimientos suficientes para abordar esta situación, y establecer planes para mejorar dichos conocimientos. En Paraguay, el maltrato infantil no es infrecuente. La negligencia o abandono es el maltrato más frecuente, seguido por abuso sexual.

Palabras clave: maltrato infantil, conocimientos, opiniones, personal de salud

Abstract

The objective of this research was to determine the opinions that the health personnel of a tertiary hospital have on child abuse. The study was observational, descriptive, temporally prospective, with non-probabilistic sampling of consecutive cases. Health personnel who provided services at the Hospital de Clínicas of the National University of Asunción were surveyed using a standardized questionnaire. 77 professionals were interviewed. With regard to the results regarding beliefs about children, the options “not showing

^a Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Paraguay.

Correspondencia a:
kikegarcia25@gmail.com

Recibido:
29 de octubre de 2020
Aceptado:
19 de noviembre de 2020



Artículo publicado en acceso abierto bajo la Licencia Creative Commons.

Cita:
García, O., & Torales, J. (2020). Maltrato infantil: opiniones del personal de salud de un hospital universitario. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, 5, 91-90.

affection” and “not meeting their basic needs” were significantly more serious for women. Regarding beliefs related to parents, the behaviors most observed in daily life were “yelling” and “threats”. Regarding the severity and frequency of the behavior, it was observed that the highest agreement was that “parents who use drugs are more likely to abuse their children.” In order to face the problem of child abuse, from the public health sphere, it is essential to know if professionals have enough tools and knowledge to address this situation, and to establish plans to improve said knowledge. In Paraguay, child abuse is not uncommon. Neglect or abandonment is the most frequent abuse, followed by sexual abuse.

Keywords: child abuse, knowledge, opinions, health personnel.

1. Introducción

La definición de maltrato o violencia infantil es compleja e involucra varias aristas, entre las que podemos mencionar los siguientes componentes: abuso físico, negligencia, abuso sexual y abuso emocional (Kairys, 2020).

Existen superposiciones en los tipos e impactos del abuso infantil, donde un niño puede ser descuidado y abusado física y / o sexualmente o puede ser abusado emocional y sexualmente. Además, un tipo de abuso puede incluir una variedad de actos. Se presentan algunos de los tipos de maltrato infantil más descriptos en la literatura.

El abuso emocional como forma de maltrato hacia los niños no es objeto frecuente de investigación, la investigación sobre abuso se centra principalmente en el abuso físico y abuso sexual, sin embargo, es un punto clave a ser analizado (Taillieu et al., 2016; Trickett et al., 2011).

El abuso emocional se puede definir como un patrón repetido de comportamiento del cuidador que les transmite a los niños que son defectuosos, no amados, no deseados, o de valor solo para satisfacer las necesidades de otros (Robinson, 2019).

La frecuencia de abuso emocional en la infancia se encuentra en alrededor del 15 % (Finkelhor et al., 2009), un estudio de Taillieu et al. (2016) encontraron que alrededor del 6% de los encuestados experimentaron negligencia y el 5% experimentó abuso emocional y que

experimentar tanto abuso emocional como negligencia es alrededor del 3% (Robinson, 2019).

El abuso emocional infantil se ha asociado con una variedad de impactos negativos en problemas de salud mental a largo plazo, como la depresión (Gibb et al., 2007), estrés postraumático (Robinson, 2019) y (Gibb et al., 2007), trastornos de ansiedad (Hamilton et al., 2014) y trastornos disociativos y psicóticos (Ackner et al., 2013).

Se sugiere que la negligencia infantil es uno de los tipos más comunes de abuso infantil a nivel mundial (Mennen, 2010) se estima que la tasa de prevalencia mundial de negligencia infantil es alrededor del 16% de los niños por negligencia física y poco más del 18% por negligencia emocional. A pesar de esto, se considera que la negligencia infantil tiene la menor atención académica y pública de todas las otras formas de abuso, una situación que los investigadores han acuñado como ‘la negligencia de la negligencia’ (Mulder et al., 2018).

Una definición general de negligencia infantil podría ser la falta repetida de satisfacer las necesidades físicas o psicológicas de un niño que resulta en un deterioro grave de la salud o el desarrollo infantil (Dubowitz, 2014).

La negligencia juega un papel importante en una serie de efectos problemáticos, como una mayor presentación de conductas internalizantes y externalizantes y la falta de resiliencia del

ego. Los efectos a largo plazo informados de la negligencia infantil incluyen retrasos en el desarrollo cognitivo y emocional; bajo rendimiento escolar.

Los efectos a largo plazo informados de la negligencia infantil incluyen retrasos en el desarrollo cognitivo y emocional; bajo rendimiento escolar; comportamiento antisocial y asociación con compañeros desviados; apegos inseguros; dificultades con la regulación emocional; y una mayor reactividad al miedo y cognición negativa, afectos y efectos conductuales. Además, los estudios apoyan la sobrerrepresentación de los niños abandonados en las muestras de bienestar (Mennen et al., 2010).

El abuso físico infantil incluye actos físicos contra un niño o la omisión de actos que protegen a un niño del abuso físico. Estos actos incluyen golpear con una parte del cuerpo o arma (como un palo o cinturón), patear, golpear, empujar, arrojar al niño, arrastrar y soltar, sacudir, asfixiar, quemar y envenenar (Robinson, 2019).

El abuso físico tiende a relacionarse con acciones realizadas por un padre / cuidador / persona autorizada. Aunque el abuso sexual también puede considerarse una forma de abuso físico, particularmente cuando se trata de un trauma, el abuso sexual puede ser perpetrado por personas que no lo cuidan, como conocidos, familiares lejanos o extraños.

Se ha examinado e informado los hallazgos de estudios que evalúan los factores de riesgo de abuso físico infantil y, como era de esperar, la mayoría refleja los factores de riesgo de otros tipos de abuso. Estos incluyen la edad de los padres jóvenes y la baja educación de los padres, el historial de abuso infantil de los padres, el tratamiento psiquiátrico o el historial de violencia; antecedentes familiares de IPV; y un nivel socioeconómico bajo.

También se presentan varios factores de riesgo cognitivo, incluida la empatía e inteligencia emocional de los padres, los niveles de frustración y tolerancia de los padres). Investigaciones recientes indican que las tasas de abuso físico infantil pueden

reducirse si se identifican y abordan los factores de riesgo ambiental y los primeros signos de abuso físico (como hematomas atípicos o lesiones centinela).

Una representación excesiva de cogniciones negativas en un cuidador puede aumentar el riesgo de daño físico a un niño, por lo que el cuidador interpreta la acción o los comportamientos de un niño como hostiles o intencionalmente negativos.

Los efectos negativos del abuso sexual infantil sobre los resultados biopsicosociales a corto y largo plazo, independientemente del sexo, son incuestionables.

Las tasas de prevalencia en todo el mundo varían significativamente con respecto al sexo y la ubicación geográfica, en gran parte debido a las diferencias en las normas o creencias sociales, religiosas y culturales.

Se informa que la prevalencia general es del 13 % en los estudios de autoinforme y del 4/1000 en los estudios con informantes. La prevalencia autoinformada es más común entre las mujeres (18 %) que entre los hombres (8%). Las tasas más bajas tanto para las niñas (12%) como para los niños (<1%) se encontraron en Asia, y las tasas más altas se encontraron para las niñas en Australia (20%) y para los niños en África (19 %). Estos índices confirman tanto el alcance del problema como los desafíos metodológicos, particularmente en las mediciones autoinformadas.

Los resultados y las consecuencias del abuso sexual infantil en la niñez y hasta la edad adulta son ampliamente reportados por una gran cantidad de literatura. Los más examinados y reportados son el trastorno por estrés postraumático, la cognición problemática y los problemas de externalización e internalización, apegos desorganizados o inseguros con los cuidadores primarios que se traducen en relaciones. en la edad adulta, aislamiento social e informes de eventos más traumáticos en la edad adulta.

Las consecuencias de este tipo de abuso traen consigo problemas en el

ámbito sexual en la edad adulta que son significativos y de amplio alcance e incluyen hipersexualidad, compulsividad sexual y conductas sexuales de riesgo (Vaillancourt-Morel, 2016) así como inhibición sexual, evitación o aversión sexual, bajo deseo y dolor vaginal o pélvico

En Estados Unidos entre un 60-70% son menores de 3 años, el 60% son varones, aunque dentro del abuso sexual se reporta un 83 % de niñas. En Colombia se reporta que en el 36% de los hogares se golpea a los niños, mientras que en Guyana el 2 % de la población infantil tiene alguna incapacidad o secuela por maltratos (Suárez, 2001).

En Paraguay se sabe que el maltrato infantil no es infrecuente, que el 38 % de las veces ambos padres son quienes maltratan, el grupo de edad más afectado está entre los 4 y los 14 años (56,5 %) y el sexo más frecuente es el femenino (55 %), la negligencia o abandono fue el maltrato más frecuente (56,5%), seguido por abuso sexual (18,3 %) (Migliorisi, 2009).

También se sabe que este tipo de violencia puede desencadenar en intentos suicidas por parte de los niños, donde en una muestra se encontró que los tipos de maltrato más frecuente fueron la negligencia, el abandono, la violencia intrafamiliar (68,6%) seguidos por abuso sexual (52%) (Zelaya de Migliorisi et al., 2012). El 53,5% de niños reportó ser testigo de violencia entre padres (Arrom et al., 2015).

Lo que no se sabe con certeza es cuánto maltrato existe realmente, recordando que las muestras en investigaciones pueden ser un subregistro de este fenómeno, por lo que se debe saber cuál es la opinión, postura o conocimiento de los profesionales de salud sobre el maltrato infantil, esto puede ayudar a que esta entidad sea reconocida de forma precoz por los profesionales, para lo cual deben ser capaces de detectar signos y manifestaciones de maltrato. Para esto lo primero a tener en cuenta es si los profesionales de la salud tienen una idea clara de lo que es el maltrato y lo que abarca, por ejemplo, que no se limita a maltrato físico.

Teniendo en cuenta que el maltrato infantil no es una entidad infrecuente en el país y que estos hechos tienen gran repercusión emocional y hasta física en estos pacientes, es fundamental conocer si los profesionales de salud tienen las herramientas y conocimientos suficientes para abordar esta situación, por lo que el objetivo de esta investigación es estudiar el conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en personal de salud del Hospital de Clínicas. Esto puede ayudar a que se detecte de forma precoz el maltrato de cualquier tipo y se pueda canalizar la ayuda necesaria para los niños y niñas que sufren algún tipo de maltrato por parte de sus cuidadores.

2. Materiales y métodos

Es un estudio observacional, descriptivo y temporalmente prospectivo. El muestreo es no probabilístico de casos consecutivos. La población enfocada la constituyen los profesionales de salud (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) de ambos sexos. que trabajen en servicios de salud en Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Asunción. Las variables estudiadas son Edad (en años cumplidos), sexo (hombre, mujer, prefiero no decirlo), profesión (enfermero/a, médico/a, trabajador/a social), formación específica (sí, no), creencias sobre los hijos, creencias sobre los padres, gravedad de la conducta y frecuencia de la conducta. Se utilizó el cuestionario de maltrato infantil elaborado por Vera Rodríguez y Moro Guitiérrez (2013) age, parenthood and personal experience and (2. Este cuestionario fue administrado de forma virtual utilizando Formularios de Google, donde la primera página fue el consentimiento informado. El tamaño de muestra fue calculado usando el paquete epidemiológico *Epidat 4.2*, un intervalo de confianza del 95% y una precisión de 11% la muestra mínima queda en 75 profesionales, la muestra finalmente quedó en 77 casos. Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo para luego ser procesados con el paquete estadístico PSPP.

Tabla 1. Datos demográficos de los participantes (n=77)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	39	50,6
Mujer	38	49,4
Profesión		
Enfermero/a	1	1,3
Médico/a	70	90,9
Psicólogo/a	6	7,8
Formación específica en maltrato infantil		
Sí	18	23,4
No	59	76,6

Las variables categóricas son resumidas en forma de tablas de frecuencias, las cuantitativas con medidas de tendencia central y de dispersión. Para estudiar la asociación entre las variables se utilizaron las pruebas t de Student y ANOVA, según corresponda, previas prueba de normalidad y homocedasticidad, se usará un nivel de significancia del 5%.

3. Resultados

Se entrevistó a 77 profesionales de los cuales el 50,6 % son hombres, sus edades están comprendidas entre los 27 y 58 años con una media de $32,3 \pm 5,56$ años. El 90,9 % son médicos y el 76,6 % menciona no tener formación específica en cuanto al manejo del maltrato infantil. Estos datos se pueden observar en detalle en la Tabla 1.

En cuanto a las creencias sobre los hijos se puede observar que la más grave para los participantes es insultarle y la menos grave no tener en cuenta sus opiniones, en la Tabla 2 se muestran las medias y desviaciones estándar de las respuestas,

donde un mayor valor se interpreta como mayor creencia de gravedad hacia la variable mencionada.

Las opciones “no mostrarle afecto” ($p=0,008$) y “no atender sus necesidades básicas” ($p=0,014$) fueron significativamente más graves para las mujeres que para los hombres. La opción “gritarle” fue significativamente más grave para aquellos con formación en maltrato infantil ($p=0,041$).

En cuanto a las creencias relacionadas con los padres, los comportamientos más frecuentemente observados en la vida cotidiana son “gritos”, “amenazas”, “no tener en cuenta las opiniones de los hijos”, esto puede verse en detalle en la Tabla 3, donde un mayor valor indica una mayor frecuencia de aparición de los fenómenos mencionados.

Ninguna de estas frecuencias estuvo relacionada con la profesión, el sexo o la formación específica de los participantes ($p>0,05$).

En cuanto a la gravedad de la conducta

Tabla 2. Creencias relacionadas con los hijos (n=77)

Variable	Media	Desviación
Descuidar las necesidades educativas del niño/a	4,34	0,912
Darle una bofetada	4,45	0,911
Descuidar al niño/a en situaciones de peligro	4,66	0,788
Amenazarle	4,00	1,088
Gritarle	3,49	1,071
No mostrarle afecto	4,12	1,100
No atender sus necesidades básicas	4,51	0,912
Golpearle	4,42	1,043
Insultarle	4,56	0,819
No tener en cuenta sus opiniones	3,71	1,134

Tabla 3. Creencias relacionadas con los padres, frecuencia de conductas observadas en la vida cotidiana (n=77)

Variable	Media	Desviación
Amenazas	3,60	0,862
No tener en cuenta las opiniones de los hijos	3,60	0,907
Falta de cariño de los padres hacia sus hijos	3,09	1,114
Insultos	3,29	0,944
No atender las necesidades educativas de los hijos	3,18	1,010
Golpes	3,45	1,130
Descuidar las necesidades básicas de los hijos	3,12	1,181
Bofetadas	3,03	1,224
Descuidar los hijos en situaciones de peligro	2,83	1,163
Impedir que los hijos tengan amigos	2,61	1,183
Gritos	3,78	0,968

y frecuencia de la conducta que pueden ser catalogados como posibles causas del maltrato infantil, se ve que el mayor acuerdo está en “los padres que usan drogas tienen más probabilidades de maltratar a sus hijos” y el mayor desacuerdo está en la opción “una paliza en el tiempo corrige la mala actitud de un niño”. El resto de estos datos se puede ver en la Tabla 4 donde un mayor valor implica un mayor acuerdo con la característica mencionada.

Aquellos que no cuentan con una formación específica en maltrato infantil estuvieron significativamente más de acuerdo con la frase “es más fácil para un niño ser maltratado por su padrastro que por su padre biológico” ($p=0,038$).

Las mujeres estuvieron significativamente más de acuerdo con las frases “Los padres que maltratan sufren de un trastorno mental” ($p<0,0001$) y “los padres que maltratan a sus hijos fueron maltratados en su infancia” ($p=0,018$).

4. Discusión y Conclusión

La Organización Mundial de la Salud ha definido el abuso infantil como “Todo tipo de abuso físico, sexual, emocional, negligencia o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo que resulte en un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Al-Dabaan et al., 2014).

Insultar a los niños fue una de las manifestaciones más graves según

reportaron los participantes, el insultar a los niños además de abuso es negligencia en su cuidado, recordando que este tipo de actos puede repercutir en la confianza, autoestima que tienen los niños generando problemas emocionales a corto y largo plazo (Taillieu et al., 2016).

Si bien no se encontraron muchas diferencias entre el sexo de los participantes y la gravedad de los fenómenos, el no mostrar afecto y no atender necesidades básicas fueron tomados como más graves por parte de las mujeres, así mismo el gritarle se consideró más grave en aquellos con formación en maltrato infantil. Este último punto es importante puesto que las personas con formación saben que el gritar a los hijos involucra muchos errores, desde una comunicación deficiente hasta un maltrato, que, aunque no físico, puede tener repercusiones para la salud.

En cuanto a los comportamientos que más ven en la vida cotidiana mencionaron “gritos”, “amenazas”, “no tener en cuenta las opiniones de los hijos”, estamos de nuevo mencionando los gritos y esta vez figuran también las amenazas, estas amenazas pueden ir con los gritos. Esto tiene importancia porque es algo que puede detectarse rápidamente y dar indicios de la forma de crianza.

En cuanto a las razones o causas del maltrato la opinión con la que más estuvieron de acuerdo es “los padres que usan drogas tienen más probabilidades de maltratar a sus hijos” y el mayor desacuerdo está en la opción “una paliza en el tiempo corrige la mala actitud de un niño”.

Tabla 4. Creencias sobre la gravedad de la conducta y frecuencia de la conducta (n=77)

Variable	Media	Desviación
Los padres que maltratan sufren de un trastorno mental	3,27	1,034
El fracaso escolar de los niños puede conducir al abuso	3,62	0,904
Cuando los niños son agresivos, los padres tienden a maltratarlos	3,64	0,945
El abuso infantil es más frecuente en zonas rurales	3,35	1,178
Los padres que maltratan a sus hijos fueron maltratados en su infancia	3,9	0,771
Es más probable que un niño que vive con discapacidad sea maltratado por sus padres.	3,84	0,828
Es más fácil para un niño ser maltratado por su padrastro que por su padre biológico	3,66	1,034
Una paliza en el tiempo corrige la mala actitud de un niño	2,08	1,133
Ser un niño no deseado aumenta la probabilidad de ser maltratado	3,49	1,108
El bajo nivel educativo de los padres es una causa de abuso.	3,82	0,996
El conflicto matrimonial puede conducir a situaciones de abuso con niños.	4,01	0,752
Un niño que sufre una enfermedad física o psicológica tiene más probabilidades de ser maltratado por sus padres.	3,74	0,818
Los padres que beben con frecuencia tienen más probabilidades de abusar de sus hijos.	4,25	0,764
La carga del trabajo de los padres puede causar situaciones de abuso.	3,75	0,797
Es más frecuente que un niño sea maltratado por su padre que por su madre.	3,34	0,968
Un niño maltratado será un adulto que maltrata a los niños.	3,6	0,963
Los padres que usan drogas tienen más probabilidades de maltratar a sus hijos	4,36	0,687
El abuso infantil es más probable en familias con problemas económicos.	3,92	0,757

Se han hallado estrechos vínculos entre el maltrato infantil y el consumo de alcohol, sobre todo cuando dicho consumo es nocivo o peligroso. Varios estudios han confirmado que el alcohol contribuye en grado significativo a este tipo de violencia, y muchos de ellos demuestran que ser maltratado en la infancia se asocia a un considerable incremento del

riesgo de consumo peligroso o nocivo de alcohol en etapas posteriores de la vida (Yoon et al., 2020).

En cuanto a los golpes, es de esperarse que los profesionales estén en desacuerdo con dicho punto, puesto que el maltrato físico, que es uno de los tipos de maltratos más conocidos y estudiados, tiene muchas

consecuencias para los niños, por supuesto, primeramente, consecuencias físicas dependiendo de la gravedad de las lesiones, pero también aumenta el riesgo de que los niños que sufren maltrato tengan algún tipo de psicopatología ya sea en el transcurso de su niñez o ya como adultos (Adams et al., 2018).

Entre las limitaciones de la investigación se tiene que el tamaño de muestra no es totalmente óptimo para este tipo de investigaciones descriptivas, sin embargo, es una primera aproximación al fenómeno que se está queriendo estudiar. El tamaño de muestra y la poca variedad de profesionales no permitió realizar análisis estadísticos que determinen si la profesión tiene alguna relación con alguno de los puntos estudiados.

Otra de las limitaciones que se debe informar es el muestreo utilizado, al realizar un muestreo de tipo no probabilístico se pierde el componente del azar lo que implica que las conclusiones estadísticas mencionadas en la investigación tienen validez interna y pueden ser aplicadas las interpretaciones en la muestra, sin embargo, no pueden generalizarse los resultados a todos los profesionales de la salud.

Para futuras investigaciones pueden utilizarse estos resultados y estudiar si los profesionales son capaces de reconocer los signos y síntomas de maltrato infantil, tanto físico como emocional. En esta investigación deben incluirse pediatras, médicos de familia y todo profesional que esté en contacto con niños y adolescentes, puesto que en la atención primaria se tiene la oportunidad de detectar de forma precoz el maltrato y poder realizar algún tipo de intervención.

Referencias

- Ackner, S., Skeate, A., Patterson, P., & Neal, A. (2013). Emotional Abuse and Psychosis: A Recent Review of the Literature. *J Aggress Maltreatment Trauma*, 22(9), 1032-49.
- Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl.*, 86, 167-77.
- Arrom Suhurt, C. H., Arce Ramírez, A.C, Arrom Suhurt, C. M., Fresco Arrom, M. P., Samudio, M., & Capurro, M. (2015). Violencia intrafamiliar en pacientes en edad pediátrica que recibe atención psicológica. Frecuencia, factores predisponentes y consecuencias. *Mem Inst Investig En Cienc Salud*, 13(3), 24-30.
- Dubowitz, H. (2014). Child Neglect. *Pediatr Ann.*, 43(11), 444-5.
- Finkelhor, D., Turner H, Ormrod R, Hamby SL. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics.*, 124(5), 1411-23.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety.*, 24(4), 256-63.
- Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional Maltreatment, Peer Victimization, and Depressive versus Anxiety Symptoms During Adolescence: Hopelessness as a Mediator. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 42(3), 332-47.
- Kairys, S. (2020). Child Abuse and Neglect. *Pediatr Clin North Am.*, 67(2), 325-39.
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse Negl.*, 34(9):647-58.
- Migliorisi, L. Z., González, E., & Almirón, L. P. (2009). Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Nú. *Pediatría Asunción*, 36(3):190-4.

- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl.*;77:198–210.
- Robaina, S. (2001). *El maltrato infantil. Rev Cuba Med Gen Integral.*, 17(1):74–80.
- Robinson, Y. (2020). Child Abuse: Types and Emergent Issues. *Child Abuse and Neglect.* <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S09780128153444000015>
- Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Affi TO. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse Negl.*;59:1–12.
- Trickett, P. K., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child Abuse Negl.* 35(10),876–86.
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussier, Y., & Runtz, M. (2016). Adult Sexual Outcomes of Child Sexual Abuse Vary According to Relationship Status. *J Marital Fam Ther.*, 42(2), 341–56.
- Yoon, S., Shi Y., Yoon, D., Pei, F., Schoppe-Sullivan, S., & Snyder, S. M. (2020). Child Maltreatment, Fathers, and Adolescent Alcohol and Marijuana Use Trajectories. *Subst Use Misuse.*, 55(5), 721–33.
- Zelaya de Migliorisi L, Piris de Almirón L, Migliorisi B (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil? *Pediatría Asunción*; 39(3):167–72.

Sobre los Autores

Oscar García

Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Médico Residente de tercer año de la Especialidad de Psiquiatría Clínica en Adultos del Hospital de Clínicas.

Julio Torales

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría Clínica y Magíster en Docencia Médica Superior (Universidad Nacional de Asunción, Paraguay), Diplomado en Psicodermatología (Academia Argentina de Dermatología y Psiquiatría y Universidad Maimónides, Argentina) y Magíster en Psicofarmacología (Universidad de Valencia, España).