

## ¿Accidente o maltrato? Una pregunta de actualidad

### Accident or maltreatment? A question of the present times

Dr. Alejandro Cantalapiedra Torres

Filial Universitaria Isla de la Juventud. Nueva Gerona, Isla de la Juventud.

---

#### RESUMEN

La atención a lesiones que presenta un paciente debe complementarse con la preocupación por el curso de los acontecimientos. Se revisan los conceptos de lesiones no intencionales o accidentes y maltrato infantil, la epidemiología, tipos más frecuentes, factores de riesgo relacionados con los conceptos antes expuestos. Se describieron las localizaciones más frecuentes de lesiones no intencionales y sugestivas de haber sido infligidas, así como características radiológicas de las lesiones infligidas en dependencia de su grado de especificidad. Se considera que el médico de asistencia necesita el dominio de los aspectos señalados en el artículo, lo que permitiría una mejor calidad en la atención que brinda.

**Palabras clave:** niños; accidentes; lesiones no intencionales; maltrato infantil.

---

#### ABSTRACT

The attention to lesions a patient presents should be complemented by the concern for the course of the events. We reviewed the concepts of non-intentional lesions or accidents and infantile maltreatment, epidemiology, more frequent types, and risk factors related with the afore-mentioned concepts. We described the more frequent locations of the non-intentional lesions and of those suggesting to be inflicted, and also the radiological characteristics of the inflicted lesions in dependence of their level of specificity. It is considered that the primary care physician needs to know the aspects treated in the article, allowing a better quality in the given care.

**Key words:** children; accidents; non-intentional lesions; infantile maltreatment.

---

## INTRODUCCIÓN

El término accidente, nos trae a la mente eventos ocurridos en la vía pública, donde se involucran automóviles, peatones y circunstancias del medio ambiente. Las lesiones no intencionales ocurridas en este ambiente tienen una elevada mortalidad; conjuntamente con los relacionados con el deporte, son más frecuentes en la adolescencia, sin embargo los ocurridos en el hogar tienen una mayor morbilidad en todas las edades, donde las caídas y heridas ocupan los primeros lugares.<sup>(1)</sup> Este fenómeno ocurre igualmente en países en los que como en Cuba, los avances en la salud y el desarrollo de la tecnología al servicio de la medicina han desplazado las causas de muerte relacionadas con las enfermedades infecciosas y las condiciones desfavorables de vida.<sup>(2)</sup>

Es muy difícil determinar la real incidencia de las lesiones no intencionales debido a que no se reportan los que no tienen una gran trascendencia, pero desde el punto de vista de la salud tienen una significación importante por las consecuencias que trae consigo.

Desde el punto de vista epidemiológico, se consideran las lesiones no intencionales como una enfermedad, por tanto susceptibles de ser prevenidas y las que mejores resultados obtienen, al desarrollar medidas de prevención. El desarrollo de capacidades en especialistas para la prevención de dichas lesiones en las diferentes áreas de acción constituye una medida eficaz en las acciones para prevenir este fenómeno.<sup>(3)</sup>

El médico de la asistencia, que recibe a un paciente, pocas veces piensa en el maltrato, puesto que está más preocupado por la curación de las lesiones o la enfermedad del niño, que por el curso de los acontecimientos. Sin embargo ambos elementos deben complementarse.<sup>(3,4)</sup>

Las enfermeras y los médicos según refiere Pereira Márquez,<sup>(5)</sup> "son los mayores perpetradores de las sacudidas, lo que habla a favor del poco o ningún conocimiento de esta entidad", por tanto consideramos que al profesional de la salud le resulta difícil reconocer cuando se está en presencia de lesiones no intencionales o por el contrario el niño sufre maltrato, a lo que se suma que las lesiones no intencionales constituyen la primera causa de muerte en menores de 19 años nos propusimos exponer aspectos a tener en cuenta al enfrentar estas entidades.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se tomaron como fuentes de información: bases de datos bibliográficos, publicaciones seriadas de instituciones nacionales e internacionales dedicadas a las

lesiones no intencionales. Se efectuaron búsquedas en la literatura desde enero de 2010 hasta marzo de 2015.

Las búsquedas se hicieron en español e inglés en las bases de datos bibliográficas siguientes, disponibles en Internet: PubMed, Hinary, Bireme. Se realiza revisión en la literatura impresa de la especialidad de Pediatría y de Emergencia Médica, la búsqueda incluye las palabras claves: niños, accidentes, lesiones no intencionales, maltrato infantil.

## DISCUSIÓN

La OMS en el año 1982 define el vocablo accidente como un acontecimiento generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana que actúa rápidamente y que puede producir lesiones físicas o mentales, de la que se interpreta que estos acontecimientos ocurren por el azar, sin intervención humana, por tanto nada de lo que hagamos puede evitarlas, actualmente este fenómeno se define como lesiones no intencionales (LNI) una cadena de eventos que conducen a la ocurrencia de lesiones.<sup>(5)</sup>

El enfoque actual propicia eliminar el azar y señala la posibilidad de prevenir la ocurrencia de lesiones .Epidemiológicamente, este fenómeno se considera como una enfermedad, por lo tanto susceptible de prevención y sensible a este tipo de intervención en salud, quizás las dificultades en controlar las lesiones no intencionales se deba precisamente a que no se tiene en cuenta la intervención del agente, el medio y el ambiente y las medidas a tomar para reducirla. Se plantea que el 95,0 % y más de estas es provocado por el factor humano y es alarmante que así suceda, pues pueden ser evitadas.<sup>(3-5)</sup>

En este caso se señala que al referirnos a las lesiones no intencionales, no se incluyen situaciones negligentes que faciliten una determinada lesión, si la persona al cuidado del niño no es capaz de prever una situación peligrosa incurre en un maltrato.<sup>(2)</sup>

Se considera que por cada caso mortal en niños ocurren 200 lesiones, por 45 hospitalizados existen 1300 pacientes con cuidado ambulatorio, del 20 al 40 de las camas hospitalarias se ocupan por lesionados y lo que es peor existen 30 millones de discapacitados por accidente de tránsito y otro tanto por accidentes en el hogar y 18 millones más por otros tipos de accidentes.<sup>(6-8)</sup>

En los Estados Unidos anualmente las lesiones pediátricas producen un aproximado de 25 mil fallecidos, 600 mil ingresos en los hospitales y 16 millones de visitas a los Servicios de Urgencia, con un costo director de 7,5 millones de dólares.<sup>(7)</sup> Así mismo se reportan en este país, cada año aproximadamente 1.6 a 3.8 millones de lesiones cerebrales traumáticas menores, relacionadas con el deporte y la recreación.<sup>(8)</sup> Solo las producidas en el hogar en el hogar generan más de cuatro millones de consultas anualmente, así como 70 000 hospitalizaciones.<sup>(9)</sup>

Se ha estimado que por cada ciudadano de la Unión Europea que fallece a consecuencia de una lesión, 145 son atendidos en los centros de urgencia hospitalarios y miles en la atención primaria y aún quedaría por cuantificar el sufrimiento, así como los efectos secundarios que originan.<sup>(10)</sup>

En China, se reportan cerca de 700 000 a 750 000 fallecidos todos los años, con un índice de mortalidad de 65.2 / 100,000 habitantes. La cantidad anual de las muertes por LNI se calcula que puede llegar en ese país a 2,500 000 antes de 2050.<sup>(11)</sup>

En Cuba este acontecimiento constituye la quinta causa de muerte, en todas las edades, solo la superan las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro-vasculares e influenza-neumonía, con una tasa de 39,1 por 100 000 habitantes en el año 2004.<sup>(12)</sup>

Se considera además la tercera causa de muerte en los menores de 1 año y la primera desde el año de edad hasta los 19 años. Es la tercera causa de años de vida parcialmente perdidos, superados por las enfermedades del corazón y los tumores malignos.<sup>(13,14)</sup>

Es más frecuente en el sexo masculino 15 en una relación de 6/1 con respecto a femenino. Según las edades, en el menor de un año se reportan como más frecuentes: bronco aspiración, colecho, corriente eléctrica, envenenamiento, caídas, tránsito, ahogamiento y sumersión. En el grupo de 10 a 14 años las causas principales son: ahogamiento, tránsito, caídas, en tanto que en el grupo de 10 a 19 años los accidentes de tránsito tiene el primer lugar, le siguen el ahogamiento y las caídas.<sup>(13,14)</sup>

Algunos grupos de la probación tienen mayor riesgo de sufrir accidentes

- Niños y adolescentes
- Ancianos
- Sujetos minusválidos
- Sujetos con trastornos de conducta

Las lesiones no intencionales o accidentes se han relacionado con el maltrato en el grupo de edades pediátricas. Aunque los lactantes y niños pequeños son los más susceptibles de sufrir maltrato por la edad y las características de su desarrollo, en algunos países se reporta la edad de 6 a 12 años como la más frecuente.<sup>(11,12-15)</sup>

Se considera necesario y oportuno, que los profesionales de la salud y todo el que de alguna manera esté relacionado profesionalmente con los niños, se encuentren familiarizados con las características de los pacientes y las formas en que se presentan las lesiones sugestivas de maltrato en el niño.

**Maltrato infantil** El maltrato o la vejación de menores abarcan todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.<sup>(13)</sup>

En tanto el abuso físico se refiere a cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad y puede manifestarse a través de golpes, sacudidas, quemaduras y otros abusos; mientras que el psicológico, muy frecuente y de difícil detección, se manifiesta a través de amenazas, críticas desmedidas, desprecios, burlas, insultos, hostilidad verbal, bloqueo de iniciativas, humillaciones, encierro, aislamiento, creación de falsas expectativas, chantajes y exigencias extremas.<sup>(3,12-15)</sup> Con frecuencia creciente se reportan en otros países acciones de abuso entre escolares.

En Cuba, a pesar del trabajo social e institucional realizado por años, aún persisten en el seno familiar formas de expresión de maltrato, que de no ser por menos frecuentes y graves, dejan de constituir un problema de salud a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las instancias relacionadas con el desarrollo de la infancia, en este caso se señalan el maltrato físico, lesiones cutáneas, quemaduras, niño sacudido, como las más frecuentes y la madre como la principal perpetradora del maltrato, sobre todo en lactantes.<sup>(14,15)</sup>

Se señala que actualmente la relación entre maltrato físico y violencia familiar está recibiendo atención priorizada, al considerarse que entre 3 y 10 millones de niños a nivel mundial, son testigos de violencia doméstica, que del 30 al 59 % de las madres que maltratan, fueron en su niñez víctimas de la violencia doméstica, que por si fuera poco, los niños cuyas madres son víctimas de violencia doméstica tiene de 6 a 15 veces más probabilidades de sufrir maltrato.<sup>(14)</sup>

Es difícil conocer la incidencia real del maltrato porque muchos casos nunca se identifican como tal, incluso en ocasiones pasa sin percibir hasta que el paciente ha ingresado en varias ocasiones o lo hace por un evento fatal.

Según autores,<sup>(7,11,14,15)</sup> para que exista maltrato son necesarios cuatro elementos; a la vez, cada uno de estos abarca características peculiares que pueden considerarse como los factores de riesgo. En tal caso se considera al niño como la víctima; el adulto agresor; la situación propicia es considerada como la propia agresión y la familia es el medio de ocurrencia del suceso. Formas de maltrato infantil En la comunidad científica se reconocen dos grandes grupos de maltrato infantil:

- forma general
- forma particular

La forma general se considera la consecuencia más inmediata de la insuficiencia de los estados y sus gobiernos que traen como consecuencia desigualdades enormes de los estados y sus gobiernos que traen como consecuencia desigualdades enormes entre los diferentes grupos de población, afecta a grandes núcleos de población en un país o comunidad, dentro de las expresiones más comunes de este tipo de maltrato están:

- La pobreza
- La insuficiencia médico sanitaria
- El analfabetismo y la insuficiencia médico educacional
- La drogadicción
- El deterioro del sistema ecológico y el medio ambiente
- La violencia

La forma particular se corresponde con núcleos familiares con características especiales en los cuales los niños son las víctimas principales, dentro de esta forma se conocen:

- Síndrome de abuso físico
- Síndrome de niño sacudido
- Síndrome de negligencia física y emocional
- Síndrome de abuso sexual
- Síndrome de Munchausen
- Síndrome de intoxicación no accidental
- Síndrome de intoxicación alcohólica
- Síndrome de muerte súbita del niño

Las manifestaciones de abuso físico más frecuentes son lesiones cutáneas, torceduras, laceraciones, heridas, quemaduras, fracturas óseas, ruptura de vísceras, sangramiento nasal, mordidas humanas, trauma de cráneo, hematomas y equimosis, asociadas a fracturas óseas o rasguños y huellas de días de evolución, rotura de víscera sólida, como el hígado y bazo, estas últimas de importancia enorme, porque producen la muerte en los pacientes.<sup>(15)</sup>

Se ha señalado que existen formas de maltrato que producen lesiones serias y no dejan lesiones externas como por ejemplo síndrome del niño sacudido, envenenamiento, traumas viscerales, síndrome de Munchausen por poder.<sup>(3-11)</sup> El médico debe estar familiarizado con las características de la apariencia típica de las lesiones accidentales, así como de las que permiten identificar las diferentes manifestaciones de maltrato infantil y de esta manera llegar al diagnóstico de lesiones que pueden resultar difíciles en la práctica médica para evitar que continúen ocurriendo. Existen una serie de datos que son útiles para sospechar que se trate de un maltrato, los que deben tenerse presentes ante un caso que impresione o se refiera como accidental.

Datos clínicos a tener en cuenta en el maltrato físico

- Características del niño maltratado (mirada ausente, silencioso, apático, expectante, capaz de soportar procedimientos cruentos)
- Discrepancias entre los hallazgos físicos y la historia que ofrecen los padres o el acompañante.
- Demora ante el tiempo transcurrido y la primera asistencia por personal de salud.
- Carácter explosivo del agresor.
- Niño menor de dos años por lo general.
- Múltiples fracturas en el menor de cinco años.
- Modo de vida de los padres: alojamiento pobre, bajo nivel social, tensión conyugal.
- Diferentes períodos de evolución de lesiones.
- Falsas prácticas religiosas (sobar, aplicar parches calientes, etc.)
- Es importante la versión que ofrece el niño mayor.
- Tendencia familiar a presentar cabellos largos, ropas con cuellos o mangas largas, aún en verano, y curas o vendajes que oculten las lesiones.
- Petición de alta antes de concluir el estudio.<sup>(16)</sup>

Lesiones traumáticas que se consideran como abuso

- Sangramiento, hemorragias orbitarias o retinianas.
- Lesiones cutáneas (huellas de objetos calientes, alopecia parcial, heridas).
- Lesiones óseas (fracturas de diferentes tipos )
- Lesiones de vísceras sólidas.
- Lesiones oculares (edema de papila, desprendimiento de retina, desviación de cristalino).
- Palidez cutáneo –mucosa, coma, desgarro de genitales.
- Síndrome de muerte súbita del lactante o de niño menor de 5 años.
- Trauma abdominal difuso con o sin hemorragia.<sup>(3)</sup>

En casos de maltrato, estas lesiones con frecuencia se presentan combinadas, está demostrado que las caídas de alturas bajas, rara vez producen alteraciones y se recuperan rápidamente, en cambio las caídas de alturas mayores son graves y producen alteraciones tales como fracturas deprimidas múltiples en la base del cráneo y se acompañan de hematoma subdural, estos conocimientos son de valor inestimable al realizar la historia de este tipo de lesiones. Tener en cuenta que el

80 % de los traumas de cráneos en los lactantes y niños así como el 30 % de los traumas abdominales corresponde al maltrato.<sup>(3,15-18)</sup>

En relación al lugar en que se aprecie lesiones podemos sospechar que estén relacionadas con el maltrato o infligidas, o que fueron producidas no intencionalmente, no obstante deben valorarse las mismas a la luz de los datos expuestos anteriormente para definir de qué tipo de lesión se trata, se describen hallazgos radiológicos específicos de lesiones infligidas y que son de vital importancia sean conocidos por el médico.<sup>(19,20)</sup>

Las localizaciones más comunes de lesiones infligidas son antebrazo, tronco, lados de la cadera, orejas, cuellos, genitales, nalgas, palma de manos y planta de pies. En el caso de las lesiones accidentales son: mentón, cresta iliaca, prominencias óseas de las extremidades, prominencia dorsal, frontal y región periorbital.<sup>(19,20)</sup>

Hallazgo radiológicos específicos en lesiones infligidas

Alta especificidad

- Lesiones metafisarias
- Fractura de costilla posteriores
- Fractura escapular
- Fractura de procesos espinosos
- Fractura esternal

Moderada especificidad

- Fracturas múltiples, especialmente bilaterales.
- Fracturas de diferente tiempo de evolución
- Separación epifisaria
- Fracturas de cuerpos vertebrales y subluxaciones
- Fracturas de dedos
- Fracturas complejas de cráneo

Comunes pero de baja especificidad

- Fracturas claviculares
- Fracturas de huesos largos
- Fracturas de cráneo

Las lesiones de moderada y baja especificidad, se convierten en alta especificidad cuando la historia del trauma está ausente o no son consistentes con heridas.

Los logros alcanzados en la disminución de la mortalidad infantil a nivel mundial son alentadores, en Cuba se exhiben tasas comparables con países desarrollados, se plantea que los logros alcanzados en la primera infancia deben ser consolidados en la adolescencia considerada la generación actual y no la próxima, como tal merecen protección, espacios de participación, oportunidades y apoyo por parte de la sociedad.<sup>(14,15,18)</sup>

Se hace imprescindible el desarrollo de capacidades, la continua incorporación de conocimientos y habilidades que permite a las personas, grupos y organizaciones resolver problemas, desempeñar funciones y tomar decisiones orientadas a mejorar su calidad de vida.

Las lesiones no intencionales pueden ser causadas por factores personales y ambientales, en la prevención de las causas personales es necesario tener en cuenta la previsión, para reconocer el espacio en que nos encontramos y la posibilidad de que se produzca un evento, la disciplina para de conjunto con la necesidad de propiciar que el niño o adolescente se desarrollen adecuadamente se puedan identificar las conductas o acciones inadecuadas y el tiempo, el que dedicamos a supervisar a los que se encuentran bajo nuestro cuidado, tener en cuenta que en solo dos segundos en que dejamos de mirar un niño que corre alrededor de una piscina este puede caer en ella.<sup>(20-22)</sup>

El conocimiento y adecuado seguimiento de las lesiones, complementando la preocupación por el daño ocurrido con las circunstancias en que han ocurrido nos haría interrumpir una cadena de hechos que comienza con el maltrato de un niño y termina en ese niño convertido en un adulto que maltrata y el correspondiente daño al niño y la sociedad.

La responsabilidad del médico de Atención Primaria de Salud con la comunidad, lo hace el principal custodio de la salud de nuestros niños y deben poseer conocimientos que le permitan detectar y emprender acciones que disminuyan la ocurrencia de tales hechos en nuestra sociedad, pero de todos depende el éxito de estas acciones por él emprendidas.

La atención secundaria no está exenta de responsabilidad, toda vez que a los pediatras, cirujanos, traumatólogos, recibimos una gran cantidad de "lesiones accidentales" que se hace necesario definir adecuadamente y darle el oportuno seguimiento, es nuestra responsabilidad que muchos de estos casos no continúen y de esta manera estaremos salvando de este terrible crimen a muchos de nuestros niños y a sus hijos en el futuro.

## **CONCLUSIONES**

Las lesiones no intencionales son susceptibles de prevención, lográndose éxitos en el desarrollo de capacidades para tal fin. Entre las principales herramientas para el desarrollo de capacidades, se plantea el empleo de capacitación y la difusión de información. Se debe complementar el tratamiento a los daños ocurridos por una lesión con el conocimiento de las circunstancias en que ocurrieron. La identificación y seguimiento a las formas de maltrato infantil propicia que nuestros niños y jóvenes puedan convertirse en padres capaces de contribuir al desarrollo de nuestra sociedad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Fernández González JM, Fernández Ychaso G. Comportamiento de la morbilidad pro accidentes en un área de salud de Ciudad de la Habana. Rev Habanera de Ciencias Méd [Internet]. 2004 [citado 12 Agos 2016]; 3(10). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/716>
- 2- Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Temas de Pediatría. La Habana: Ed. Ciencias Médicas de La Habana; 2006.

- 3- Hernández Sánchez M, Valdés Lazo F, García Roche RG. Desarrollo de capacidades para prevenir lesiones no intencionales en niños y adolescentes. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 12 Agos 2016];48(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300006)
- 4- Acosta TN. Maltrato infantil. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
- 5- Pereira Márquez OL. Niño sacudido. Conocimiento, práctica y peligros. Organización Mundial de la Salud. OMS; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries/index.html>
- 6- Arce Gómez DL. Algunos factores psicosociales del maltrato infantil en escolares de la enseñanza primaria. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 12 Agos 2016];16(12):1891-98. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001200011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001200011&script=sci_arttext&tlng=en)
- 7- Martínez Negrín Y. Maltrato infantil: ¿un problema de género? Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 15 Agos 2016];32(1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/147>
- 8- Rusell K, Morrongiello B, Phelan KJ. Commentary on Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Evid Based Child Health. 2013 May;8(3):940-3. Citado en PubMed; PMID: 23877911.
- 9- Zoni A, Domínguez- Berjón M, Esteban-Vasallo M, et al. Lesiones atendidas en la atención primaria de la Comunidad de Madrid: análisis de los registros en la historia clínica electrónica. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado 16 Jul 2016];28(1):55-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113001337>
- 10- Baeza-Herrera C, Cortés-García R, Arcos-Aponte A, et al. Accidentes y lesiones que acontecen en el hogar. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2010 [citado 14 Jun 2016];31(4):281-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640326004>
- 11- Iglesias Pescoso I, Álvarez Lauzarique ME. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2016];29(1):76-89. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000100010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000100010&script=sci_arttext&tlng=pt)
- 12- MINSAP. Anuario Estadístico. Principales causas de muerte de todas las edades. La Habana: MINSAP; 2014.
- 13- Alyafei KA, Toaimah F, El Menyar A, et al. Analysis of pediatric trauma data from a hospital based trauma registry in Qatar. Int J of Crit Illn Inj Sci. 2015;5(1):21. Citado en PubMed; PMID: 25810960.
- 14- Acosta Torres J, Consuegra Otero A, Acosta Batista B, et al. Mortalidad pediátrica por lesiones no intencionales en La Habana (2003-2012). Rev Habanera de Ciencias Méd [Internet]. 2016 [citado 18 Jul 2016];15(2):235-46. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200011)

15- Campo González A, Alonso Uria RM, Amador Moran R, et al. Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa (2005-2006). Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 19 Jul 2016];27(4):477-85. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400006)

16- Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, et al. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 16;(4). Citado en PubMed; PMID: 25876919.

17- Romero Viamonte K, Villacís Salazar MI, Jara Vázquez E. Maltrato infantil en escuela ecuatoriana de Ambato. Rev Hum Méd [Internet].2016 [citado 15 Jul 2016];16(2):215-26. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202016000200003&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202016000200003&script=sci_arttext&lng=pt)

18- Torres Triana AE, Teseiro Pla MM, Herrera Perdomo, et al. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. Rev Med Electrón [Internet]. 2013 [citado 15 Jul 2016];35(6):596-605. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000600004)

19- Busto Aguiar R, Font Pavón L, Castellanos Ferrera ME, et al. Maltrato infantil, como forma de debut de hemofilia A: presentación de un caso. Rev Med Electrón [Internet]. 2011 [citado 15 Jul 2016];33(6):788-94. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600013)

20- Martínez Muñoz L, Cruz Sánchez L, Martínez Iglesias I, et al. Conocimiento sobre el maltrato al adulto mayor por un grupo de ancianos del Policlínico Bernardo Posse. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2013 [citado 15 Jul 2016];12(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000400019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400019)

21- Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco AM. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2011 [citado 15 Jul 2016];83(1):22-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312011000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312011000100003)

22- Suárez Guzmán N, Bermudes Díaz I, Díaz Sierra W, et al. Conocimientos sobre maltrato infantil en madres de escolares. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 15 Jul 2016];32(1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/148>

Recibido: 31 de marzo de 2016.

Aceptado: 8 de julio de 2015.

*Yaíma Águila Gutiérrez*. Universidad de Matanzas. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: [yaima.aguila@umcc.cu](mailto:yaima.aguila@umcc.cu)

#### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Cantalapiedra Torres A. ¿Accidente o maltrato? Una pregunta de actualidad. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Nov-Dic [citado: fecha de acceso]; 38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2061/3214>