

UCUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Medicina Legal y Forense

PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO
DE MALTRATO INFANTIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Magíster en Medicina Legal y Forense

Autora:

María José Rodas Vanegas

CI: 0104927306

Correo electrónico: majis1990@yahoo.es

Director:

Iván Eladio Orellana Cabrera

CI: 0300412988

Cuenca, Ecuador

28-noviembre-2022

Resumen:

ANTECEDENTES: el maltrato infantil constituye un problema mundial con consecuencias en el desarrollo integral del menor. Los datos existentes no revelan la magnitud real debido a la falta de denuncias o atribución errónea de morbimortalidad infantil. A pesar de ello, su presencia es cada vez más frecuente, generando traumas y secuelas, e impacto emocional, terminando en situaciones de reproductibilidad a través de generaciones.

OBJETIVO GENERAL: determinar la prevalencia, caracterización y factores de riesgo de maltrato infantil.

METODOLOGÍA: estudio, observacional, revisión sistemática. Se incluyeron metanálisis, ensayos clínicos controlados, casos y controles, revisiones bibliográficas, de los cuartiles 1-4, en inglés y español, referente a maltrato infantil. Estos artículos se obtuvieron de buscadores: Pubmed, Elsevier, Scielo, Dialnet y DOAJ. Los estudios se determinaron por criterios de elegibilidad. La síntesis de exposición de resultados fue a través de tablas personalizadas.

RESULTADOS: 41 artículos fueron analizados. Existe mayor prevalencia de negligencia, sobre los otros tipos de maltrato. Se observa mayor abuso en género femenino, niñez y adolescencia, raza negra, áreas urbanas, personas solteras, pobreza. Historias de maltrato en la niñez y trastornos mentales en padres, embarazo adolescente, disparidad etaria en padres, inestabilidad de pareja, entre otros fueron asociados. Las consecuencias se relacionaron con alteraciones en salud mental, predominando depresión y ansiedad. Traumas, fracturas, verrugas anogenitales y toxicidad por sal, fueron expuestos. La intervención dirigida a familia y/o cuidadores busca reducir el maltrato, con la mejora en la relación padres-hijos.

PALABRAS CLAVE: Maltrato infantil. Negligencia infantil. Abuso infantil. Violencia doméstica. Malos tratos en el niño.

UCUENCA

Abstract:

BACKGROUND: Child abuse is a global problem with consequences for the child's comprehensive development. The existing data does not reveal the real magnitude due to the lack of reports or wrong attribution of infant morbidity and mortality. Despite this, its presence is more and more frequent, it will produce traumas and consequences, and emotional impact, ending up in situations of reproducibility through generations.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the prevalence, characterization, and risk factors of child abuse.

METHODOLOGY: study, observational, systematic review. Meta-analyses, controlled clinical trials, cases and controls, literature reviews, quartiles 1-4, in English and Spanish, reference to child abuse are included. These articles were acquired from search engines: Pubmed, Elsevier, Scielo, Dialnet and DOAJ. Studies were determined by eligibility criteria. The synthesis of results exposure was through personalized tables.

RESULTS: 41 articles were analyzed. There is a higher prevalence of negligence, over other types of abuse. Greater abuse is observed in the female gender, childhood and adolescence, black race, urban areas, single people, poverty. Histories of childhood abuse and mental disorders in parents, teenage pregnancy, age disparity in parents, couple instability, among others were associated. The consequences were related to alterations in mental health, predominantly depression and anxiety. Traumas, fractures, anogenital warts and salt toxicity were exposed. The intervention aimed at family and/or caregivers seeks to reduce abuse, with an improvement in the parent-child relationship.

KEY WORDS: Child abuse. Child neglect. Child abuse. Domestic violence. Child abuse.

INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
MARCO TEÓRICO	15
Maltrato Infantil	15
Tipos de maltrato infantil.....	15
Diagnóstico del Maltrato Infantil	15
Tratamiento del Maltrato Infantil	16
Caracterización y factores relacionados al Maltrato Infantil.....	16
Características Sociodemográficas.....	17
Confinamiento y Maltrato Infantil.....	18
Prevención	18
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
Diseño metodológico	20
Criterio de elegibilidad	20
Fuentes de información	20
Estrategia de búsqueda.....	20
Selección de estudio.....	20
Proceso de recopilación y extracción de datos	20
Lista de los datos.....	21
Síntesis de resultados	21
Fuentes de financiamiento.....	21
Conflictos de intereses	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	33
IMPLICACIONES DEL TRABAJO FRENTE A LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN	35

UCUENCA

LIMITACIONES	36
CONCLUSIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de maltrato infantil y tipos de maltrato infantil	27
Tabla 2. Maltrato infantil y factores sociodemográficos	28
Tabla 3. Maltrato infantil y factores de riesgo asociados	29
Tabla 4. Maltrato infantil y consecuencias en el desarrollo del menor.....	30
Tabla 5. Diagnóstico y estrategias e intervenciones en prevención de maltrato infantil	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Flujo de Revisión de Artículos.....	26
---	----

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Md. Rodas Vanegas María José, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA" de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de Noviembre del 2022


María José Rodas Vanegas

C.I: 0104927306

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Md. María José Rodas Vanegas, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de Noviembre del 2022


María José Rodas Vanegas

C.I: 0104927306

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios por todas sus bendiciones, a mis padres por su ejemplo de trabajo y honradez, a mis abuelos por su apoyo incondicional en este proceso y a mi hijo Martín por su paciencia en este proyecto de formación profesional.

También quiero agradecer a la Universidad de Cuenca, a sus directivos y docentes por la organización e implementación de la Maestría en Medicina Legal y Forense, como un aporte importante en el ámbito científico, técnico y humanístico.

Dedicatoria

A mi papi Diego, mi guía, mi maestro, mi mejor amigo...mi luchador.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “abusos y desatención de orden físico o psicológico, sexual, por negligencia y explotación comercial, que causen daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o niña” (1). Esta situación genera costos sociales, económicos y personales importantes (2), no solo a corto, sino a largo plazo, adoptando psicopatologías y patrones de abuso, dando continuidad al ciclo de violencia (3).

Los tipos de maltrato descritos son: físico, sexual, psicológico y privaciones o desatención, además de la negación a la educación, como violencia simbólica, interpersonal y comunitaria (4).

Es importante identificar factores de riesgo para la perpetración de abusos previo al nacimiento o en edades tempranas del niño, cuando la apertura a la prevención puede ser mayor (5).

La OMS con el fin de reducir la violencia, establece acciones por niveles de análisis con enfoque individual y características que inciden en la violencia; estudio del núcleo familiar y relaciones de violencia; entorno comunitario; y aspectos sociales, normas y cultura (4).

La Constitución del Ecuador, en su artículo 45 determina el goce y garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA), y en su artículo 46, expone la protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole (5). Según datos de la OMS, una cuarta parte de adultos han sufrido maltratos físicos en su niñez; 1 de cada 5 mujeres, así como 1 de cada 13 hombres declararon abusos sexuales en la infancia. Muchos niños son víctimas de maltrato psicológico o emocional, así también desatención. Cada año mueren por homicidio 41000 menores de 15 años, cifra no cercana a la realidad por la atribución errónea de muertes a otras causas (1). Conscientes que la niñez y adolescencia constituyen un período trascendental en el desarrollo del ser humano, es necesario realizar el abordaje de esta temática con la detección oportuna de factores de riesgo para un potencial maltrato infantil. Por ello, se considera de relevancia la búsqueda de información con relación al maltrato infantil y su caracterización, para aportar conocimientos de apoyo a profesionales de la salud, para la intervención sobre el desarrollo de maltrato y la adopción de estrategias que mejoren el goce pleno de derechos en el menor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil representa un problema público grave por su prevalencia y consecuencias en la salud, desarrollo y bienestar del niño (6).

En el mundo 275 millones de niñas y niños son víctimas cada año, de violencia en sus hogares, lugares que deberían asegurar protección, afecto y garantía de derechos (7).

La prevalencia del maltrato tanto sexual, psicológico y negligencia, se estima en 10-15% en población alemana en general (3). Cifras de Estados Unidos (EUA) revelan que al menos un 8% de adultos han sufrido abusos físicos de niños (8). Uno de los factores de riesgo que repercuten en la salud de la madre y el niño es la violencia de pareja, física, sexual y/o psicológica. Se menciona que 1 de cada 3 mujeres han sufrido maltrato a lo largo de su vida, generando violencia hacia sus hijos (9).

En América del Sur, un 50% de menores han recibido violencia, siendo la física la más frecuente, seguida de la psicológica. Y más del 50% de adultos en general, piensan que es normal el maltrato contra los menores como forma de educación y castigo (7).

El abuso en niños provenientes de madres adolescentes se considera un riesgo, llegando a porcentajes del 50%, asociando la maternidad adolescente y negligencia infantil especialmente durante los primeros 3 años de vida (6). Esta negligencia tiene una alta prevalencia en comparación a los otros tipos de maltrato (2), siendo la causa de la mayoría de muertes (70%) producidas antes del primer año de vida (10).

El Plan Nacional de Prevención de la Violencia contra la niñez y adolescencia y promoción de parentalidades positivas indican cifras de maltratos del 44% en niños entre 5–17 años expuestos a castigos violentos en sus hogares; 6 de cada 10 niñas y mujeres entre 15–64 años han sido víctimas de algún tipo de violencia en su vida; 6 de cada 10 denuncias a nivel de Fiscalía General del Estado corresponde a NNA, y el 80% de éstas corresponden a mujeres; formas de maltrato más frecuentes en NNA: negligencia (42,13%), maltrato psicológico (25,3%), maltrato físico (18%), abuso sexual (7,73%), violencia intrafamiliar (5,13%) (4).

Existen estrategias e intervenciones mediante programas de apoyo psicoeducativo para una mejor crianza y calidad de vida entre padres-hijos (3), como terapias cognitivo-conductuales, visitas domiciliarias, capacitaciones, prevención de abuso de sustancias entre otras, resultando eficaces en prevención y reducción de maltrato; sin embargo, el

UCUENCA

abandono de estos programas (11) y el costo de inversión generarían un problema en la reproductibilidad en nuestro país.

El Código de la Niñez y Adolescencia, en su artículo 27 expone el derecho de NNA al disfrute del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. En su artículo 73 menciona el deber de todos en intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente ante maltratos o abusos y otras violaciones a sus derechos, así como de requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial (12). Así el artículo 66 indica el reconocimiento y garantía a una vida libre de violencia en el ámbito público y privado y ordena la adopción de medidas para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia; en especial la ejercida contra las mujeres, NNA, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual (5). Es así como las penas sancionatorias para la falta cometida contra este grupo poblacional se encuentran contempladas dentro del Código Orgánico Penal Integral (COIP) (13).

Existen programas y políticas de prevención del maltrato infantil, sin embargo, la invisibilización del menor como sujeto de derechos, la falta de denuncias de delitos ante el sistema judicial y la respuesta débil de la institucionalidad pública evitan el acceso oportuno a la justicia (14).

Para la detección de maltrato infantil se han creado estrategias, como lo contempla el Componente Normativo para la Atención Integral de Enfermedades prevalentes de la infancia - AIEPI 2017, en el cual el personal sanitario puede identificar signos de maltrato en menores de 5 años, y los clasifica con una semaforización: “No hay maltrato” (Verde), “Sospecha de maltrato físico o psicológico o falla en la crianza” (Amarillo), “Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual” (Rojo), éste último de notificación obligatoria para la atención del caso e identificación de la persona maltratadora (15).

A pesar de estas acciones de protección, las cifras de mortalidad siguen siendo altas sin considerar el subregistro existente, llegando a catalogarse en un 85% como accidental o de origen indeterminado. De igual manera por cada muerte habrán 9 menores con incapacidad, 71 niños con lesiones graves, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas (16).

UCUENCA

Es por lo que, a través del presente tema de investigación se pretende responder a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia de maltrato infantil a nivel mundial?

¿Qué factores de riesgo se encuentran presentes en el maltrato infantil?

JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente estudio se basa en la importancia de caracterizar y determinar factores de riesgo del maltrato infantil, contemplado como un tipo de violencia interpersonal e intergeneracional, que conlleva a secuelas y traumas en el niño y una ruptura de la relación y desarrollo integral de éste con su entorno parental y social. A través de la recopilación de datos se podrá determinar trastornos, alteraciones y determinantes más frecuentes sobre el maltrato infantil y su posterior socialización para la detección oportuna de signos o síntomas y la prevención de la incidencia de casos de violencia en niñas y niños.

La realización del tema de estudio se encuentra dentro de las líneas de investigación propuestas por el Ministerio de Salud Pública 2013 – 2017, en el acápite 10: “Lesiones Autoinflingidas y Violencia Interpersonal”. De igual manera se encuentra dentro de las líneas de investigación priorizadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, como lo es la Violencia Interpersonal.

La revisión sistemática planteada aportará a la intervención y detección oportuna de factores de riesgo presentes en la madre adolescente y el apoyo a ésta para minimizar el desarrollo de maltrato infantil, debido a una frecuencia importante de casos a nivel país.

La información analizada permitirá determinar la frecuencia de maltrato infantil a nivel mundial y aportar nuevos conocimientos en cuanto a programas e intervenciones en madres jóvenes para la prevención de desenlaces de violencia en sus niños.

Con la aprobación del tema de estudio y una vez finalizada la recolección y análisis correspondiente de artículos científicos se difundirá a través de la plataforma virtual de la Universidad de Cuenca y posterior se podrá plantear la exposición y publicación del presente trabajo de investigación con la socialización de resultados obtenidos a través de revistas indexadas de escala nacional o internacional.

Los resultados podrán utilizarse para la caracterización de factores de mayor frecuencia que podrían influir en un comportamiento de violencia infantil. El grupo beneficiado serán adolescentes, niñas, niños y sociedad en general.

Maltrato Infantil

Según la OMS se define como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. El Código de la Niñez y Adolescencia lo define como “toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima”. Se incluye el trato negligente o descuido para con los niños, niñas y adolescentes (NNA), en relación a alimentación, atención médica educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad” (12).

Tipos de maltrato infantil

Se describen: físico, emocional o psicológico, por negligencia y/o abandono, y el abuso sexual; todos ellos con consecuencias negativas en las dimensiones evolutivas del niño (17). La negligencia indica la desatención y mala supervisión por los padres, incluido baja disponibilidad de alimentos, asistencia escolar y médica (2), con limitaciones del desarrollo neuronal y cerebral (10). El maltrato psicológico o emocional, está asociado con hostilidad, miedo o inseguridad (18), con situaciones de desprecio, amenazas, humillación, ocasionando desadaptación y poca valorización personal (19). El maltrato físico corresponde a agresiones corporales que se asocian a trastornos psicológicos, problemas de salud, interpersonales, déficit cognitivo, abuso de sustancias, intentos autolíticos, conductas sexuales de riesgo y obesidad, así también la reproductibilidad del patrón agresivo (8).

Diagnóstico del Maltrato Infantil

La evaluación de abuso genera situaciones complicadas, pudiendo ausentarse la clínica, pasar desapercibida o atribuirse a otra etiología. La omisión de un diagnóstico acarrea graves consecuencias en el niño, así como legales al médico, quien debe sospechar

UCUENCA

abuso y descartar patologías que simulen este (10,20). En un cuadro clínico de abuso se encuentran: traumas, fracturas, hematomas, laceraciones, mordeduras, entre otros; así quemaduras con líquidos o elementos. Frente a abuso sexual, la examinación genital y anal buscará lesiones, hematomas y laceraciones. El himen puede no estar desgarrado por su elasticidad o encontrarse roto previamente por traumas o caídas, por lo que deberá acompañarse de otros criterios de violencia. La pérdida de elasticidad del esfínter anal y cualquier signo traumático indicaría alerta en la evaluación. Enfermedades de transmisión sexual pueden diferenciarse de infecciones comunes frente al abuso en niños mediante cultivo de secreciones (20). En relación a negligencia se observa el incumplimiento de recomendaciones médicas, falta de controles, nutrición inadecuada, retraso del crecimiento, obesidad mórbida, recién nacidos expuestos a sustancias ilícitas o ingestiones accidentales de sustancias tóxicas, crianza inadecuada, necesidades educativas insatisfechas, abandono (21).

Tratamiento del Maltrato Infantil

Intervenciones psicoterapéuticas de largo plazo, terapia conductual cognitiva, interacción entre padres-hijos, e incluso tratamientos psicotrópicos, se aplicarían como último recurso; por estrés ante inestabilidad familiar, separación de hermanos, crianzas por personas ajenas al núcleo familiar o impuestas por disposiciones judiciales (22).

Caracterización y factores relacionados al Maltrato Infantil

A nivel de Ecuador, cuatro de cada diez NNA sufren maltrato extremo violento por sus progenitores, traducido en: “pegarlos, encerrarlos, bañarlos en agua fría, insultarlos, burlarse de ellos y ellas, sacarlos de casa y dejarlos sin comer”. Las edades de 5 -11 años reflejan mayor agresión, con un 42% (14). Los niños más susceptibles de negligencia cursan el primer año de vida, siendo los padres responsables en un 80%; las madres jóvenes presentan mayor riesgo de negligencia a sus hijos (10). La prevalencia de depresión materna postparto es un factor de riesgo de maltrato, con una asociación del 38% (6).

Historias de maltrato en la niñez en los padres crea conductas de abuso hacia sus hijos, observándose que un 20 a 30% de niños maltratados, se convertirá en padres abusivos (3). Un 8% de adultos que maltratan físicamente a sus hijos tuvieron historia de maltrato físico en su niñez (8).

UCUENCA

Otro riesgo constituye la violencia de pareja. Se estima que un 3,7%-9% de mujeres han sufrido violencia de pareja en su embarazo, con secuelas en el desarrollo prenatal y complicaciones neonatales adversas. Así también el abuso y negligencia emocional en menores dentro de situaciones de violencia de pareja supone el 21,0% a 66,0% respectivamente (23). Los problemas emocionales por maltrato se relacionan con autolesión no suicida (OR 3.42, IC95%: 2.74-4.26) (24).

Niños con necesidades especiales de atención médica, enfermedades crónicas o discapacidad, están predispuestos a maltrato por sus padres o cuidadores, en quienes se observa baja autoestima, control deficiente de impulsos y abuso de sustancias (25). Trastornos como enfermedad mental y depresión, consumo de alcohol y drogas y violencia doméstica se han asociado a maltrato infantil (26). Padres con historia de maltrato tuvieron 2,66 (IC del 95%: 2,38–2,98) a 3,73 (IC del 95%: 2,88 a 4,83) más veces probabilidad de desarrollar depresión, con inicio más temprano y el doble de probabilidad de presentar enfermedades crónicas o resistencia al tratamiento antidepressivo. La severidad de la depresión se relacionó con maltrato emocional en la niñez (27). El estrés del cuidador indica mayor probabilidad de maltrato ante situaciones de inestabilidad de vivienda o desalojo, así como estar en condición de refugiado (28). Un factor de riesgo parental es el problema del juego de apuestas conocido como “gambling”, donde existe una asociación significativa con el abuso infantil (29).

Características Sociodemográficas

Entre las principales variables se considera al género, siendo el femenino quien presentan mayor abuso sexual que los hombres, y no solo este, sino también físico y negligencia. En cuanto a raza, las personas afroamericanas presentan mayor abuso sexual que europeos estadounidenses. Frente a la edad, a más temprana en situaciones de abuso sexual, desencadenará recurrencia de abuso, intentos autolíticos e infecciones de transmisión sexual. Familias con ingresos bajo el umbral de pobreza corren un mayor riesgo de victimización. En lo correspondiente al factor educativo el abuso en niñas y niños disminuye cuando las madres tienen una educación superior a los 12 años (30).

UCUENCA

Confinamiento y Maltrato Infantil

La pandemia por COVID-19 ha generado el aislamiento con consecuencias negativas en la población infantil, por el acceso limitado a la educación, afectando al 73% de niños en el mundo. La permanencia de ellos en los hogares aumenta el riesgo de violencia, por la incertidumbre frente al virus; así el consumo problemático de sustancias y alcohol, la crisis económica resultante del confinamiento constituye un riesgo. Se estima que 85 millones más de niñas y niños podrían estar expuestos a violencia física, sexual o emocional como resultado de la cuarentena por COVID-19 (31).

Prevención

Se mencionan: la resiliencia de los padres, el apoyo social, conocimiento de la paternidad, el desarrollo infantil, y competencia social y emocional de los niños (32). Sin embargo, debido a recursos limitados para ejecución de programas y de profesionales sanitarios suponen una dificultad en su aplicación.

UCUENCA

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia, caracterización y factores de riesgo de maltrato infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia del maltrato infantil a nivel mundial.
- Caracterizar al maltrato infantil de acuerdo a factores sociodemográficos como edad, género, escolaridad, estrato socioeconómico.
- Definir la tipología más frecuente de maltrato infantil.
- Establecer factores de riesgo asociados al maltrato infantil y sus consecuencias en el desarrollo del menor.
- Analizar los métodos diagnósticos para la identificación de maltrato.

DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño metodológico

Revisión sistemática, estudio observacional, basado en Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses (PRISMA), para la identificación y selección de estudios.

Criterio de elegibilidad

Se incluyeron artículos científicos de Metanálisis, Ensayos clínicos, estudios de Cohortes y estudios de Casos y Controles, Revisiones, de revistas indexadas, a nivel mundial, dentro de los cuartiles 1-4, de alta calidad científica, en idioma inglés y español, de los últimos 5 años, de acuerdo con el ranking establecido en la plataforma Scimago Journal Rank (SJR).

Fuentes de información

Se incluyeron artículos científicos de las bases Pubmed, Elsevier, Scielo, Dialnet y DOAJ, que contienen publicaciones dentro del ranking del SJR, con contenido de alta calidad científica para el tema de estudio.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de información se realizó con la utilización de las palabras claves en asociación con buscadores booleanos “OR” y “AND”, obteniendo búsquedas: “child maltreatment AND prevalence”, “child maltreatment AND risk factor”, “child neglect AND risk fact”, child abuse AND factors associated; estos tanto en los idiomas español e inglés.

Selección de estudio

Se seleccionaron estudios bajo los criterios de elegibilidad, para responder a los objetivos planteados. Se excluyeron estudios repetidos o con información incompleta que no permitan el análisis adecuado, además de estudios de metodología cualitativa, serie de casos, opiniones de expertos y guías clínicas. (Diagrama de flujo de la selección de estudios).

Proceso de recopilación y extracción de datos

Se identificaron artículos en los buscadores científicos, descartando aquellos duplicados. Se examinaron los documentos seleccionados y se extrajeron los datos de relevancia, los cuales se enlistaron y se incluyeron en una tabla de análisis de revisiones científicas,

UCUENCA

donde se obtuvieron los resultados de cada revisión a ser analizados por el investigador. (Anexo Matriz de selección de revisiones sistemáticas).

Lista de los datos

Las variables por investigar fueron la caracterización del maltrato infantil, negligencia infantil o abuso, condición sociodemográfica, factores de riesgo, tipo de maltrato mayormente identificado, estrategias de prevención de maltrato infantil.

Síntesis de resultados

El método para el análisis, manejo de datos y exposición de resultados se realizó mediante tablas estadísticas descriptivas. Los resultados se organizaron mediante herramientas para facilitar el análisis: a) Diagrama de flujo de los estudios seleccionados (Figura 1) b) Prevalencia de maltrato infantil y tipos de maltrato infantil (Tabla 1), Maltrato infantil y factores sociodemográficos (Tabla 2), Maltrato infantil y factores de riesgo asociados (Tabla 3), Maltrato infantil y consecuencias en el desarrollo del menor (Tabla 4), Estrategias e intervenciones en prevención de maltrato infantil (Tabla 5), Matriz de Selección de revisiones sistemáticas (Anexo 1).

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado por la autora.

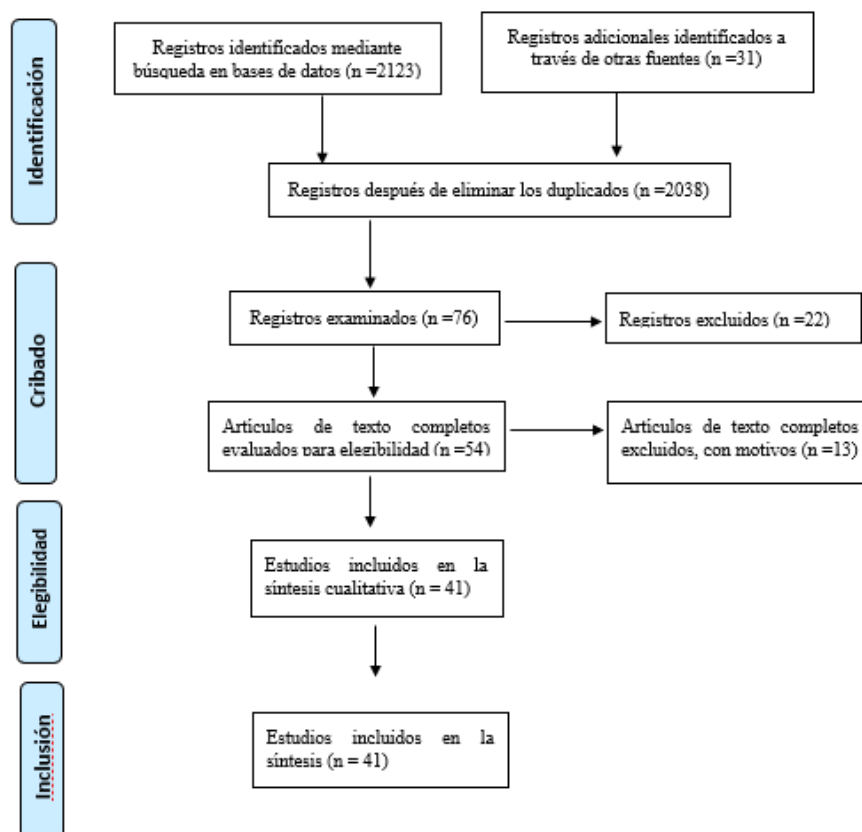
Conflictos de intereses

La autora del presente estudio declara no tener conflictos de interés.

RESULTADOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos científicos publicados en los últimos 5 años, en las bases de datos con la siguiente terminología: “maltrato infantil, negligencia infantil, abuso infantil, violencia doméstica, malos tratos en el niño”, junto con los buscadores booleanos “or” y “and”, encontrándose 2123 documentos científicos y 31 documentos adicionales acorde a la temática, citadas en referencias bibliográficas, como apoyo a la normativa legal vigente nacional y de contenido teórico del trabajo de investigación. Luego de la exclusión de registros duplicados se obtuvo un total de 2038 documentos relacionados a los criterios de inclusión, y de ellos se recopilaron 76 publicaciones, depurando 22, que posterior a su revisión se vio no pertinente al tema de estudio. Se analizaron 54 publicaciones, las cuales entraron al análisis de calidad metodológica; luego del proceso de selección y evaluación de los estudios, se incluyeron los 41 artículos que respondieron los resultados de la presente revisión (Figura 1); éstos fueron obtenidos de buscadores de contenido científico: Pubmed (22 = 53,66%), DOAJ (2 = 4,88%), Elsevier (8 = 19,51%), Dialnet (3 = 7,31%) y Scielo (6 = 14,63%).

Figura 1. Diagrama de Flujo de Revisión de Artículos



Características de los estudios

Después del proceso de selección se incluyeron 41 estudios, de los cuales el 12,19%(n=5) corresponden a Metanálisis, Estudio Umbrella 2,44%(n=1); el 21,95%(n=9) a ensayos clínicos; el 2,44%(n=1) casos y controles; estudios de revisiones sistemáticas 39,02%(n=16); y el 19,51%(n=8) a estudios descriptivos. Se cuenta con un estudio ANOVA que representa el 2,44% (Anexo 4).

De ellos el 63,41%(n=26) provienen de América; el 21,95%(n=9) de Europa; 9,75%(n=4) en África; 2,44%(n=1) en Asia; así también Australia 2,44%(n=1) (Anexo 3).

De los estudios seleccionados 15 analizan la prevalencia y tipo de maltrato infantil; 7 se relacionan con factores sociodemográficos, 11 determinan factores de riesgo asociados; 7 describen las consecuencias del maltrato; y 14 estudios analizaron estrategias de diagnóstico e intervención para prevención del maltrato en los menores.

Prevalencia del maltrato infantil

En quince estudios (2,11,19,21–23,25,30,33–38) se documentó la prevalencia de maltrato según el tipo, presentando mayor prevalencia la negligencia infantil, seguido del abuso o maltrato psicológico o emocional, físico y sexual. Existe además presencia de negligencia médica dentro del maltrato infantil con el 2,30%.

Tabla 1. Prevalencia de maltrato infantil y tipos de maltrato infantil

Autor	Año	País	Población	Tipos de maltrato	Prevalencia (%)
Zeanah et al.	2018	EUA	2200 escolares y adolescentes	Negligencia	25
Jackson et al.	2015	EUA	678810 niños	Negligencia Muertes por negligencia	78,3 Muertes: 69,9 negligencia 8,9 negligencia médica
Mulder et al.	2018	Países Bajos	729840 niños	Negligencia	2,72
Paradis et al.	2013	EUA	497 familias	Negligencia	37
Kawaguchi et al.	2020	Japón	70 niños 0-5 años	Negligencia	67,1
Kimber et al.	2017	Canadá	-	Psicológico	36
Zeanah et al.	2018	EUA	2200 escolares y adolescentes	Emocional	10
Jackson et al.	2015	EUA	678810 niños	Psicológico	8,50
Kimber, Tavish, et al.	2017	Canadá	23 artículos: 38161 adultos	Emocional Negligencia emocional	21 66

Nelson et al.	2017	Alemania	184 estudios	Negligencia emocional	25,27
Devries et al.	2017	Uganda	3427	Emocional	M=9 H=5
Gomis et al.	2020	España	490 adultos 11-14 años	Emocional	M=9,3 H=7,2
Kawaguchi et al.	2020	Japón	70 niños 0-5 años	Emocional	24,3
Schilling et al.	2014	EUA	-	Físico (quemaduras)	10
Zeanah et al.	2018	EUA	2200 escolares y adolescentes	Físico	4
Jackson et al.	2015	EUA	678810 niños	Físico	18,3
Devries et al.	2017	Uganda	3427	Físico	M=27 H=10
Gomis et al.	2020	España	14 años	Físico	M=18,9 H=11,6
Kawaguchi et al.	2020	Japón	490 adultos 18-20 años	Físico	47,1
			70 niños 0-5 años		
Zeanah et al.	2018	EUA	2200 escolares y adolescentes	Sexual	1
Jackson et al.	2015	EUA	678810 niños	Sexual	9,30
Sanjeevi et al.	2018	EUA	-	Sexual	11,8
Nelson et al.	2017	Alemania	184 estudios	Sexual	25,27
			17925		
Valdez et al.	2020	México	adolescentes	Sexual	M=3,8 H=1,2
Gomis et al.	2020	España	490 adultos 18-20 años	Sexual	M=13,3 H=4,4
Artz et al.	2018	Sudáfrica	9717	Sexual	M=33,9 H=36,8
Kotzé et al.	2019	Sudáfrica	-	Abuso sin contacto sexual	M=31 H=17
				Abuso con contacto sexual	M=13 H=6
Jackson et al.	2015	EUA	678810 niños	Negligencia médica	2,30

M=mujeres; H=hombres
EUA=Estados Unidos

Maltrato infantil y factores sociodemográficos

Siete artículos (2,34,38–42) analizan variables sociodemográficas, entre ellas, el género del menor maltratado, edad de mayor prevalencia de maltrato, residencia, raza, estado civil, condición socioeconómica.

Tabla 2. Maltrato infantil y factores sociodemográficos

Autor	Año	País	Población	Tipo de Maltrato	Variable	%
Valdez et al.	2020	México	484 adolescentes	Sexual	Género: Femenino	87,6
De Oliveira et al.	2021	Brasil	1015 niños 0-9 años	Violencia recurrente	Femenino	85,4
Kataguirí et al.	2019	Brasil	1996 participantes	Sexual	Femenino	75,5
Borges et al.	2018	Brasil	490 niños y adolescentes 0-15 años	Sexual	Femenino	76,2
De Oliveira et al.	2021	Brasil	1015 niños 0-9 años	Violencia recurrente	Edad: 6-9 años	48,6
Kataguirí et al.	2019	Brasil	1408 <19 años	Sexual	0-4 años 5-9 años 10 – 14 años 15-19 años	17,3 16,8 21,5 14,9
Dos Santos et al.	2018	Brasil	828 <12 años	Sexual	menor a 10 años	73,8
Borges et al.	2018	Brasil	490 niños y adolescentes 0-15 años	Sexual	10-11 años 10-15 años 2-6 años	26,2 M=41,2 H=42,5
Valdez et al.	2020	México	484 adolescentes	Sexual	15-19 años	72,7
De Oliveira et al.	2021	Brasil	1015 niños 0-9 años	Violencia recurrente	Raza: Negra	69,5
Kataguirí et al.	2019	Brasil	1996 participantes	Sexual	Negra	38,2
Borges et al.	2018	Brasil	490 niños y adolescentes 0-15 años	Sexual	Blanca	78
De Oliveira et al.	2021	Brasil	1015 niños 0-9 años	Violencia recurrente	Residencia: Urbana o periurbana	88,4
Borges et al.	2018	Brasil	490 niños y adolescentes 0-15 años	Sexual	Urbana	98,5
Valdez et al.	2020	México	484 adolescentes	Sexual	Urbana	82,6
De Oliveira et al.	2021	Brasil	1015 niños 0-9 años	Violencia recurrente	Lugar de violencia: Hogar	88,4
Kataguirí et al.	2019	Brasil	1996 participantes	Sexual	Hogar	50,5
Kataguirí et al.	2019	Brasil	1996 participantes	Sexual	Estado civil: Soltera/o	43
Valdez et al.	2020	México	484 adolescentes	Sexual	No unida	87,6

Mulder et al.	2018	Países Bajos	729840 niños	Negligencia	Nivel socioeconómico bajo	OR 0,233 IC95% (0,122-0,353) p <.001
Kawaguchi et al.	2020	Japón	70 niños 0-5 años	Todos	Pobreza	48,5% p <.001

Nota: se considera una relación estadísticamente significativa al calcular un valor de $P < 0,05$ o $< 0,001$
M=mujeres; H=hombres

Factores de riesgo asociados al maltrato infantil

En once estudios se indica factores de riesgo asociados a maltrato (2,6,8,11,18,29,35,38–40,43) existiendo trastornos conductuales, trastornos mentales por parte de padres, historia de abusos vividos en la infancia por los padres, factores perinatales e incluso adicción a juegos como riesgo de violencia.

Tabla 3. Maltrato infantil y factores de riesgo asociados

Autor	País, año	Población	Variable	Prevalencia %	IC95%	P	Estudio
Gomis et al.	España, 2020	490 adultos 18-20 años	Violencia doméstica	7,6	-	0,516	Descriptivo
Paradis et al.	EUA, 2013	497familias	Violencia doméstica	59	-	-	Analítico
Gomis et al.	España, 2020	490 adultos 18-20 años	Trastornos mentales o suicidio en el hogar	28	-	0,012	Descriptivo
Mulder et al.	Países Bajos, 2018	729840 niños	Comportamiento antisocial en padres	-	-	0,372	Descriptivo
			Padres con problemas mentales / psiquiátricos	-	-	0,259	
			Padres con problemas mentales/físicos	-	-	0,207	
Paradis et al.	EUA, 2013	497 familias	Abuso vivido en la infancia por los padres	-	-	0,182	Analítico
Easterbrooks et al.	EUA, 2013	707 madres adolescentes	Síntomas depresivos significativos en madres	22	-	-	Analítico
			Depresión materna	38	-	-	

De Oliveira et al.	Brasil, 2021	1015 niños 0-9 años	Violencia infringida por padres	64,4	-	-	Descriptivo
Katagiri et al.	Brasil, 2019	1996 participantes	Violencia infringida por padres	8,5	-	-	Descriptivo
Easterbrooks et al.	EUA, 2013	707 madres adolescentes	Violencia infringida por la madre	81	-	-	Analítico
Autor	País	Población	Variable	OR	IC95%	P	Estudio
De Oliveira et al.	Brasil, 2021	1769 niñas 6-9 años	Violencia recurrente en niñas y discapacidad	1,43	1,22-1,67	<0,001	Descriptivo
			Violencia recurrente en niñas y violencia ocurrida en el hogar	1,39	1,10-1,75	0,005	
Noonan et al.	Australia, 2020	15 estudios: 5897 participantes	Violencia de pareja y maltrato infantil	0,22	0,12-0,32	<0,001	Descriptivo
Savage et al.	Canadá, 2019	32 estudios: 17932 participantes	Exposición materna a maltrato en la infancia y conducta parental	0,13	-	0,05	Descriptivo
Fredman et al.	EUA, 2019	150 padres primerizos	TEPT en padres y potencial abuso infantil	0,51	-	<0,001	Analítico
Lane et al.	EUA, 2016	12 estudios	Gambling por padres y maltrato sexual infantil	2,01-3,65	1,48-2,72 1,38-9,68	0,009	Descriptivo
			Gambling por padres y maltrato físico infantil	2,3	1,1-7	<0,05	
Kawaguchi et al.	Japón, 2020	70 niños 0-5 años	Factores perinatales relacionados con maltrato infantil:				Analítico

Embarazo adolescente	257,3	17,3-3832,7	-
Madre de 20–24 años	22,8	4,4-117,8	-
Padre mayor a madre (10 años o más)	14,1	2,1-94,8	-
Madre no casada	15,7	2,6-93,6	-
Trastorno mental	48,9	9,3-258,3	-
Primera visita prenatal (>20 semanas)	132	12,7-1384,7	-
Poco cuidado prenatal (<10 visitas)	21,4	2,9-157,1	-
Peso bajo al nacer	5,1	1,1- 24,1	-
Enfermedad congénita	7,9	1,1-56,4	-

Nota: se considera una relación estadísticamente significativa al calcular un valor de $P < 0,05$ o $< 0,001$
 TEPT: Trastorno por estrés post traumático
 EUA=Estados Unidos

Consecuencias en el desarrollo del menor

En siete artículos se describen consecuencias del maltrato infantil con situaciones y condiciones relacionadas (24,27,33,44–47). En la mayoría de los estudios se observa trastornos de salud mental asociados.

Tabla 4. Maltrato infantil y consecuencias en el desarrollo del menor

Autor	País, año	Población	Variable	OR	IC95%	P	Estudio
Nelson et al.	Alemania, 2017	184 estudios	Historia de maltrato infantil y depresión en la adultez	3,73	2,88-4,83	-	Descriptivo
Liu et al.	EUA, 2018	71 estudios	Maltrato infantil y autolesión no suicida	3,42	2,74-4,26	-	Descriptivo

Hailes et al.	Londres, 2019	19 metanálisis: 4089547 participantes	Abuso sexual en la infancia y diagnósticos psiquiátricos en adultos:					Descriptivo
			Trastorno conversivo:	3,3	2,2-4,8	-		
			Personalidad borderline	2,9	2,5-3,3	-		
			Ansiedad	2,7	2,5-2,8	-		
			Depresión	2,7	2,4-3,0	-		
Devries et al.	Uganda, 2017	3427 estudiantes 11-14 años	Testigos y víctimas de maltrato infantil y dificultades de salud mental	1,66-4,50	0,96-2,87-1,78-11,33	-		Analítico
Steine et al.	Noruega, 2017	Adultos:	Maltrato infantil y sintomatología en la adultez:					Analítico
		4244	TEPT	10,75	-	<0,001		
		4271	Ansiedad	7,27	-	<0,001		
		4262	Depresión	4,91	-	<0,01		
		4248	Desórdenes alimenticios	3,20	-	<0,05		
		4273	Insomnio	7,25	-	<0,001		
		4254	Angustia de pesadillas	12,62	-	<0,001		
		4213	Dolor físico	12,71	-	<0,001		
		4230	Dolor emocional	10,83	-	<0,001		
		4260	Disociación	7,22	-	<0,001		
		4270	Problemas relacionales	4,12	-	<0,01		
		4235	Conductas autolesivas	7,30	-	<0,001		
		4203	Complejidad de síntomas	5,61	-	<0,001		
		4262	Apoyo social percibido	11,96	-	<0,001		
		4233	Resistencia	2,90	-	<0,05		
Herbert et al.	Uganda, 2022	232 niños y adolescentes	TEPT y violencia de pareja	1,48	1,19-1,83	<0,001		Analítico
			Depresión y violencia de pareja	1,30	1,08-1,57	0,006		
Mc Neil et al.	EUA, 2020	657 adolescentes	No participación de los padres y síntomas depresivos en hijos	0,16	-	<0,001		Analítico

Nota: se considera una relación estadísticamente significativa al calcular un valor de $P < 0,05$ o $<0,001$
 TEPT: Trastorno por estrés post traumático
 EUA=Estados Unidos

Diagnóstico y prevención en maltrato infantil

En catorce artículos se expone programas relacionados en diagnóstico, e intervenciones en prevención de maltrato infantil (3,6,9–11,32,48–55), los que consisten con visitas domiciliarias, estrategias cognitivo - conductuales, educación para padres, todo ello orientado a mejorar la salud mental y prevenir el maltrato infantil.

Tabla 5. Diagnóstico y estrategias e intervenciones en prevención de maltrato infantil

Autor	País, año	Población	Diagnóstico de maltrato	Instrumento diagnóstico	Variable	%
Mitchel et al.	EUA, 2020	15 artículos	Físico	Ranking de abuso	Fractura: Costilla Húmero Fémur	Se identificó abuso: 96 <3 años 48 <18 meses 34 <12 meses 25 <18 meses
Paine et al.	EUA, 2018	32 artículos: 64983 niños <5 años	Físico	Encuestas esqueléticas	Fracturas ocultas en niños con sospecha de abuso	23-34 en TEC importante 30 en fracturas huesos largos
Elinder et al.	EUA, 2018	2 estudios: 74 casos	Físico	Triada de la sacudida traumática	Hematoma subdural Hemorragia retiniana Encefalopatía	82 84 27
Costa et al.	Brasil, 2017	<12 años	Sexual	Evaluación Verrugas anogenitales	Verrugas anogenitales y abuso	Posibilidad de transmisión sexual es mayor en >4 años. <4 años, considerar la posibilidad de transmisión no sexual en ausencia de otra infección, clínica o antecedentes de abuso sexual
Metheny et al.	EUA, 2020	6 casos <15 años	Negligencia	Reporte de caso	Toxicidad por sal	2 administración para inducir el vómito 2 administración errónea en lugar de fórmula infantil 2 envenenamiento no accidental
Autor	País, año	Población	Estrategias de Intervención/Objetivo			Resultados
Firk et al.	Alemania, 2015	120 madres adolescentes	STEPP-b Intervenir entre madre y su hijo para			Sensibilidad materna y la capacidad de respuesta del niño cambió

			mejora de sensibilidad materna y capacidad de respuesta del niño.	desde la línea de base hasta posintervención.
Bartlett et al.	EUA, 2015	447 madres jóvenes	Modelo Healthy Families America (HFA) Brindar apoyo, información y servicios a padres jóvenes antes del nacimiento hasta el tercer año.	77% de madres rompen ciclo de negligencia
Paradis et al.	EUA, 2013	497 familias	Building healthy children Educar a padres y terapia para el trauma entre padres-hijos y depresión materna mediante visitas domiciliarias.	37% de las madres: víctimas de abuso / negligencia infantil 22% mostró síntomas depresivos significativos 59% de los niños expuestos a la violencia doméstica.
Easterbrooks et al.	EUA, 2013	707 madres adolescentes	Healthy Families Massachusetts Prevenir maltrato infantil	30% familias con maltrato infantil 38% depresión materna 81% madre identificada agresora
O'Neil et al.	EUA, 2020	375 madres	Programa First Steps (FS) Fortalecer factores de protección para prevención de maltrato infantil	Madres de FS tenían puntuaciones de conocimiento significativamente más altas en algunas áreas
Van der Put et al.	EUA, 2017	121 estudios: 39044	Terapia cognitivo-conductual, visitas domiciliadas, capacitación de padres, basada en la familia/multisistémica, abuso de sustancias e intervenciones combinadas. Identificar componentes efectivos para mejorar intervenciones contra el maltrato infantil.	Intervenciones preventivas (0,26 p < 0,001) Intervenciones curativas (0,36 p < 0,001)
Skar et al.	Colombia, 2021	323 cuidadores	International Child Development Programme (ICDP) Reducir la prevalencia de maltrato infantil y mejorar la salud mental de los cuidadores.	Disminución de los problemas de salud mental, especialmente para el grupo de Abuso infantil con aplicación del programa del 22,4% al 5,1%
Herbell et al.	EUA, 2020	22 entrevistas a 11 madres	Beneficio de la ruptura de la relación de abuso por la pareja Mejorar calidad de vida y crianza de hijos tras terminar relación de abuso	Madres describieron una vida mejor y varias estrategias para protegerse a sí mismas y a sus hijos, así como el desarrollo de señales de alerta.
Knack et al.	Canadá, 2019	60000 llamadas	Programa de prevención Stop it now! Prevenir el abuso sexual infantil	Mejora emocional, psicológica y física. El 76% sentían más control de sus comportamientos, emociones y situaciones.

El 75% redujo sus sentimientos de aislamiento social.

Nota: se considera una relación estadísticamente significativa al calcular un valor de $P < 0,05$ o $< 0,001$

EUA=Estados Unidos

TEC: Traumatismo cráneo encefálico

DISCUSIÓN

Con relación a la prevalencia del maltrato se analiza por cada tipo. De acuerdo a negligencia infantil llega a valores tan altos como lo menciona Jackson et al. (21) con un 78,3%. Este valor discrepa con lo expuesto por Zeanah et al. (22) quien presenta una prevalencia de negligencia infantil de un 45%; y más aún con lo expuesto por Mulder et al. (2) quien indica una prevalencia del 2,72%. En cuanto a maltrato psicológico, la prevalencia de manera general se encuentra entre un 8,5% según Jackson et al. (21) llegando al 66% como lo menciona Kimber et al. (23), Devries et al. (33) y Gomis et al. (35) exponen la mayor prevalencia en el género femenino. En abuso físico, la prevalencia oscila entre 4% de manera general hasta un 47,1% en mujeres según expone Zeanah et al. y Kawaguchi et al. respectivamente (22,38); de igual manera concuerdan la predominancia del género femenino frente al maltrato como lo indica Devries et al. y Gomis et al. (33,35). Es importante mencionar la diferencia en prevalencia, debido que estos valores pueden no describir la prevalencia real, debido al subregistro de hechos de violencia, atribuyendo las lesiones o hallazgos clínicos a condiciones traumáticas no relacionadas con violencia interpersonal. Cabe recalcar que Schilling et al. (25) describe una prevalencia de abuso físico del 10% traducido en quemaduras en niños. En lo relacionado a abuso sexual, Zeanah et al. (22) indica el 1% de prevalencia, lo contrario a lo expuesto por Nelson et al. con el 25,27% (27). Aunque la tendencia de agresión es mayor en féminas, Artz et al. revela un porcentaje mayor en el género masculino, con el 36,8% (37).

En lo correspondiente a factores sociodemográficos, cuatro artículos concuerdan que el género femenino es el más vulnerable frente a la violencia tanto sexual y violencia recurrente. Valores similares son expuestos con un rango del 76,2-87,6%. La edad de mayor frecuencia de maltrato infantil según lo describe Valdez et al. (34) con el 72,7% es de 15 – 19 años, discrepando con lo encontrado por Kataguirí et al. (40) en este grupo de edad con un 14,9%. Dos Santos et al. (42) menciona una alta prevalencia de maltrato en el grupo de menores de 10 años con un 73,8%, así también Kataguirí et al. indica valores en menores de 10 años con el 34,1%. Oliveira et al. (39) menciona entre los 6 – 9 años con un 48,6%. Esto indicaría que tanto el período de la adolescencia y la etapa infantil son vulnerables frente a abusos. De Oliveira mencionan a la raza negra como la

UCUENCA

de mayor victimización, así también lo expone Kataguirí (39,40). Los hechos violentos son más frecuentes en la zona urbana o periurbana como lo menciona de Oliveira (39) y concuerdan así Borges y Valdes (34,41). En relación con el estado civil Kataguirí menciona que el abuso sexual se encuentra en un 43% en personas solteras, lo que concuerda con Valdez quien expone el riesgo de abuso en personas no unidas, con el 87,6%. En relación con nivel socioeconómico Mulder et al. y Kawaguchi et al. concuerdan que situaciones de pobreza representan un riesgo frente a negligencia y los demás tipos de maltrato.

En lo que respecta a factores de riesgo asociados se describen diversas condiciones. Entre los de significancia estadística se detectaron la presencia de violencia doméstica expuestos por Gomis et al. (35) y Paradis et al. (11). Así también cuatro artículos describen trastornos mentales en padres como riesgo, entre ellos historia de suicidio en el hogar y presencia de maltrato se encuentra con un 28% (35), y la depresión materna entre 22-38% como concuerdan Paradis et al. y Easterbrooks et al. respectivamente (6,11); factores como el embarazo adolescente, la disparidad de edades entre padres, la inestabilidad de pareja, insuficientes controles en el embarazo, trastornos mentales, entre otros identificó Kawaguchi et al. como riesgo (38). La violencia infringida por los padres alcanzó un porcentaje 8,5% según Kataguirí et al. (40), más existe una diferencia porcentual a lo expuesto por Easterbrooks et al. con el 81% (6). Se encuentra significancia en la asociación violencia recurrente en niñas y discapacidad, así también violencia recurrente en niñas y violencia dentro del hogar, según lo menciona Oliveira et al. (39). Los autores exponen la problemática de una historia de maltrato en la infancia de los padres, así como la presencia de alteraciones en la salud mental como riesgo. Esto se traduce en la reproductibilidad de patrones aprendidos para con sus hijos. Actividades de prevención de abuso infantil, asesoría en situaciones de embarazo adolescente, captación oportuna y atención integral de la madre, podrían reducir el riesgo asociado al maltrato infantil.

Los artículos sobre consecuencias del maltrato infantil exponen alteraciones relacionadas con la salud mental. En todos los artículos se encontró como consecuencia del maltrato la depresión con asociaciones que varían entre 0,16 al 4,91; todas estas de

UCUENCA

significancia estadística. Haile et al. y Steine et al. exponen a la ansiedad como consecuencia de maltrato, con valores expuestos por cada autor del 2,7 y 7,27 (44,45). En cuanto a diagnóstico de maltrato infantil tres de los cinco estudios mencionan la presencia de lesiones y su relación con maltrato físico. Mitchel et al. y Paine et al. (51,54) describen las fracturas como signo de maltrato. Entre las fracturas descritas mencionan: costillas, húmero, fémur y en general huesos largos. La población infantil más afectada se encuentra entre los 12 y 36 meses de edad. Paine et al. y Elinder et al. (54,55) mencionan al trauma craneoencefálico en abuso físico, traducido en fracturas y sacudida traumática. Costa et al. (52) describe la relación de verrugas anogenitales y abuso sexual infantil, mencionando en mayores de 4 años la posibilidad de asociación, pero en menores de 4 años la consideración de la transmisión no sexual y la necesidad de asociar a más indicadores. En cuanto a una forma de negligencia Metheny et al. (53) menciona el envenenamiento intencional y no intencional con sal en niños y adolescentes, a través de la administración errónea en lugar de fórmula infantil o como tratamiento alternativo o frente a una intoxicación no accidental. Esto, aunque constituye un diagnóstico no común nos permite determinar ciertas condiciones de un trato negligente por padres o cuidadores.

Dentro de los programas de intervención, se centran en el seguimiento de la familia y/o cuidador del menor para la reducción de maltrato infantil. Con estas intervenciones existe una mejora en la capacidad de respuesta de la madre hacia el niño(3). Se rompen ciclo de negligencia hacia el menor (10), existe la mejoría de la salud mental tanto de padres como de cuidadores de los menores (48). Sin embargo estos modelos requieren de un contingente humano profesional y herramientas tecnológicas para su desarrollo efectivo en países no desarrollados, por lo que su aplicación podría realizarse, sin embargo sería a pequeña escala, por las limitantes expuestas.

IMPLICACIONES DEL TRABAJO FRENTE A LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN

La presente investigación podrá ser referente en torno a la prevalencia y caracterización del maltrato infantil, en su contexto sociodemográfico, factores de riesgo, diagnóstico, consecuencia y tratamiento, pudiendo utilizar este estudio como contribución al estudio de la problemática del maltrato infantil y educación en la comunidad.

LIMITACIONES

Se evidenció artículos de relevancia sobre el maltrato infantil en Latinoamérica, sin embargo, éstos no cumplían los criterios de inclusión del estudio, ya que no se encontraban indexados en revistas.

La mayoría de los artículos en estrategias de prevención corresponden a estudios realizados en América del Norte y Europa, por lo que la aplicación de estas técnicas se dificulta frente a la realidad de países latinoamericanos.

CONCLUSIONES

- Dentro de los tipos de maltrato infantil identificados, se evidenció una predominancia de la negligencia infantil sobre los otros tipos de abuso descritos. Sin embargo, la prevalencia de los otros tipos de maltrato se encuentra en valores porcentuales no tan lejanos, por lo que las estrategias de prevención deben estar enfocadas a todos los tipos de maltrato. Aunque algunos estudios indicaron porcentajes discrepantes de prevalencia de maltrato, es importante mencionar las condiciones como localidad del estudio, condiciones de inequidad social, de acceso a servicios educativos y de apoyo, que influiría en los resultados evidenciados de prevalencia.
- En cuanto a la edad, tanto la etapa de la niñez y adolescencia constituyen un riesgo frente a los abusos. El género femenino es el de mayor riesgo para presencia de abusos. En lo referente a raza, la raza negra supuso la de mayor victimización. Las zonas urbana o periurbana mostraron un mayor porcentaje frente a violencia. El hogar fue el lugar donde se consuman mayores hechos de violencia. Con relación al estado civil, el abuso sexual se encontró más en personas solteras. En cuanto a condición socioeconómica se evidenció la pobreza como un factor de riesgo.
- Los trastornos mentales, historia de maltrato en la niñez, historia de suicidio en el hogar, adicción a juegos por parte de los padres, depresión materna, embarazo adolescente, la disparidad de edades entre padres, la inestabilidad de pareja, insuficientes controles en el embarazo, entre otros; constituyeron un riesgo y se tradujeron en la reproductibilidad de ciclos de violencia padres - hijos.
- Las consecuencias del maltrato infantil se relacionaron en su mayoría con el deterioro de la salud mental, con el predominio de trastornos de depresión y ansiedad.
- En lo referente a diagnóstico, la presencia de traumas, fracturas, lesiones verrugosas anogenitales y negligencia por toxicidad a la sal, fueron expuestos asociados a maltrato infantil.
- Los programas de intervención dirigidos a la familia y/o cuidadores del menor para la reducción de maltrato infantil, proponen una mejora la capacidad de respuesta de los padres hacia el niño, rompiendo ciclos de negligencia y promoviendo una adecuada salud mental. Sin embargo, su aplicación se limita por condiciones de contingente profesional para un seguimiento personalizado, así como la necesidad de tecnologías a

UCUENCA

mayor escala para lograr una asesoría y evaluación continua a la familia intervenida.

RECOMENDACIONES

Es importante identificar oportunamente situaciones de maltrato, con el fin de asegurar un abordaje temprano, brindar un tratamiento integral al niño y su entorno familiar, para evitar hechos de violencia o su reincidencia. Se debe reforzar la aplicación de herramientas de prevención e identificación de maltrato en los ámbitos de salud, educativos, comunitarios y en los que se desenvuelva el menor, así como plantear la aplicación de estrategias de intervención en reducción de maltrato, acordes a la realidad local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* marzo de 2018;77:198-210.
3. Firk C, Dahmen B, Lehmann C, Niessen A, Koslowski J, Rauch G, et al. A mother-child intervention program in adolescent mothers and their children to improve maternal sensitivity, child responsiveness and child development (the TeeMo study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 27 de mayo de 2015;16(1):230.
4. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA Y DE PROMOCIÓN DE PARENTALIDADES POSITIVAS [Internet]. [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/05/2018.05.10-Plan-Nacional-Violencia-NNA-7_5_2018_CNII_MIES-EDITADO-DIRCOM-09.05.2018-ok.pdf
5. Asamblea Constituyente. Constitución de la Republica del Ecuador [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
6. Easterbrooks MA, Bartlett JD, Raskin M, Goldberg J, Contreras MM, Kotake C, et al. Limiting Home Visiting Effects: Maternal Depression as a Moderator of Child Maltreatment. *Pediatrics.* 1 de noviembre de 2013;132(Supplement 2):S126-33.
7. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio [Internet]. [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/35986/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf

8. Fredman SJ, Le Y, Marshall AD, Garcia Hernandez W, Feinberg ME, Ammerman RT. Parents' PTSD symptoms and child abuse potential during the perinatal period: Direct associations and mediation via relationship conflict. *Child Abuse Negl.* 1 de abril de 2019;90:66-75.
9. Herbell K, Li Y, Bloom T, Sharps P, Bullock LFC. Keeping it together for the kids: New mothers' descriptions of the impact of intimate partner violence on parenting. *Child Abuse Negl.* 1 de enero de 2020;99:104268.
10. Bartlett JD, Easterbrooks MA. The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse Negl.* 1 de julio de 2015;45:21-34.
11. Paradis HA, Sandler M, Manly JT, Valentine L. Building healthy children: evidence-based home visitation integrated with pediatric medical homes. *Pediatrics.* noviembre de 2013;132 Suppl 2:S174-179.
12. Constitución de la República del Ecuador. Código de la niñez y adolescencia. *Regist Of 737 3 Enero 2003.* 3 de enero de 2003;77.
13. CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL, COIP. Actualización febrero 2021 [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf
14. Observatorio Social del Ecuador, OSE. 2019. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador, una mirada a través de los ODS. [Internet]. [citado 30 de junio de 2021]. Disponible en: <https://odna.org.ec/wp-content/uploads/2019/02/Situacio%CC%81n-de-la-nin%CC%83ez-y-adolescencia-en-Ecuador-2019.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico Cuadros de Procedimientos. Actualización 2017. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017 [Internet]. [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en:

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/norma_atencion_integralde_enfermedades_prevalentes_de_lainfancia.pdf

16. Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ [Internet]. [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/maltrato_y_abuso_sexual_aiepi.pdf
17. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 2011; 9(17):83-96. :14.
18. Savage LÉ, Tarabulsky GM, Pearson J, Collin-Vézina D, Gagné LM. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Dev Psychopathol.* febrero de 2019;31(1):9-21.
19. Kimber M, MacMillan HL. Child Psychological Abuse. *Pediatr Rev.* octubre de 2017;38(10):496-8.
20. Pomeranz ES. Child Abuse and Conditions That Mimic It. *Pediatr Clin North Am.* diciembre de 2018;65(6):1135-50.
21. Jackson AM, Kisson N, Greene C. Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* marzo de 2015;45(3):58-70.
22. Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* septiembre de 2018;57(9):637-44.
23. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychol.* 22 de septiembre de 2017;5(1):33.

24. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. enero de 2018;5(1):51-64.
25. Schilling S, Christian CW. Child Physical Abuse and Neglect. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1 de abril de 2014;23(2):309-19.
26. Marie-Mitchell A, Kostolansky R. A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With Adverse Childhood Experiences. *Am J Prev Med*. mayo de 2019;56(5):756-64.
27. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. febrero de 2017;210(2):96-104.
28. Chandler CE, Austin AE, Shanahan ME. Association of Housing Stress With Child Maltreatment: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 17 de julio de 2020;1524838020939136.
29. Lane W, Sacco P, Downton K, Ludeman E, Levy L, Tracy JK. Child maltreatment and problem gambling: A systematic review. *Child Abuse Negl*. agosto de 2016;58:24-38.
30. Sanjeevi J, Houlihan D, Bergstrom KA, Langley MM, Judkins J. A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *J Child Sex Abuse*. 18 de agosto de 2018;27(6):622-41.
31. World Vision. Repercusiones del COVID-19. Mayo de 2020 [Internet]. [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.wvi.org/sites/default/files/2020-06/COVID-19%20aftershocks_SP.pdf
32. O'Neill KMG, Cluxton-Keller F, Burrell L, Crowne SS, Duggan A. Impact of a Child Abuse Primary Prevention Strategy for New Mothers. *Prev Sci*. 1 de enero de 2020;21(1):4-14.

33. Devries KM, Knight L, Child JC, Kyegombe N, Hossain M, Lees S, et al. Witnessing intimate partner violence and child maltreatment in Ugandan children: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. febrero de 2017;7(2):e013583.
34. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública México*. 24 de noviembre de 2020;62(6, Nov-Dic):661-71.
35. Gomis-Pomares A, Villanueva L. The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema*. febrero de 2020;(32.1):33-9.
36. Kotzé JM, Brits H. Child sexual abuse: The significance of the history and testifying on non-confirmatory findings. *Afr J Prim Health Care Amp Fam Med*. 2019;11(1):1-7.
37. Artz L, Ward CL, Leoschut L, Kassanje R, Burton P. The prevalence of child sexual abuse in South Africa: The Optimus Study South Africa. *S Afr Med J*. 2 de octubre de 2018;108(10):791.
38. Kawaguchi H, Fujiwara T, Okamoto Y, Isumi A, Doi S, Kanagawa T, et al. Perinatal Determinants of Child Maltreatment in Japan. *Front Pediatr*. 15 de abril de 2020;8:143.
39. Pedroso MR de O, Leite FMC. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2021;30(3):e2020809.
40. Kataguirí LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro S de S. CHARACTERIZATION OF SEXUAL VIOLENCE IN A STATE FROM THE SOUTHEAST REGION OF BRAZIL. *Texto Contexto - Enferm*. 2019;28:e20180183.

41. Platt VB, Back I de C, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc Saúde Coletiva*. abril de 2018;23(4):1019-31.
42. Silva W dos S, Ribeiro FM, Guimarães GK, Santos M de S dos, Almeida VP dos S, Barroso-Junior U de O. Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations. *Ciênc Saúde Coletiva*. febrero de 2018;23(2):599-606.
43. Noonan CB, Pilkington PD. Intimate partner violence and child attachment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. noviembre de 2020;109:104765.
44. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. octubre de 2019;6(10):830-9.
45. Steine IM, Winje D, Krystal JH, Bjorvatn B, Milde AM, Grønli J, et al. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse Negl*. marzo de 2017;65:99-111.
46. Ainamani HE, Weierstall-Pust R, Bahati R, Otwine A, Tumwesigire S, Rukundo GZ. Post-traumatic stress disorder, depression and the associated factors among children and adolescents with a history of maltreatment in Uganda. *Eur J Psychotraumatology*. 31 de diciembre de 2022;13(1):2007730.
47. McNeil SL, Andrews AR, Cohen JR. Emotional Maltreatment and Adolescent Depression: Mediating Mechanisms and Demographic Considerations in a Child Welfare Sample. *Child Dev*. septiembre de 2020;91(5):1681-97.
48. Skar AMS, Sherr L, Macedo A, Tetzchner S von, Fostervold KI. Evaluation of Parenting Interventions to Prevent Violence Against Children in Colombia: A Randomized Controlled Trial. *J Interpers Violence*. enero de 2021;36(1-2):NP1098-126.

49. van der Put CE, Assink M, Gubbels J, Boekhout van Solinge NF. Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* junio de 2018;21(2):171-202.
50. Knack N, Winder B, Murphy L, Fedoroff JP. Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *Int Rev Psychiatry.* 17 de febrero de 2019;31(2):181-94.
51. Mitchell IC, Norat BJ, Auerbach M, Bressler CJ, Como JJ, Escobar MA, et al. Identifying Maltreatment in Infants and Young Children Presenting With Fractures: Does Age Matter? Macy ML, editor. *Acad Emerg Med.* enero de 2021;28(1):5-18.
52. Costa-Silva M, Fernandes I, Rodrigues AG, Lisboa C. Anogenital warts in pediatric population. *An Bras Dermatol.* octubre de 2017;92(5):675-81.
53. Metheny NA, Krieger MM. Salt Toxicity: A Systematic Review and Case Reports. *J Emerg Nurs.* julio de 2020;46(4):428-39.
54. Paine CW, Wood JN. Skeletal surveys in young, injured children: A systematic review. *Child Abuse Negl.* febrero de 2018;76:237-49.
55. Elinder G, Eriksson A, Hallberg B, Lynøe N, Sundgren PM, Rosén M, et al. Traumatic shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking. *Acta Paediatr.* septiembre de 2018;107(S472):3-23.

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos en el análisis de la revisión sistemática. Matriz consolidada de revisiones de artículos científicos

BUSCADOR	n°	BASE DE DATOS/AUTOR	REVISTA	AÑO	PAÍS REVISTA	CUARTIL	PAÍS ESTUDIO	DISEÑO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	TEMA	RESULTADOS
ELSEVIER	1	Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J. J. M., & Assink, M.	Child Abuse and Neglect	2018	Países Bajos	1	EUROPA: PAÍSES BAJOS	Meta-Analysis	36 estudios con 729,840 niños, de los cuales n = 19,851 eran víctimas de negligencia and n = 706,936 no eran víctimas de negligencia.	El conocimiento de los factores de riesgo y sus efectos para prevenir y reducir la negligencia infantil	el grupo de control formado por participantes no expuestos a ninguna forma de abuso y negligencia infantil, o grupo de control sin negligencia infantil o expuestos a cualquier otra forma de abuso infantil (como abuso físico y / o sexual)	Risk factors for child neglect: A meta-analytic review	Los efectos de 15 dominios de riesgo fueron significativos y variaron de pequeños (r = .110) a grandes (r = .372) en magnitud. La mayoría de los riesgos se encontraron a nivel de los padres, como tener antecedentes de comportamiento antisocial / delito (r = .372); tener antecedentes de problemas mentales / psiquiátricos (r = .259); tener problemas mentales / físicos (r = .207); y experiencias de abuso en la propia infancia (r = .182). El efecto de los factores de riesgo relacionados con la madre no fue significativamente diferente del efecto de los factores de riesgo relacionados con el padre. Se concluye que la negligencia infantil está determinada por múltiples dominios de riesgo y que los factores de riesgo especialmente relacionados con los padres son importantes en la prevención y reducir la negligencia infantil. Se discuten las implicaciones de los resultados para la práctica clínica.
PUBMED	2	Christine Firk1*, Brigitte Dahmen1, Christin Lehmann1, Anke Niessen1, Julia Koslowski1, Geraldine Rauch3, Reinhild Schwarte1, Kerstin Stich1, Kerstin Konrad1,2 and Beate Herpertz-Dahlmann	Trials	2015	Reino Unido	1	EUROPA: ALEMANIA	Ensayo Clínico Controlado	120 madres adolescentes de alto riesgo	Evaluar los efectos de un programa de intervención temprana (STEEP-b) sobre la calidad de la interacción madre-hijo y el desarrollo infantil en madres adolescentes de alto riesgo.	madres adolescentes de riesgo con tratamiento de costumbre, estandarizado apoyo del sistema de bienestar infantil	A mother-child intervention program in adolescent mothers and their children to improve maternal sensitivity, child responsiveness and child development (the TeeMo study): study protocol for a randomized controlled trial	STEEP-b agregado al tratamiento como de costumbre mejorará la sensibilidad materna y capacidad de respuesta del niño en comparación con el tratamiento habitual solo en madres adolescentes de alto riesgo. La hipótesis principal se evaluará al final de la evaluación de seguimiento de 9 meses según el principio de intención de tratar.

ELSEVIER	3	StFredman, S. J., Le, Y., Marshall, A. D., Garcia Hernandez, W., Feinberg, M. E., & Ammerman, R. T.	Child Abuse and Neglect	2019	Países Bajos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	150 padres embarazados o primerizos	Evaluar programas psicoeducativos en hogares a parejas con trastornos por estrés post traumático y conflictos de pareja con el potencial maltrato infantil	padres que reciben solo visita domiciliaria sin intervención psicoeducativa	Parents' PTSD symptoms and child abuse potential during the perinatal period: Direct associations and mediation via relationship conflict	Para las madres y los padres, hubo asociaciones directas entre la gravedad de los síntomas de TEPT y el potencial de abuso infantil (β s = .51, ps < .001), y esta asociación para los padres fue más fuerte en los niveles más altos de síntomas de TEPT de las madres (β = .15, p = 0,03). Además, los propios síntomas de PTSD de los padres y de sus parejas se asociaron indirectamente con el potencial de abuso infantil de los propios padres a través del informe de los padres sobre el conflicto entre los padres (efectos indirectos estandarizados = .052-.069, ps = .004) pero no el amor.
ELSEVIER	4	Herbell, K., Li, Y., Bloom, T., Sharps, P., & Bullock, L. F. C.	Child Abuse and Neglect	2020	Países Bajos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	22 entrevistas a 11 mujeres durante el embarazo y a los 12 o 24 meses postparto	Valorar el beneficio de la ruptura de la relación de abuso por la pareja en la mejora de calidad de vida y crianza de hijos por sus madres.	mujeres madres con violencia de pareja y mujeres madres sin violencia de pareja	Keeping it together for the kids: New mothers' descriptions of the impact of intimate partner violence on parenting	Los datos se analizaron mediante un análisis comparativo constante que dio como resultado tres temas: "Espíritu quebrantado", "quiero lo mejor para mis hijos y para mí" y "la planificación de la seguridad como un elemento de la crianza de los hijos". Las mujeres describieron al inicio del estudio que tenía un "espíritu quebrantado" debido a sus experiencias con caos doméstico y familiar y abuso infantil. Sin embargo, cuando las madres terminaron el abuso relación, describieron una vida mejor y varias estrategias para protegerse a sí mismos y a sus niños. Durante sus entrevistas finales, las madres hablaron sobre cómo mejoraron sus vidas después de terminar la relación, así como las estrategias de planificación de seguridad que emplearon, como buscar "señales de alerta" en socios potenciales, las dificultades para encontrar cuidado infantil confiable y el almacenamiento de dinero deben eligen terminar la relación.
PUBMED	5	Laura-Émilie Savage 1, George M Tarabulsky 1, Jessica Pearson 2, Delphine Collin-Vézina 2, Lisa-Marie Gagné 1	Development and Psychopathology	2019	Reino Unido	1	AMÉRICA: CANADÁ	Meta-Analysis	32 estudios con 17932 participantes	Evaluar la asociación entre la exposición materna a historia de maltrato infantil y el comportamiento de maltrato hacia sus hijos.	madres sin exposición a maltrato infantil	Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis	Los resultados revelaron que existe una asociación pequeña pero estadísticamente significativa entre la exposición materna a MC y la conducta parental ($r = -.13$, $p = 0,05$). Los análisis de los moderadores revelaron que los tamaños del efecto eran mayores cuando las medidas de crianza involucraban relaciones basadas en relaciones negativas, potencialmente abusivas; cuando las muestras tenían un mayor número de niños en comparación con las niñas, y cuando los estudios eran más antiguos versus más recientes.

ELSEVIER	6	Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A.	Child Abuse and Neglect	2015	Países Bajos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	447 madres jóvenes	Evaluar el modelo Healthy Families America (HFA), programa que brinda apoyo, información y servicios para los padres a jóvenes desde antes del nacimiento hasta el tercer año del niño	Madres que recibieron solo información y no el programa de apoyo.	The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers	Los resultados revelaron que tanto los bebés como sus madres experimentaron negligencia con más frecuencia que cualquier otro tipo de maltrato. Sin embargo, aproximadamente el 77% de las madres maltratadas rompieron el ciclo con sus bebés (<30 meses). La edad materna moderó la relación entre una historia materna de negligencia y negligencia infantil, y el apoyo social moderaron la relación entre negligencia infantil y empatía materna. Las madres desatendidas tenían niveles considerablemente más altos de empatía parental cuando tenían acceso frecuente al apoyo social que cuando tenían un apoyo menos frecuente, considerando que el efecto protector del apoyo social no fue tan fuerte para las madres no maltratadas. Los hallazgos del estudio destacan la resiliencia en la crianza a pesar del riesgo de negligencia infantil, pero subrayan la especificidad del contexto de los procesos de protección.
PUBMED	7	Heather A Paradis 1, Mardy Sandler, Jody Todd Manly, Laurie Valentine	Pediatrics	2013	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	497 familias (270 con el programa y 227 grupo control)	Evaluar servicios basados en evidencia (educación para padres y terapia para el trauma entre padres e hijos y la depresión materna mediante visitas domiciliarias.)	Grupo control de madres que recibieron servicios comunitarios solamente	Building healthy children: evidence-based home visitation integrated with pediatric medical homes	De todas las familias elegibles abordadas, el 75% (n = 497) se inscribió en el programa Building Healthy Children (BHC) y el 85% permaneció inscrito hasta la edad de 3 años. Al inicio, el 37% de las madres fueron víctimas de abuso / negligencia infantil, el 22% mostró síntomas depresivos significativos y el 59% de los niños estuvieron expuestos a la violencia doméstica.
PUBMED	8	M Ann Easterbrooks 1, Jessica Dym Bartlett, Maryna Raskin, Jessica Goldberg, Mariah M Contreras, Chie Kotake, Jana H Chaudhuri, Francine H Jacobs	Pediatrics	2013	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	707 madres adolescentes primerizas	Evaluar el programa Healthy Families Massachusetts, de prevención del maltrato infantil	Grupo control de madres que no recibieron el programa y recibieron solo información.	Limiting home visiting effects: maternal depression as a moderator of child maltreatment	Una proporción considerable de familias tenía informes de maltrato infantil (30% de la muestra N=204) y depresión materna (38% tenía síntomas clínicamente significativos). La mayor parte del maltrato fue negligencia, Para la mayoría de los niños que fueron victimizados, la madre fue identificada como agresora en al menos un informe (81%).
PUBMED	9	Charles H. Zeanah, MD, and Kathryn L. Humphreys, PhD, EdM	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	2018	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	Revisión	1500 estudios referentes a Abuso Infantil	Revisar estudios acerca de la problemática del maltrato infantil	Estudios de Abuso físico, psicológico, sexual, negligencia	Child Abuse and Neglect	Las estimaciones de la población atribuyen que la proporción por trastornos psiquiátricos en la infancia debidos a experiencias de adversidad, incluido el abuso y la negligencia, es aproximadamente el 45%

PUBMED	10	Schilling, S., & Christian, C. W.	Child Adolesc Psychiatr Clin N Am	2014	Reino Unido	2	AMÉRICA: USA	Revisión	Revisión de literatura de maltrato físico y negligencia	Detección de Factores de Riesgo de Abuso Físico y Negligencia Infantil	caracterización de las dos formas de maltrato físico y negligencia.	Child Physical Abuse and Neglect	<p>Experimentar maltrato infantil aumenta el riesgo de desarrollar conductas en la adolescencia y la edad adulta que predicen la morbilidad y temprana mortalidad. Los sistemas de bienestar infantil, de crianza y de atención médica han luchado por colaborar para abordar las necesidades de salud de los niños que han sido maltratados.</p> <p>Intervenir en nombre de un niño vulnerable tiene el potencial de mejorar enormemente los resultados de salud futuros y la trayectoria de vida del niño.</p>
PUBMED	11	Melissa Kimber, PhD, MSW, RSW,* Harriet L. MacMillan, CM, MD, MSc, FRCPC*	Pediatrics Rev	2017	Estados Unidos	3	AMÉRICA: CANADÁ	Revisión	Revisión del abuso psicológico infantil	Determinar factores de riesgo de Abuso Psicológico Infantil	Caracterización de maltrato psicológico infantil.	Child Psychological Abuse	<p>Basado en un metanálisis reciente de estudios que abordan abuso psicológico, la prevalencia se estimó en solo 0,3% cuando se basa en los informes de los profesionales, pero fue tan alto como 36% cuando se determina por autoinformes.</p> <p>Determinantes sociales de la salud, como la pobreza de los hogares, la educación deficiente y la salud mental de los padres, a través de intervenciones apoyadas por la evidencia dentro del entorno médico es una forma más efectiva son estrategias para proteger el bienestar del niño.</p>
PUBMED	12	Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C.	Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care	2015	Estados Unidos	2	AMÉRICA: USA	Revisión	Revisión del maltrato infantil	Abordar los aspectos del maltrato infantil	Caracterización de las formas de maltrato infantil y factores asociados	Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment	<p>Como profesionales de la salud que atienden a niños y familias, proveedores pediátricos se encuentran en una posición única para identificar sospechas de maltrato e intervenir a través del sistema de salud con el fin de gestionar las consecuencias físicas y psicológicas de maltrato y promover la seguridad y el bienestar de niños y jóvenes haciendo referencias a protección infantil servicios.</p>
PUBMED	13	Jerusha Sanjeevi, Daniel Houlihan, Kelly A. Bergstrom, Moses M. Langley & Jaxson Judkins	Journal of Child Sexual Abuse	2018	Estados Unidos	2	AMÉRICA: USA	Revisión	Revisión del abuso sexual infantil.	Realizar una revisión del Abuso Sexual Infantil	Caracterización del abuso sexual infantil	A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture	<p>Se muestra el impacto negativo del abuso sexual infantil en las actividades sociales, psicológicas y funcionamiento sexual más adelante en la vida, también se ha divulgado que algunos individuos permanecen asintomáticos a pesar de una historia de experimentar abuso sexual infantil.</p> <p>Esto implica que negativo los resultados más adelante en la vida no son inevitables e ilustran la necesidad crítica de dilucidar cómo la resiliencia puede moderar el impactos negativos del abuso sexual infantil.</p>

PUBMED	14	Knack, N., Winder, B., Murphy, L., & Fedoroff, J. P.	International Review of Psychiatry	2019	Reino Unido	2	AMÉRICA: CANADÁ	Revisión	Revisión de prevención Primaria y secundaria de abuso sexual en niños.	Revisión sobre prevención en abuso sexual infantil	Estrategias de prevención en abuso sexual.	Primary and secondary prevention of child sexual abuse	Implementar estrategias proactivas basadas en la evidencia que puedan prevenir incluso incidentes iniciales de abuso sexual infantil. Existen beneficios y barreras asociados con la prevención primaria y secundaria , así como las estrategias para superar estas barreras. Recomendaciones para el desarrollo y también se incluye la aplicación de iniciativas de prevención.
PUBMED	15	Kay M G O'Neill 1, Fallon Cluxton-Keller 2, Lori Burrell 3, Sarah Shea Crowne 3, Anne Duggan 3	Prevention Science	2020	Países Bajos	1	AMÉRICA: USA	Ensayo Clínico Controlado	375 madres con aplicación de encuesta vs grupo control de 374 madres	Evaluar First Steps (FS) es una breve estrategia de prevención primaria basada en la obstetricia que tiene como objetivo fortalecer los factores de protección para prevenir el maltrato infantil.	madres con estrategia de intervención vs madres con programa habitual	Impact of a Child Abuse Primary Prevention Strategy for New Mothers	Los resultados se midieron a los 4 meses mediante una encuesta materna. En comparación con los controles durante el seguimiento, las madres de SF tenían puntuaciones de conocimiento significativamente más altas en algunas áreas, pero un acceso similar a los servicios necesarios.
ELSEVIER	16	Lane, W., Sacco, P., Downton, K., Ludeman, E., Levy, L., & Tracy, J. K.	Child Abuse and Neglect	2016	Reino Unido	1	AMÉRICA: USA	Revisión Sistemática	12 estudios que incluyen el análisis multivariable de se identificó la exposición al maltrato infantil y el problema del juego	Determinar maltrato infantil y riesgo de problemas de juego de apuestas en la edad adulta, abuso o descuido de sus propios hijos.	Asociación entre adultos con problemas de juego y maltrato infantil	Child maltreatment and problem gambling: A systematic review	Cuatro de cada cinco estudios que examinaban el abuso físico mostraron una asociación positiva significativa entre el abuso y los problemas de juego posteriores (odds ratios por abuso sexual 2.01–3.65; maltrato físico 2.3–2.8).
PUBMED	17	Nelson, J., Klumppend, A., Doebler, P., & Ehring, T.	The British Journal of Psychiatry	2017	Reino Unido	2	EUROPA: ALEMANIA	Revisión Sistemática	184 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Casi la mitad de los pacientes con la depresión divulgaron una historia de la niñez maltrato	Examinar la relación entre el maltrato infantil y la depresión en adultos con respecto a la incidencia de la depresión, gravedad, edad de inicio, curso de la enfermedad y tratamiento respuesta	Asociación entre maltrato en la infancia y depresión en adultez.	Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis.	Los individuos maltratados fueron 2,66 (IC del 95%: 2,38–2,98) a 3,73 (IC del 95%: 2,88 a 4,83) veces más probabilidades de desarrollarse depresión en la edad adulta, tuvo un inicio de depresión más temprano y tenían el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas o resistentes al tratamiento depresión. La severidad de la depresión fue ligada lo más prominentemente al maltrato emocional infantil
PUBMED	18	Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S.	Lancet Psychiatry, The	2018	Reino Unido	1	AMÉRICA: USA	Revisión Sistemática y Metanálisis	71 publicaciones referentes a maltrato infantil en general con autolesión no suicida	Determinar la asociación entre maltrato infantil con autolesión no suicida	Asociación de maltrato infantil (en general, abuso sexual, abuso físico y negligencia, y abuso emocional y negligencia) en asociación con la autolesión no suicida	Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis.	Se asoció el maltrato infantil en general con autolesión no suicida (odds ratio 3.42, IC del 95%: 2.74 a 4.26) y los tamaños de los efectos para los subtipos de maltrato variaron de 1.84 (1.45–2.34) por negligencia emocional infantil a 3.03 (2.56–3.54) por abuso emocional infantil. El sesgo de publicación no fue evidente, excepto en el caso de negligencia emocional infantil. A través de maltrato múltiple subtipos, encontramos asociaciones más fuertes con la autolesión no suicida en muestras no clínicas.

PUBMED	19	Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Boven, A., Gill, S., Dimitropoulos, G., & MacMillan, H. L.	BMC Psychology	2017	Reino Unido	2	AMÉRICA: CANADÁ	Revisión Sistemática	23 artículos incluidos en la presente síntesis. Estos estudios se centraron predominantemente en Abuso Emocional y Negligencia Emocional, con una minoría examinando el papel de exposición infantil a la Violencia Íntima de Pareja en patología relacionada con la alimentación en adultos	Investigar la asociación entre Abuso emocional, Negligencia emocional y la exposición de los niños a la Violencia de Pareja, con trastornos de la alimentación en adultos o conductas con trastornos de la alimentación utilizando una investigación cuantitativa diseño.	Asociación entre abuso y negligencia emocional y exposición a violencia de pareja	Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review	El predominio del Abuso emocional y de la Negligencia emocional se evidenció entre un 21,0% a 66,0%, respectivamente. La exposición infantil a la Violencia de pareja tienen una influencia explicativa independiente en la patología relacionada con la alimentación de adultos por encima de lo que se ha identificado para abuso físico y sexual
PUBMED	20	Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Boekhout van Solinge, N. F.	Clinical Child and Family Psychology Review	2017	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	Metanálisis	121 estudios independientes (N = 39 044) que examinan los efectos de las intervenciones para prevenir o reducir el maltrato infantil.	Analizar los efectos de intervenciones para el maltrato infantil	Identificar componentes efectivos para desarrollar o mejorar intervenciones contra el maltrato infantil	Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis	El tamaño total de la muestra fue significativo y de pequeña magnitud tanto para las intervenciones preventivas (d = 0,26, p < .001) como para las intervenciones curativas (d = 0,36, p < .001). Terapia cognitivo-conductual, visitas domiciliadas, capacitación de los padres, basada en la familia/multisistémica, abuso de sustancias y las intervenciones combinadas fueron eficaces para prevenir y/o reducir el maltrato infantil.
ELSEVIER	21	Noonan, C. B., & Pilkington, P. D.	Child Abuse and Neglect	2020	Reino Unido	1	AUSTRALIA: VICTORIA	Revisión Sistemática y Metanálisis	15 estudios	IPV and the parent-child attachment of infants, children, and adolescents	The aim of this systematic review and meta-analysis was to synthesise the evidence on the association between IPV and the attachment of infants, children, and adolescents to their primary caregiver/s.	Intimate partner violence and child attachment: A systematic review and meta-analysis	IPV was significantly associated with less secure child attachment. The pooled effect sizes (Pearson's r) for both longitudinal studies (n = 5) and cross-sectional and retrospective studies combined (n = 10) were small (r = -.22, 95 % CI [-.32, -.12], p < .001; r = -.10, 95 % CI [-.203, -.001], p = .048). Subgroup analyses identified that the effect size was larger when IPV and attachment were measured during infancy compared to childhood, and when attachment was measured via observational methods compared to self-report

ELSEVIER	22	Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S.	Lancet Psychiatry 2019	2019	Reino Unido	1	EUROPA: LONDRES	Revisión Umbrella	19 meta-análisis que incluyeron 559 estudios primarios, cubriendo 28 resultados en 4089547 participantes.	Abordar trastornos psiquiátricos en abuso sexual en la niñez	Childhood sexual abuse was associated with 26 of 28 specific outcomes	Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review	Childhood sexual abuse was associated with 26 of 28 specific outcomes: specifically, six of eight adult psychiatric diagnoses (ORs ranged from 2.2 [95% CI 1.8–2.8] to 3.3 [2.2–4.8]), all studied negative psychosocial outcomes (ORs ranged from 1.2 [1.1–1.4] to 3.4 [2.3–4.8]), and all physical health conditions (ORs ranged from 1.4 [1.3–1.6] to 1.9 [1.4–2.8]). Strongest psychiatric associations with childhood sexual abuse were reported for conversion disorder (OR 3.3 [95% CI 2.2–4.8]), borderline personality disorder (2.9 [2.5–3.3]), anxiety (2.7 [2.5–2.8]), and depression (2.7 [2.4–3.0]). The systematic reviews for two psychiatric outcomes (post-traumatic stress disorder and schizophrenia) and one psychosocial outcome (substance misuse) met high quality standards. Quality was low for meta-analyses on borderline personality disorder and anxiety, and moderate for conversion disorder. Assuming causality, population attributable risk fractions for outcomes ranged from 1.7% (95% CI 0.7–3.3) for unprotected sexual intercourse to 14.4% (8.8–19.9) for conversion disorder
PUBMED	23	Devries, K. M., Knight, L., Child, J. C., Kyegombe, N., Hossain, M., Lees, S., ... Naker, D.	BMJ OPEN	2017	Reino Unido	1	ÁFRICA: UGANDA	Ensayo controlado aleatorizado	3427 nonboarding primary school students, aged about 11–14 years.	Exposure to child maltreatment was measured using the International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect Child Abuse Screening Tool-Child Institutional, and 2 questions measured witnessing IPV	children who witness intimate partner violence (IPV) at home are more likely to experience other forms of violence, but very little evidence is available from lower income countries.	Witnessing intimate partner violence and child maltreatment in Ugandan children: a cross-sectional survey	26% of children reported witnessing IPV, but nearly all of these children had also experienced violence themselves. Only 0.6% of boys and 1.6% of girls had witnessed partner violence and not experienced violence. Increased risk of violence was from parents and also from other perpetrators besides parents. Both girls and boys who witnessed and experienced violence had between 1.66 (95% CI 0.96 to 2.87) and 4.50 (95% CI 1.78 to 11.33) times the odds of reporting mental health difficulties, and 3.23 (95% CI 1.99 to 5.24) and 8.12 (95% CI 5.15 to 12.80) times the odds of using physical or sexual violence themselves.

PUBMED	24	Skar, A.-M. S., Sherr, L., Macedo, A., Tetzchner, S. von, & Fostervold, K. I.	J Interpers Violence	2021	Estados Unidos	2	AMÉRICA: COLOMBIA	Ensayo controlado aleatorizado	323 caregivers of children aged 3 to 4 years, with a mean age of 3.81 (49.7% girls)	ICDP seemed to contribute to reducing the milder forms of child violence, as well as improving caregiver mental health. As such, the results support a public approach with traditional ICDP to reduce population prevalence of child maltreatment and to improve caregiver's mental health, with an additional violence prevention component to reduce severe types of maltreatment.	The effects of the International Child Development Programme (ICDP) and the specific addition of a violence prevention module were observed in a preidentified population in Colombia where children are experiencing high levels of violence.	Evaluation of Parenting Interventions to Prevent Violence Against Children in Colombia: A Randomized Controlled Trial	There was a significant reduction of victimization of intimate partner violence in both intervention groups as well as a decrease in mental health problems, especially for the CA + ICDP group (from 22.4% to 5.1%).
ELSEVIER	25	Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., ... Palleen, S.	Child Abuse and Neglect	2017	Reino Unido	1	EUROPA: NORUEGA	One-way ANOVAS	The sample comprised adult survivors of sexual abuse (N = 278, 95.3% women, mean age at first abusive incident = 6.4 years)	"Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)"; a three-wave longitudinal study on long-term effects of sexual abuse with data collection waves conducted in 2009, 2011 and 2014	examined the role of cumulative childhood maltreatment experiences for several health related outcomes in adulthood, including symptoms of psychological distress as well as perceived social support and hardiness.	Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse	There was a statistically significant difference between cumulative childhood maltreatment subgroups on symptoms of posttraumatic stress (F(4244) = 10.75, p < .001), anxiety (F(4271) = 7.25, p < .001), depression (F(4262) = 4.91, p < .01), eating disorders (F(4248) = 3.20, p < .05), insomnia (F(4273) = 7.25, p < .001), nightmare distress (F(4254) = 12.62, p < .001), physical pain (F(4213) = 12.71, p < .001), emotional pain (F(4230) = 10.83, p < .001), dissociation (F(4260) = 7.22, p < .001), as well as relational problems (F(4270) = 4.12, p < 0.01) self-harm behaviors (F(4235) = 7.30, p < .001), symptom complexity (F(4203) = 5.61, p < .001), perceived social support (F(4262) = 11.96, p < .001), and hardiness (F(4233) = 2.90, p < .05)

DOAJ	26	Kawaguchi, H., Fujiwara, T., Okamoto, Y., Isumi, A., Doi, S., Kanagawa, T., ... Mitsuda, N.	Frontiers in Pediatrics	2020	Suiza	1	ASIA: JAPÓN	case-control study	The data of 70 cases and 345 controls were collected.	The aim of this study was to evaluate the perinatal risk factors associated with child maltreatment during pregnancy	Child maltreatment induces significant health problems, both during childhood and into adulthood. To prevent child maltreatment, it is important to detect perinatal risk factors for earlier intervention.	Perinatal Determinants of Child Maltreatment in Japan	The following were found to be perinatal factors related to child maltreatment: teenage pregnancy (OR: 257.3, 95% CI: 17.3–3832.7), a mother aged 20–24 years (OR: 22.8, 95% CI: 4.4–117.8), a father who is older than the mother by 10 years or more (OR: 14.1, 95% CI: 2.1–94.8), an unmarried mother (OR: 15.7, 95% CI: 2.6–93.6), maternal mental disorder (OR: 48.9, 95% CI: 9.3–258.3), the first maternal prenatal visit being later than 20 weeks (OR: 132, 95% CI: 12.7–1384.7), little prenatal care (<10 visits) (OR: 21.4, 95% CI: 2.9–157.1), a low-birth-weight baby (OR: 5.1, 95% CI: 1.1–24.1), and congenital disease (OR: 7.9, 95% CI: 1.1–56.4)
DOAJ	27	Herbert E. Ainamani, Roland Weierstall-Pust, Ronald Bahati, Anne Otwine, Sam Tumwesigire & Godfrey Z. Rukundo	European Journal of Psychotraumatology	2022	Suecia	1	ÁFRICA: UGANDA	estudio transversal	232 children and adolescents	This study estimated the magnitude of PTSD, depression and the associated factors among the children and adolescents with a history of maltreatment in Southwestern Uganda.	PTSD, depression and the associated factors among the children and adolescents with a history of maltreatment	Post-traumatic stress disorder, depression and the associated factors among children and adolescents with a history of maltreatment in Uganda	We assessed 232 children and adolescents on the prevalence of PTSD using Child PTSD Symptoms Scale for DSM-5 – Self-Report (CPSS-VSR) and Depression using the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC).. In total, 140 (60%) participants fulfilled diagnostic criteria for PTSD and 91 (39%) for depression respectively. Predictor variables of PTSD were witnessing intimate partner violence (OR = 1.48, 95% CI: 1.19–1.83, p = <0.001), having lived in more than two homes (OR = 2.69, 95%CI: 1.34–5.41, p = .005), and being cared for by non-relatives (OR = 2.25; 95%CI: 2.26–223.9, p = .008). Variables predicting depression were witnessing intimate partner violence (OR = 1.30; 95%CI: 108–1.57, p = .006); being cared for by non-relatives (OR = 5.62, 95%CI: 1.36–23.1, p = .001) and being female (OR = .054, 95% CI: 0.30–1.00, p = .005).

DIALNET	28	Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. Salud Publica Mex. 2020;62:661-671. https://doi.org/10.21149/11924	Salud Pública de México	2020	México	2	AMÉRICA: MÉXICO	estudio descriptivo estratificado	17925 adolescentes	Analizar las asociaciones con características sociodemográficas, conductas de riesgo e indicadores de salud mental	determinar prevalencia y factores asociados a Abuso sexual infantil	Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes	La prevalencia nacional de ASI es de 2.5% (3.8% mujeres y 1.2% hombres). Entre las mujeres se encontró asociación con la edad, el estado conyugal, el tipo de localidad, el consumo excesivo de alcohol, la sintomatología depresiva y los pensamientos suicidas (estar unidas (RM=1.86, IC95%: 1.02-3.38), vivir en localidades urbanas (RM=1.79, IC95%: 1.21-2.65) y el consumo excesivo de alcohol (RM=1.76, IC95%: 1.09-2.85) se asociaron positivamente con el reportado de ASI). Tener sintomatología depresiva incrementa dos veces las posibilidades de ASI (RM=2.09, IC95%: 1.43-3.05), asimismo, tener ideación suicida incrementa cinco veces las posibilidades de ASI (RM=5.77, IC95%: 3.98-8.38) (cuadro III). En el caso de los hombres, pertenecer a un estrato socioeconómico alto disminuye en 55% experimentar ASI (RM=0.45, IC95%: 0.22-0.95). El padecer sintomatología depresiva y pensamientos suicidas se asociaron positivamente con experimentar ASI en 2 y 10.5 veces, respectivamente, en comparación con sus pares que no lo padecen (RM=2.19, IC95%: 1.03-4.66 y RM=10.55, IC95%: 4.69-23.75) (cuadro III). En el total de la población, además de las asociaciones ya mencionadas, el consumo excesivo de tabaco está asociado de manera positiva con el ASI y no se encontró ningún efecto diferencial por sexo (RM=1.92, IC95%: 1.10-3.35)
DIALNET	29	McNeil, S. L., Andrews, A. R., & Cohen, J. R.	Child Development	2020	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	estudio multivía longitudinal	657 adolescentes	Examinar si el compromiso escolar y las relaciones con los compañeros explican los efectos depresivos del maltrato emocional distinto subtipos en una muestra de bienestar infantil en riesgo	Emotional maltreatment is a risk factor for adolescent depression	Emotional Maltreatment and Adolescent Depression: Mediating Mechanisms and Demographic Considerations in a Child Welfare Sample	Los hallazgos indicaron que encargan subtipos de maltrato emocional predijeron el aumento de los síntomas depresivos a través del aumento de problemas de relación con los compañeros, especialmente para las niñas. Mientras tanto, la disminución de la participación escolar fue una vía de riesgo depresogénico para los adolescentes hispanos que reportaron subtipos de omisión de maltrato emocional. Los resultados enfatizan la importancia de distinguir entre los subtipos de maltrato emocional para identificar vías de riesgo para la depresión adolescente.

DIALNET	30	Gomis, A., Villanueva L.	Psicotherma	2020	España	1	EUROPA: ESPAÑA	estudio de regresión lineal	490 young people	Examinar la posible influencia de dichas experiencias en el comportamiento social manifestado durante la adultez emergente	Experiencias negativas durante la infancia se ha relacionado con comportamientos antisociales, como la implicación en la justicia juvenil o la persistencia en el crimen	The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood	Los modelos de regresión lineal mostraron que las Experiencias Adversas Infantiles eran fuertes predictoras de las conductas antisociales. Además, había experiencias adversas específicas (abuso físico para la conducta antisocial y negligencia emocional para las conductas altruistas) que produjeron un efecto diferencial y destacable.
SCIELO	31	Kotzé J., Brits H.	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine	2019	Sudáfrica	2	ÁFRICA: SUDÁFRICA	Revisión	-	suggest which aspects to consider when the expert medical witness in a CSA case needs to explain why CSA can seldom be confirmed and can never be ruled out	a normal clinical examination when evaluating children who may have been sexually abused may reduce the discomfort of medical witnesses and improve the quality of expert medical testimony	Child sexual abuse: The significance of the history and testifying on non- confirmatory findings	64% presented within 24 hours (h) and 89.8% within 72 h after alleged incidents of sexual abuse to an emergency surgery unit. In this highly selected group, 48% of children showed lacerations and 16% bruising, erythema or discharge. About 35% of children showed no signs of trauma. A study performed on legally confirmed cases of CSA in children aged 8 months to 17 years, of whom 42% presented within 72 h after the incidents, found that 63% reported penile-vaginal contact and 34% reported anogenital bleeding at the time of the incident; however, 77% of the examinations were normal or non-specific
SCIELO	32	De Oliveira M., Costa F.	Epidemiol. Serv. Saude	2021	Brasil	2	AMÉRICA: BRASIL	cross-sectional study of cases	1015 recurrent violence	Identify the frequency of reported cases and factors associated with recurrent childhood violence in Espírito Santo State, Brazil	Recurrent violence was present in almost one third of the reports of violence against children in Espírito Santo State, requiring the recognition of its associated factors for the development of prevention policies.	Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in Espírito Santo state, Brazil*	The frequency of recurrent violence was 32.5%. In boys, it was associated with the child's age (PR=1.38 – 95%CI 1.11;1.73) and the aggressor's age (PR=1.85 – 95%CI 1.30;2.63) and occurrence at home (PR=1.61 – 95%CI 1.23;2.11); in girls, it was associated with age (PR=1.39 – 95%CI 1.20;1.60), presence of disabilities/disorders in the victim (PR=1.43 – 95%CI 1.22;1.67), abusive parents (PR=3.70 – 95%CI 1.65;8.32) and occurrence at home (PR=1.39 – 95%CI 1.10;1.75).

SCIELO	33	Kataguirí Gonçalves L., Scatena L., Rodrigues L., Castro S.	Texto y Contexto Enfermagem	2019	Brasil	2	AMÉRICA: BRASIL	estudio ecológico	1996 casos de violencia	verify the association between victims of sexual violence and the sociodemographic aspects related to exposure in the state of Minas Gerais, Brazil.	sexual violence affects mainly women and children, the former being attacked on public roads and the latter in their own home environment by a known offender.	CHARACTERIZATION OF SEXUAL VIOLENCE IN A STATE FROM THE SOUTHEAST REGION OF BRAZIL	Stepfathers were the predominant offenders, associated with schooling from 0 to 4th grade, brownskinned ethnicity, and the residence as place of occurrence. When the offender was the father, there was association with an unknown place of occurrence, followed by the residence, abuse of male children between 0 and 9 years old, and living in municipalities from 200 to 500 thousand inhabitants. Stranger aggressors were associated with white female victims aged 15 years old or over, schooling between 5th grade and higher education, single act of sexual violence, in which physical violence was used and occurrence on public roads
SCIELO	34	Borges V., Back I., Hausechild D., Gueder J.	Cien Saude Colet	2018	Brasil	2	AMÉRICA: BRASIL	cross-sectional, descriptive and analytical study	490 child sexual abuse	to identify the characteristics of sexual abuse against children including the profiles of the victims and the perpetrators, and associated factors notified in a health service of reference with the database of the Brazilian Case Registry Database, in a city in the south of Brazil	child sexual abuse profiles were similar in almost all of Brazilian regions, showing that it is possible to have a coordinated national action to prevent this offence.	Sexual violence against children: authors, victims and consequences	There were 489 notifications from 2008 to 2014 of confirmed or suspected child sexual abuse. The majority was related to female victims, but the repeated abuse was reported mainly with male victims.
SCIELO	35	Artz I., Ward C., Leoschut L., Kassinjee R.	.SAMJ: South African Medical Journal	2018	Sudáfrica	2	ÁFRICA; SUDÁFRICA	estudio descriptivo	9717 adolescents	Determinar la prevalencia de abuso sexual en niños	child sexual abuse is persistent over the course of children's lifetimes, and regrettably present and influential in their everyday adolescent lives.	The prevalence of child sexual abuse in South Africa: The Optimus Study South Africa	36.8% of boys and 33.9% of girls reported some form of sexual abuse. That is, overall, 35.4% - one in every three adolescents - reported having experienced some form of sexual abuse at some point in their lives.

SCIELO	36	dos Santos W., Moraes F., Kamei G., dos Santos M., dos Santos V., Barroso U.	Ciencia e Saude Coletiva	2018	Brasil	2	AMÉRICA: BRASIL	Estudio descriptivo	828 forensic reports	identify potential factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations.	evaluation of children suspected of being victims of sexual abuse and in deciding whether to refer the child for forensic examination.	Factors associated with child sexual abuse confirmation at forensic examinations	828 forensic reports were selected consistent with the established criteria. In 557 of these cases (67.3%), the child reported the abuse personally to the forensic physician during the interview. In 230 cases (27.8%), the person accompanying the child told the forensic physician that the child had reported sexual abuse prior to the examination. In the remaining 41 .cases (4.9%), someone had witnessed the sexual abuse. The mean age of the children was 7.08 ± 2.87 years (mean ± standard deviation; range: 2-11 years).The proportion of cases confirmed by the forensic physician based on material evidence was 10.4%
PUBMED	37	Mitchell, I. C., Norat, B. J., Auerbach, M., Bressler, C. J., Como, J. J., Escobar, M. A., ... Maguire, S.	Academic Emergency Medicine	2020	Estados Unidos	1	AMÉRICA: USA	Revisión sistemática	15 artículos de pacientes pediátricos con fracturas de costillas, húmero o fémur	determine which children presenting with rib or long bone fractures should undergo a routine abuse evaluation based on age.	evaluation of children abuse. To accommodate for the source of heterogeneity methods of abuse determination were classified utilizing a modified version of 'ranking of abuse'	Identifying Maltreatment in Infants and Young Children Presenting with Fractures: Does Age Matter?	Studies with comparable age ranges of subjects and sufficient evidence to meet the determination of abuse standard for pediatric patients with rib, humeral and femoral fractures were identified. Seventy-seven percent of children presenting with rib fractures aged less than three years were abused; when those involved in motor vehicle collisions were excluded, 96% were abused. Abuse was identified in 48% of children less than 18 months with humeral fractures. Among those with femoral fractures, abuse was diagnosed in 34% and 25% of children aged less than 12 months and 18 months, respectively. the authors strongly recommend routine evaluation for child abuse, including specialty child abuse consultation, for: (1) children aged less than 3 years old presenting with rib fractures, and (2) children aged less than 18 months presenting with humeral or femoral fractures.
PUBMED	38	Costa-Silva, M., Fernandes, I., Rodrigues, A. G., & Lisboa, C.	Anais Brasileiros de Dermatologia	2017	Brasil	3	EUROPA: PORTUGA L	Revisión sistemática	Revisión sistemática de literatura en población menor de 12 años	Review the current knowledge of anogenital warts in children, the forms of transmission, and the association with sexual abuse and to propose a cross-sectional approach involving all medical specialties	The approach to children with anogenital warts in the context of sexual abuse is a challenge in clinical practice	Anogenital warts in pediatric population	The possibility of sexual transmission appears to be greater in children older than 4 years. In the case of anogenital warts in children younger than 4 years of age, the possibility of non-sexual transmission should be strongly considered in the absence of another sexually transmitted infection, clinical indicators, or history of sexual abuse. A multidisciplinary clinical approach improves the ability to identify sexual abuse in children with anogenital warts.

PUBMED	39	Metheny, N. A., & Krieger, M. M. (2020)	Journal of Emergency Nursing.	2020	Estados Unidos	3	AMÉRICA: USA	Revisión sistemática y reporte de casos	Revisión sistemática de 15 casos de toxicidad por sal. 6 casos corresponden a menores de 15 años	This article contributes the finding that early recognition and treatment of acute salt toxicity can be lifesaving.	The condition is rare; however, it is associated with high morbidity and mortality.	Salt Toxicity: A Systematic Review and Case Reports	Key implications for emergency nursing practice found in this article are being aware that salt poisoning by caregivers is 1 of the more common forms of child abuse; therefore, it is important to consider the possibility of salt toxicity when a child is admitted with unexplained hypernatremia. In addition, close monitoring of intravenous fluid replacement and plasma sodium concentrations is vital during the treatment of acute salt toxicity. Forty percent of the patients were children less than 15 years old
PUBMED	40	Paine, C. W., & Wood, J. N.	Child Abuse & Neglect	2018	Estados Unidos	1	EUROPA: REINO UNIDO	Revisión sistemática	32 artículos que representan 64.983 niños < 60 meses.	These findings underscore the need for interventions to decrease disparities in SS utilization and standardize SS utilization in infants at high risk of having occult fractures.	Skeletal surveys (SSs) have been identified as a key component of the evaluation for suspected abuse in young children	Skeletal surveys in young, injured children: A systematic review	Greater variability in SS utilization was observed across studies that included all infants with specific injuries, such as femur fractures (0%–77%), significant head injury (51%–82%), and skull fractures (41%–86%). Among children undergoing SS, occult fractures were frequently detected among infants with significant head injury (23%–34%) and long bone fractures (30%)
PUBMED	41	Elinder, G., Eriksson, A., Hallberg, B., Lynøe, N., Sundgren, P. M., Rosén, M., ... Erlandsson, B.-E.	Acta Paediatrica	2018	Estados Unidos	1	EUROPA: SUECIA	Revisión sistemática	2 artículos: 74 casos agresor confiesa maltrato	The main reason that so few studies met the quality requirements was that the published papers failed to provide information as to whether traumatic shaking was confessed to by the perpetrator or had been witnessed.	The triad associated with usually comprises subdural haematoma, retinal haemorrhages and encephalopathy.) can be associated with traumatic shaking.	Traumatic shaking: The role of the triad in medical investigations of suspected traumatic shaking	First study: 45 confessed cases: 30 by traumatic shaking and 15 in which the perpetrator admitted to other external trauma. 37 of 45 (82%) had a subdural haematoma, compared with 17 of 39 (44%) in the accidental trauma group; 37 of 44 (84%) had retinal haemorrhages, compared with six of 35 (17%) in the accidental trauma group and 12 of 45 (27%) had cerebral ischemia, compared with one of 39 (3 per cent) in the group with accidental head trauma. Second study: 29 confessed cases of traumatic shaking. 24 children (83%) had retinal haemorrhages. In all cases where the perpetrator had confessed, the shaking was described as violent (100%) and in some cases (55%), the perpetrator admitted to repeated episodes of shaking. No correlation was established between the density of the subdural haematoma and the number of repeated episodes of shaking.

Anexo 2.

Tabla 2. Representación porcentual de las bases de datos utilizada en los resultados

Base de Datos	Número de Resultados	Representación porcentual (%)
Pubmed	22	53,66
DOAJ	2	4,88
Elsevier	8	19,51
Dialnet	3	7,31
Scielo	6	14,63
TOTAL	41	100%

Anexo 3.

Tabla 3. Representación por porcentaje, de estudios realizados según continentes

Continente	Número de Resultados	Representación porcentual (%)
Europa	9	21,95
Asia	1	2,44
América	26	63,41
África	4	9,75
Australia	1	2,44
TOTAL	41	100%

Anexo 4.

Tabla 4. Representación porcentual según tipo de estudio, correspondiente a las investigaciones utilizadas en los resultados

Tipo de Estudio	Número de Resultados	Representación porcentual (%)
Estudio Umbrella	1	2,44
Metanálisis	5	12,19
Ensayo clínico	9	21,95
Casos y controles	1	2,44
Revisiones sistemáticas	16	39,02
Estudios descriptivos	8	19,51
Estudio ANOVA	1	2,44
TOTAL	41	100%

Anexo 5.

Tabla 5. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	MESES								
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Revisión de fuentes y marco teórico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración, revisión y aprobación del protocolo	X	X							
Búsqueda y análisis de artículos científicos			X	X	X	X	X	X	X
Consolidación de resultados obtenidos de revisiones					X	X	X		
Elaboración de tablas de resultados						X	X		
Discusión de resultados y emisión de conclusiones							X	X	X
Presentación de la tesis									X