



# Indicadores de Maltrato Infantil

Fecha de la última revisión: 27/12/2010

## Índice de contenidos

1. ¿Cuáles son los indicadores físicos que se pueden observar en un niño maltratado?
2. ¿Cuáles son los indicadores comportamentales que se pueden observar en un niño maltratado?
3. ¿Cuáles son los indicadores comportamentales y las actitudes que se pueden observar en los adultos perpetradores de maltrato infantil?
4. Algoritmo
5. Bibliografía
6. Más en la red
7. Autores

## ¿Cuáles son los indicadores físicos que se pueden observar en un niño maltratado?

### Maltrato físico

- **Lesiones cutáneo-mucosas**
  - Hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones, pinchazos, cicatrices:
    - Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
    - Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones.
    - Presencia frecuente y reiterada (indicador de especial importancia en menores de tres años).
    - Localización en zonas no habituales y no prominentes: áreas periorcular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas.
    - Distribución: ocupan zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición simétrica.
    - Configuración en formas geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto.
    - En distintos estadios evolutivos de curación\* y/o de cicatrización.
      - \* Evolución de la coloración de los hematomas: 0-2 días: rojo (hemoglobina); 3-5 días: púrpura, azul; 5-7 días: verde, verde-amarillento (hemosiderina); 7-10 días: amarillo, amarillo-pardusco; 10-14 días: pardo (hematoidina).
    - Diagnóstico diferencial:
      - Lesiones cutáneo-mucosas accidentales: localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica.
      - Lesiones cutáneo-mucosas por actos médicos.

- Autolesiones.
  - Variantes normales: manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas; venas prominentes; dermatografismo intenso.
  - Prácticas rituales / Terapias tradicionales: escarificaciones, ventosas, digitopuntura, etc.
  - Enfermedades dermatológicas: celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto; dermatitis facticias; eritema nodoso; eritema multiforme; vasculitis por hipersensibilidad; aplasia cutis.
  - Enfermedades hemorrágicas: leucemia; hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; hipoprotrombinemia; déficit vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática (enfermedad de Werlhoff); síndrome hemolítico-urémico; intoxicación salicílica; púrpura fulminante meningocócica; coagulación intravascular diseminada; púrpura reumatoide (síndrome de Schönlein-Henoch).
  - Enfermedades genéticas: disautonomía familiar con insensibilidad congénita al dolor; síndrome de Ehlers-Danlos.
- Quemaduras y escaldaduras:
    - Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño, su nivel de desarrollo y con la historia relatada.
    - Presencia reiterada.
    - Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas.
    - Distribución simétrica en forma "de calcetín" o "de guante" (producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies).
    - Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, etc.).
    - En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).
    - Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.
    - Diagnóstico diferencial:
      - Quemaduras/ escaldaduras accidentales: bordes irregulares; marcas de "salpicaduras"; distribución asimétrica; localización en región antero-superior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel; carácter único y casual.
      - Prácticas rituales / Terapias tradicionales: Cao gio (frotamiento con monedas), Moxibustión, Quat sha (aplicación de cucharas calientes), etc.
      - Enfermedades dermatológicas: fotodermatitis; epidermolisis bullosa; síndrome de la piel escaldada por estafilococos; impétigo estafilocócico o ampollar; varicela; otras dermatitis ampollosas.
  - Mordeduras:
    - Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.) y, a menudo, presenta una equimosis central.
    - Recurrentes (aisladas o múltiples).
    - Diagnóstico diferencial: mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.), mordedura de perro o de otros animales (suelen dejar marcas punzantes o desgarros del tejido); automordeduras (metabolopatías, psicopatías).
  - Alopecia traumática:
    - Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada.
    - Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente.
    - Localización occipital u occipito-parietal.
    - Diagnóstico diferencial: áreas decalvantes por permanencia en decúbito

(lactantes); tricotilomanía; enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata).

- **Lesiones dentales**

- Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
- Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo.
- Fracturas, desplazamientos o avulsiones.

- **Lesiones osteo-articulares**

- Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula).
- Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación\*.
  - \* Evolución de las fracturas en el tiempo: 0-2 días: fractura, tumefacción de partes blandas; 0-5 días: fragmentos visibles; 10-14 días: presencia de callo, neoformación ósea perióstica; 8 semanas: callo denso después de la fractura.
- Mecanismos de producción plenamente discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración.
- Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia.
- Tipos de fracturas más frecuentemente observadas y su especificidad para el maltrato físico [\* alta; \*\* moderada; \*\*\* baja]
  - Fracturas metafisarias en “asa de balde” o astilladas\*: por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado.
  - Fracturas de costillas\*, en especial si son múltiples y de localización posterior (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral: por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
  - Fracturas de escápula o esternón\*: por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
  - Fracturas de las apófisis espinosas\* y fracturas/subluxaciones de los cuerpos vertebrales\*\*: por mecanismo de hiperflexión-hiperextensión forzada o por impacto directo.
  - Lesión epifisaria\*\* con fractura, desplazamiento o desprendimiento.
  - Fracturas digitales\*\*.
  - Fracturas de cráneo complejas (conminutas, con hundimiento o diastasadas) o múltiples\*\*, fracturas cerradas y lineales\*\*\*: por impacto directo.
  - Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos\*\*\*: en espiral (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial).
  - Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula\*\*\*: por impacto directo.
  - Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica\*\*\*; formación subperióstica de hueso nuevo\*\*\*.
  - Fracturas de clavícula\*\*\*
- Secuelas:
  - Desviación, deformación o acortamiento de extremidades (lesiones con afectación del cartílago de crecimiento o con desplazamiento de las epífisis).
  - Lesiones de médula espinal (en lesiones de columna vertebral).
- Diagnóstico diferencial:
  - Variantes óseas normales: hueso nuevo perióstico fisiológico, sutura craneal aberrante, conductos de Havers, irregularidades corticales, picos y espolones, imagen en copa del extremo distal del cúbito, defectos de osificación de las costillas.
  - Traumatismo obstétrico.
  - Enfermedades neuromusculares: insensibilidad congénita para el dolor, parálisis cerebral, mielodisplasia.
  - Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta, hiperóstosis cortical infantil (enfermedad de Caffey).

- Osteoporosis.
- Osteodistrofia renal (hiperparatiroidismo secundario).
- Toxicidad: osteodistrofia por Metotrexato, terapéutica de prostaglandina, hipervitaminosis A.
- Infecciones: sífilis congénita, osteomielitis.
- Neoplasias y enfermedades asociadas: leucemia, neuroblastoma metastático, histiocitosis X, osteoma osteoide, quiste óseo esencial.
- Defectos nutricionales: escorbuto, raquitismo, deficiencia de cobre.
- Síndromes genéticos raros: Síndrome de Menkes, Mucopolidosis II (enfermedad de célula I), Disostosis cleidocraneal, Síndrome de Hajdu-Cheney, Enfermedad de Hutchinson-Gilford, Homocistinuria, Hipofosfatasa, Osteoporosis-pseudoglioma.
- **Lesiones orgánicas internas:** aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico.
  - Intracraneales:
    - Sospechar maltrato ante: lesión intracraneal grave producida, supuestamente, por caída sin testigos o por caída desde poca altura (alturas inferiores a 1,20m: cama, cuna, sofá, cambiador, inodoro, etc.), especialmente si es menor de 1 año.
    - Síntomas/signos clínicos: convulsiones, trastornos agudos de la conciencia (coma, letargo, somnolencia, etc.), hipotonía, irritabilidad, signos neurológicos, signo de Battle (equimosis cerca del vértice de la apófisis mastoides varios días después de una fractura de la base del cráneo), rechazo del alimento, vómitos, hipotonía, alteraciones en el ritmo respiratorio (incluso apnea), síntomas inespecíficos (confundibles con enfermedades leves).
    - Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragia/hematoma subdural (agudo, unilateral o bilateral, sobre las convexidades o interhemisférico), hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, hematoma epidural.
    - Mecanismos de producción: impacto directo sobre el cráneo; aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante ("Síndrome del niño zarandeado"); compresión de la arteria carótida primitiva ("Síndrome de estrangulamiento"); aceleración rotacional brusca de la cabeza por traumatismo contuso en el oído ("Tin ear syndrome"); compresión persistente y violenta del tórax.
    - Diagnóstico diferencial de hemorragia subdural en lactantes y niños: traumatismo accidental; traumatismo obstétrico; malformaciones congénitas (malformación arteriovenosa, aneurisma, quistes aracnoides), coagulación intravascular diseminada; hemofilia u otro trastorno hemorrágico hereditario; infección (meningitis, herpes simple); trastornos metabólicos (aciduria glutárica tipo 1, linfocitosis hemofagocítica, enfermedad de Menkes, osteogénesis imperfecta); efecto de la radiación o de la quimioterapia; tumor; vasculitis (enfermedad de Kawasaki, intoxicación por plomo, moyamoya, lupus eritematoso sistémico); deficiencia de vitamina K en el neonato.
    - Secuelas: Lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (atrofia cerebral focal o global, dilatación ventricular, encefalomalacia, porencefalia, hematomas subdurales crónicos); Cuadros clínicos: parálisis cerebral, disfunciones motoras importantes, ceguera cortical, trastornos convulsivos, hidrocefalia, microcefalia, retraso mental, problemas del aprendizaje, motrices o conductuales.
  - Oculares:
    - Mecanismos de producción: impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales.
    - Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragias retinianas (cuando son bilaterales, numerosas y afectan más de una capa de la retina, sin edema de papila o enfermedad subyacente, sugieren firmemente

- traumatismo de cráneo no accidental y hay que sospechar maltrato), retinosquias, desprendimiento de retina, pliegues maculares, placas lacunares retinianas, hemorragia vítrea, hemorragia del nervio óptico, edema corneal, queratitis, opacidad corneal, cataratas traumáticas, subluxación del cristalino, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas, glaucoma post-traumático.
  - Secuelas: cicatriz macular, atrofia óptica, ceguera.
- Óticas:
  - Mecanismo de producción: impacto directo sobre zona periauricular; traumatismos crónicos sobre el pabellón auricular.
  - Lesiones más frecuentemente observadas: otorragia, hemotímpano, desgarró o perforación timpánica, lesión de los huesecillos, deformación del pabellón auricular (“oreja en coliflor”).
  - Secuelas: hipoacusia conductiva o neurosensorial, sordera.
- Viscerales y torácicas:
  - Mecanismo de producción: impacto directo; compresión contra la columna vertebral.
  - Cuadros clínicos: abdominal inespecífico (distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia); abdominal obstructivo; alteraciones analíticas (anemia, hematuria, aumento de la amilasa, lipasa y transaminasas hepáticas).
  - Lesiones más frecuentemente observadas: hematoma duodenal intramural; pseudoquiste pancreático; pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica; hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal; desgarró mesentérico y hepático, con contusión; ruptura del colédoco; estenosis ileal; hemoperitoneo y ascitis quillosa post-traumática; edema, contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; hemotórax, neumotórax o quilotórax.

## Abuso sexual

### • Compatible

- Dolor o molestias para andar o sentarse.
- Disuria.
- Infección urinaria recidivante.
- Dolor abdominal.
- Defecación dolorosa.
- Prurito genital o anal.
- Cuerpo extraño en la vagina o el recto.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas.
- Eritema, erosiones y/o Petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando.
- Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- Signos asociados a sofocación parcial (petequias periorbitarias, marcas en el cuello).
- Verrugas genitales / anales / orales (VPH-11,16; VHS-1,2).
- Vulvitis / vulvovaginitis inespecíficas.
- Adherencias labiales.
- Balanitis / balanopostitis.
- Parafimosis.
- Hemorragia genital / rectal.
- Congestión venosa perianal.
- Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas en ausencia de una explicación accidental adecuada.

### • Sugestivo

- Himen ausente.
  - Himen con sinequias, escotaduras o dilatación (>5-6 mm.).
  - Dilatación anal refleja y reproducible (dilatación >15 mm. del esfínter anal externo seguida por el interno cuando se efectúa una suave tracción hacia fuera de ambos glúteos durante 30 segundos; se debe realizar con la ampolla rectal vacía de heces).
  - Eversión del canal anal.
  - Fisuras profundas de localización posterior (únicas o múltiples).
  - Pliegues del esfínter anal engrosados, alisados o sin la estructura radial normal.
  - Cultivo positivo: Trichomona vaginalis.
- **Específico**
    - Relato positivo de abuso sexual del niño o episodio de abuso sexual presenciado por un testigo (también se aplica a los casos de fotografías pornográficas o videos que se muestren como evidencia).
    - Desgarro del himen o del ano por penetración intencional.
    - Hallazgo de esperma o líquido seminal en el cuerpo (piel, región perioral, cavidad oral, genitales externos, vagina, ano).
    - Cultivos/Serologías positivos: Sífilis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, VIH (no adquiridas por vía perinatal o intravenosa).
    - Embarazo antes de la edad del consentimiento.
- **Diagnóstico diferencial**
    - Lesiones accidentales: lesión por caída en horcadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil).
    - Lesiones no accidentales: masturbación, prácticas nocivas de cuidado genital, torniquete de pelo, abuso ficticio "por poderes", mutilación genital femenina.
    - Problemas congénitos: adherencias labiales, bultos e indentaciones en el himen, hímenes fenestrados, colgajos de piel anal (papilomas cutáneos) en la línea media, hemangioma, defectos de la línea media, rafe prominente, línea vestibular, hiperpigmentación perianal, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis anal, variación del músculo bulbocavernoso.
    - Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico, liquen plano, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, atópica o por contacto, psoriasis, irritación por jabón (baños de burbujas) u otros productos o ropas, mala higiene, lesiones de rascado por parasitosis (oxiuros), penfigoide bulloso.
    - Problemas anales: estreñimiento crónico, fisuras, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales (contagio a través de fómites), sangrado rectal por diarrea infecciosa (salmonella, shigella), colitis ulcerosa (enfermedad de Crohn), síndrome hemolítico-urémico, pólipo rectal u otro tumor de recto, atonía neurógena asociada a espina bífida o lesión baja de la médula espinal, dilatación anal postmortem.
    - Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, ureterocele.
    - Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiasis o por otros agentes, lesiones por varicela.
    - Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo, enfermedad de Behçet.

## Negligencia física

- Consecuencias por negligencias en la alimentación (deprivación de alimentos, dietas inadecuadas): Malnutrición protéico-energética aguda y/o crónica (tipos kwashiorkor o marasmático); Obesidad; Fallo de medro; Retraso de crecimiento; Raquitismo; Microcefalia; Anemias (principalmente ferropénica); Déficit de vitaminas; Déficit de oligoelementos; Palidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente; Retrasos en el desarrollo psicomotor; Retrasos en las adquisiciones madurativas y

problemas de aprendizaje; Retraso en el desarrollo puberal.

- Consecuencias por falta de higiene en el hogar: Infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales; Infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial, recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco.
- Consecuencias por falta de aseo: mal olor; vestuario inapropiado, inadecuado, sucio; pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopécicas, piojos, liendres; uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia, con roña ("coraza insoluble"), con costras, con pliegues cutáneos macerados; eccemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.
- Consecuencias por permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas: eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.
- Consecuencias por negligencias en el cuidado odontológico: caries en número abundante y no tratadas; falta de dientes; flemones repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales; pérdida del color normal de los dientes.
- Consecuencias por la falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental: caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.
- Consecuencias por negligencias en el cuidado médico:
  - Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.): enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc.
  - Por despreocupación en la atención a las enfermedades (retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes): enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo, enfermedades prolongadas, complicaciones evitables, muerte.

### **Maltrato psicológico o emocional**

- Fallo de medro.
- Retraso de crecimiento "no orgánico".
- Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño.
- Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- Retrasos en el desarrollo psicomotor.
- Falta de control de esfínteres de causa no justificada.
- Enfermedades psicosomáticas de repetición (cefaleas, dolores abdominales, trastornos del sueño, etc.).

### **Maltrato prenatal**

- Sufrimiento fetal.
- Mortinato.
- Prematuridad.
- Retraso de crecimiento intrauterino.
- Bajo peso al nacer.

- Microcefalia.
- Síntomas inespecíficos como dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, sudoración, convulsiones, irritabilidad o letargo.
- Síndrome de abstinencia.
- Síndrome alcohólico fetal
- Manifestaciones fenotípicas relacionadas con otros tóxicos/fármacos.
- Malformaciones congénitas.
- Daño cerebral con/sin lesiones permanentes y disfunción motora.
- Infecciones de transmisión vertical (enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B/C, VIH).
- Dificultades para una posterior regularización del retraso de crecimiento intrauterino o del bajo peso (fallo de medro).
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Epilepsia.
- Discapacidad física, psíquica y/o sensorial.

### **Síndrome de Münchhausen por poderes**

- Habitualmente se trata de un niño menor de 5 años, y con frecuencia lactante. No existen diferencias por sexo.
- Es llevado por su cuidador (habitualmente la madre) a centros médicos (ambulatorios u hospitalarios), con frecuencia distintos y en diferentes ciudades, de forma reiterada.
- Describiendo o exhibiendo la presencia de manifestaciones clínicas, generalmente graves y de comienzo agudo, que suelen corresponder a procesos de urgencia orgánica.
- Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados u observados son: dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, disfagia, diarrea, hematemesis, hematoquecia, rectorragia, úlceras bucales, epistaxis, ataxia, convulsiones, lipotimias, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, fiebre, púrpuras, exantemas infecciosos, urticaria/angioedema, lesiones cutáneas, dermatitis vesículo-ampollosas, infecciones cutáneas, hematuria, hipertensión, disnea, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia del perfil bioquímico.
- Estas manifestaciones clínicas son persistentes o recidivantes, abigarradas e inhabituales, y difícilmente se pueden encasillar en un cuadro clínico o enfermedad específica.
- Todo ello da lugar a que el niño sufra múltiples ingresos hospitalarios (con frecuencia prolongados), estudios médicos y exámenes complementarios para su diagnóstico y tratamiento.
- Los síntomas y/o signos clínicos que se relatan o que presenta el niño discrepan de la historia clínica, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios, o éstos no aclaran el diagnóstico.
- Generalmente, el cuadro clínico mejora en cuanto el niño ingresa en el hospital. Existe discordancia entre el aparente buen estado de salud del niño y la historia de graves síntomas clínicos y/o la alteración de las pruebas de laboratorio.
- En otras ocasiones se confirma una enfermedad (o se produce la muerte) cuya causa es inexplicable. Los procedimientos terapéuticos, habituales y apropiados, aplicados son inefectivos o no tolerados. El personal sanitario piensa en la posibilidad de hallarse frente a una enfermedad desconocida.
- ¡Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solamente en presencia de la madre y no aparecen cuando está ausente! La “prueba de la separación” lo confirma.

### **¿Cuáles son los indicadores comportamentales que se pueden observar en un niño maltratado?**

#### **Maltrato físico**

- Cuenta que alguno de sus padres o cuidadores le ha causado alguna vez alguna lesión o



que le pegan normalmente.

- Parece tener miedo de sus padres o cuidadores, mostrando una conducta hipervigilante y temerosa.
- Llora cuando terminan las clases y tiene que regresar a su casa; presenta una inquietud desmedida por el llanto de otros niños.
- Se muestra cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
- Se adapta fácilmente al internamiento en centros sanitarios, escolares y de protección.
- Tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niños.
- Presenta problemas en la escuela o fracaso escolar.
- Es pasivo, retraído, tímido y asustadizo con tendencia a la soledad y al aislamiento.
- Exterioriza indiferencia y apatía o, por el contrario, impulsividad e hiperactividad motora.
- Padece anorexia.
- Tiene dificultades de adaptación a las situaciones cotidianas.
- Exhibe comportamientos de oposición desafiante, conductas extremas de agresividad o rechazo ante situaciones adversas.
- Presenta un estrés emocional no justificado, con ansiedad y miedos.
- Tiene una pobre auto-imagen.
- Manifiesta una actitud de autoculpabilización y de aceptación del castigo.
- Tiene comportamientos autodestructivos y pensamientos suicidas.
- Manifiesta sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión.
- Tiene problemas del sueño.
- Se fuga del hogar.
- Comete actos vandálicos o delictivos.
- Abusa de drogas y/o de alcohol.

## Abuso sexual

- Relata que un padre, un familiar, un cuidador o un desconocido le ha enseñado sus genitales, le ha mostrado material de contenido explícito sexual, le ha tocado el cuerpo o los genitales o ha abusado sexualmente.
- Extremadamente temeroso de revelar las acciones del agresor (mirada nerviosa al hablar del hecho) e incluso mutismo.
- Tiene miedo a una persona y/o a un lugar específico.
- Tiene miedo a adultos del sexo opuesto (o del mismo sexo, en casos de abuso homosexual)
- Muestra temor y ansiedad ante el hecho de cambiarse de ropa delante de otras personas.
- Exterioriza un pudor inexplicable e inapropiado en la exploración médica genital.
- Expresa ansiedad de que tenga "algo malo" en sus genitales.
- Evita todo lo referente a la sexualidad.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis), que anteriormente controlaba.
- Muestra un interés excesivo por todo lo referente a la sexualidad.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales para su edad.
- Expone evidencias sexuales en sus dibujos o fantasías.
- Realiza juegos sexuales inapropiados con otros niños, juguetes o consigo mismo.
- Se masturba en lugares públicos o de forma excesiva.
- Agrede sexualmente a otros niños.
- Exhibe un comportamiento de seducción o "erótico" con adultos ("comportamiento pseudomadura")
- Muestra cambios repentinos en el comportamiento.
- Pierde la capacidad de concentración; disminuye bruscamente el rendimiento escolar; se niega a ir a la escuela.
- Parece reservado, rechazante, con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado.

- Se aísla de sus amigos y familia; pierde la confianza en todos los adultos.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno, pesadillas).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
- Trastornos psicósomáticos (cefalea, migraña, dolor abdominal recurrente).
- Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
- Tiene baja auto-estima y sentimientos de culpabilidad.
- Sufre depresión y exhibe conductas autoagresivas (incluso automutilación) y suicidas.
- Exhibe una agresividad excesiva y manifestaciones de violencia.
- Tiene dificultad para establecer relaciones con otras personas a menos que estas relaciones tengan una base sexual (promiscuidad / prostitución).
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Se fuga del hogar.
- Comete actos vandálicos o delictivos.
- De adulto presenta problemas de salud mental, dificultades de adaptación sexual, dificultades para criar a sus hijos y/o disfunción social.

### **Negligencia física**

- Realiza comentarios acerca de los cuidados deficitarios que recibe o expresa que no hay nadie que le cuide.
- Presenta retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- Presenta retrasos en el desarrollo del lenguaje y vocabulario.
- Muestra escasa destreza para la comunicación y para la adquisición de vínculos con otros niños o adultos.
- Absentismo escolar. Llega demasiado pronto al colegio o se va muy tarde. Se suele quedar dormido en clase. Déficit de atención con/sin hiperactividad. Fracaso escolar.
- Muestra comportamientos autogratificantes y realiza movimientos autoestimulativos.
- Muestra inmadurez emocional y tiene tendencia a la fantasía.
- Presenta conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. Autoagresiones.
- Presenta apatía, somnolencia, tristeza, mutismo y/o falta de reacción ante estímulos externos.
- Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual, prostitución).
- Pide o roba comida; mendiga o realiza trabajos inapropiados para su edad.

### **Maltrato psicológico o emocional**

- Muestra desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas.
- Es apático en las relaciones con los progenitores.
- Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Busca contactos físicos inapropiados.
- Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales. Se inhibe en el juego con otros niños.
- Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado de adultos (hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis) indicando una inmadurez socioemocional.
- Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas.
- Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos compulsivos, negativistas o agresivos.

- Presenta disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno).
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis).
- Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
- Exterioriza trastornos psicósomáticos (cefaleas, abdominalgias) o finge de síntomas.
- Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores.
- Esta deprimido. Exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
- Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual, prostitución).

### **Maltrato prenatal**

- Trastornos de la conducta.
- Problemas y dificultades en el aprendizaje.
- Trastornos del comportamiento derivados de una discapacidad física, psíquica y/o sensorial.
- Indicadores comportamentales de maltrato y negligencia física, abuso sexual y/o maltrato emocional, ya que entre un 40-60% de estos niños sufre a lo largo de su infancia alguno de estos tipos de maltrato.

### **Síndrome de Münchhausen por poderes**

- Los niños mayores víctimas de este síndrome, frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confabulando con éste para confirmar sus historias médicas. Incluso ellos mismos simulan o fabrican sus "enfermedades", a veces por miedo de contradecir al perpetrador y otras veces debido a la persuasión de éste en el tiempo.
- Algunos de estos niños creen que están muy enfermos y que presentan un desorden misterioso que los médicos no pueden detectar.
- En otros casos, el niño es consciente de que la explicación del perpetrador es improbable pero no lo dicen, temiendo su venganza o que nadie le creerá.
- El impacto de este síndrome, a largo plazo, puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y/o conductuales.

### **¿Cuáles son los indicadores comportamentales y las actitudes que se pueden observar en los adultos perpetradores de maltrato infantil?**

#### **Maltrato físico**

- Alega traumatismos accidentales de forma sistemática.
- Describe la lesión como autoinflingida y no es compatible con la edad o con las habilidades de desarrollo del niño.
- Atribuye las lesiones a los hermanos u otros niños.
- Se retrasa en la búsqueda de asistencia médica.
- Cambia frecuentemente de pediatra, centro de salud o servicio de urgencia para la atención sanitaria del niño.
- Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de

ésta.

- Relata una historia inaceptable, discordante o contradictoria respecto al tipo y la intensidad de las lesiones.
- Evita toda responsabilidad.
- Parece no preocuparse por el niño y sus problemas: no se preocupa de la gravedad de las lesiones; abandona precozmente al niño tras el ingreso hospitalario; no lo visita o son visitas cortas en duración y dedicación; no comparece a los informes médicos o al alta.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa.
- Utiliza una disciplina severa, inadecuada para la edad, falta cometida y condición del niño.
- Ha sido objeto de malos tratos en su infancia.
- Existe el antecedente de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Tiene dificultades en su matrimonio.
- Presenta psicopatía, alcoholismo y/o drogadicción.

## Abuso sexual

- Identidad del perpetrador. Hombre [95%]: conocido (24%), tío / abuelo (19%), padre (16%), padrastro / compañero de la madre (10%), primo / hermano (7%), amigo (7%), cuidador / educador (6%), desconocido (6%); Mujer [5%]: cuidadora / conocida (4%), madre (1%).
- Antecedente de haber sido víctima de abusos.
- Busca víctimas en la edad en la que fue victimizado.
- No hay preferencia definida en cuanto a la búsqueda homo o heterosexual.
- Casado o con pareja (puede estar atravesando problemas sentimentales o sexuales).
- Con empleo (frecuentemente ausente del hogar por tener mucha movilidad laboral).
- Bien integrado en su comunidad.
- Buen nivel educativo y/o académico.
- Se relaciona mejor con niños y jóvenes que con adultos.
- Participa en las actividades comunitarias de sus víctimas (educativas, deportivas, religiosas, de ocio, etc.).
- Busca la amistad de otros padres, especialmente de madres solteras, para tener acceso a los niños.
- Frecuenta lugares donde acuden sus víctimas (escuelas, parroquias, clubes, salones de juegos, discotecas, etc.).
- Busca trabajos donde sea fácil el encuentro con niños.
- Ejerce una profesión en la que puede utilizar su influencia para manipular, engañar o chantajear al niño.
- Es muy protector o celoso de su víctima.
- Participa en redes sociales infanto-juveniles online ocultando su verdadera identidad.
- Se exhibe desnudo delante del niño.
- Le muestra fotografías o videos pornográficos.
- Le cuenta historias de contenido explícito sexual.
- Le alienta a implicarse en actividades sexuales con otras personas.
- Fotografía y/o colecciona imágenes de niños desnudos o en actitud sexual.
- Visita habitualmente o es miembro de páginas Web de contenido pedófilo.
- Tiene antecedentes de pedofilia y/o sadismo.
- Creció en una familia disfuncional.
- Es violento con otros miembros de su familia.
- Se encuentra socialmente aislado.
- Abusa de alcohol y/o drogas.
- Presenta trastorno de personalidad o enfermedad mental.
- La esposa es sumisa y pasiva.
- La esposa sufrió abuso sexual y consiente o participa en el abuso.
- Desmiente o niega todo lo relacionado con el abuso sexual (el acto, el planeo, la responsabilidad, la gravedad de la conducta, la autoculpabilidad). Parece que es la víctima.

## **Negligencia física**

- Ostenta una constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño realiza actividades peligrosas.
- Mantiene unas condiciones higiénicas y/o de seguridad en el hogar peligrosas para la salud del niño.
- Exterioriza pobreza, ignorancia, incultura.
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Es promiscuo, practica la prostitución/ proxenetismo o su medio de vida es la delincuencia.
- Muestra apatía o nulidad.
- Está mentalmente enfermo o presenta bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad física crónica.
- Existe el antecedente de malos tratos o negligencia en la infancia.
- Antecedente de separación prolongada madre/ padre-hijo.
- Muestra poca preocupación por los controles sanitarios del niño.
- Realiza un seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas del niño.
- Incumple los tratamientos médicos prescritos al niño.
- Se despreocupa por las enfermedades discapacitantes del niño.
- Muestra poca preocupación por la higiene y alimentación del niño.
- Muestra poca preocupación porque el niño lleve un vestuario adecuado a la climatología.
- Tiene un exceso de vida social y profesional.
- Tiene y practica convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Compensa con bienes materiales la falta de cuidado y atención de las necesidades básicas del niño.

## **Maltrato psicológico o emocional**

- Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del niño.
- No calma el llanto del niño.
- Facilita u obliga permanencias prolongadas en la cuna/cama (en lactantes y preescolares).
- Rechaza verbalmente, insulta, menosprecia y desvaloriza al niño.
- Basa sus relaciones con el niño en el temor o en una disciplina excesiva. Lo amenaza y lo castiga de forma repetida y excesiva.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Mantiene unas exigencias superiores a las propias del momento evolutivo del niño o de sus características individuales.
- Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Parece no preocuparse por los problemas del niño.
- Tolerancia todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.
- No acepta la iniciativa del niño; impide al niño una mayor autonomía y autodeterminación.
- Impide que el niño se relacione con otros de su edad y lo aparta de las interacciones sociales.
- Cambios frecuentes de las funciones parentales; renuncia de su función parental.
- Es inaccesible o poco disponible para el niño.
- No participa en las actividades diarias del niño.
- Tiene un exceso de vida social o laboral.
- Utiliza al niño en situaciones conflictivas, sobre todo de separación del cónyuge.
- Le hace vivir situaciones de violencia doméstica.
- Alienta a cometer conductas delictivas; expone al niño a pornografía; premia conductas agresivas.

## Maltrato prenatal

- Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre:
  - Maltrato físico dirigido a la madre o al feto por parte del padre/compañero.
  - Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la madre por parte del padre/compañero.
  - Exceso de trabajo corporal.
  - Exposición a radiaciones y tóxicos ambientales.
  - Exposición o presencia de infecciones de transmisión vertical.
  - Promiscuidad / prostitución.
  - Participación en actividades delictivas o está en prisión.
  - Presencia de psicopatía.
  - Rechazo del embarazo o indiferencia emocional.
  - Falta de control y seguimiento médico del embarazo.
  - Negligencia personal en la alimentación e higiene.
  - Presencia de enfermedades, no tratadas, que pueden causar disfunciones o malformaciones.
- Autosuministro de drogas o sustancias que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto:
  - Consumo de medicaciones excesivas o inadecuadas.
  - Consumo inadecuado de tabaco.
  - Consumo de drogas, alcohol o psicofármacos.

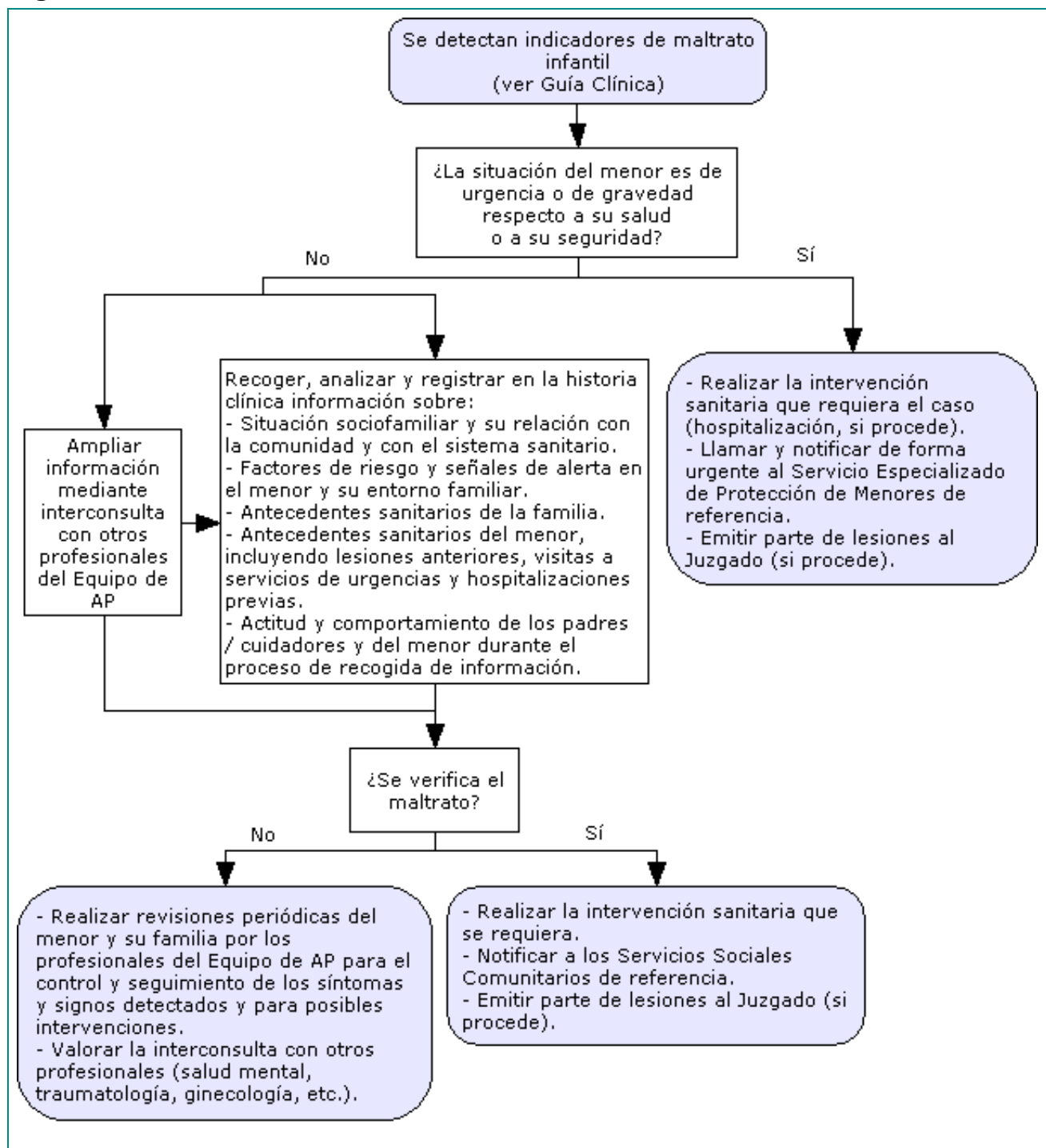
## Síndrome de Münchhausen por poderes

- Habitualmente el perpetrador es una mujer (más del 98% de los casos), y generalmente es la madre (85%).
- Simula (inventa), falsifica (fabrica) o provoca la existencia de síntomas o signos de enfermedad en el niño.
- Lo realiza de forma voluntaria e intencional, consciente y planeada, y reiteradamente.
- Busca la asistencia médica con el objetivo de generar un proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Niega conocer la causa de la enfermedad del niño (pero se acuerda perfectamente, o lleva un control escrito, de todas sus enfermedades y cuadros previos).
- Con su conducta no obtiene de forma consciente ningún beneficio económico o social, solo obtiene el “beneficio psicológico” de estar en contacto con el personal sanitario y recibir la simpatía, solidaridad y compasión de ser el criador en un “pobre niño enfermo”. Le motiva la necesidad psicológica de asumir el rol de enfermo a través del niño.
- Es monoparental (separada, soltera) o con un rol parental de cabeza de familia (la figura paterna acostumbra a estar ausente o con escasa presencia y, sobre todo, carece de importancia y no interviene).
- Posee conocimientos médicos básicos o conoce la terminología médica y las rutinas hospitalarias (es enfermera o ayudante de clínica, tiene estudios de la rama sanitaria no concluidos, tiene una profesión relacionada con el cuidado de los niños, es hija o familiar de médico), aunque lo más habitual es que no trabaje fuera del hogar.
- Parece inteligente y segura de sí misma. Es seductora, de sonrisa fácil, amable y convincente. Mantiene buena relación con el personal sanitario e incluso busca su amistad (puede resultar hasta empalagosa).
- Tiene una actitud muy colaboradora con los profesionales sanitarios, lo que despierta la confianza de éstos en permitirle ocuparse del niño desde el punto de vista sanitario. De hecho, muestra una actitud más profesional que afectiva en sus cuidados y atenciones hacia el niño.
- Se encuentra cómoda y a gusto en el centro hospitalario.
- Es excesivamente protectora y no quiere dejar solo al niño en ningún momento.
- No recibe visitantes durante su estancia en el hospital, o son muy pocos. El padre apenas aparece en el hospital.
- Muestra una reacción paradójica respecto a la enfermedad del niño: habitualmente por

defecto (está menos preocupada por la enfermedad que el personal que le atiende); o por exceso (se queja de que no se hace lo suficiente por diagnosticar la enfermedad del niño).

- Cuando el engaño es descubierto, adopta una actitud de negación de la situación (habitualmente solicita el alta para pedir asistencia en otro centro sanitario). Incluso cuando se le enfrenta a pruebas sustanciales (estudios toxicológicos y forenses, vigilancia con video), sigue negando e incluso culpa a otras personas o al personal sanitario.
- Existe el antecedente (25%) de historia de maltrato físico, enfermedad rara o muerte en hermanos (incluido el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante).
- Existe el antecedente (60%) de historia personal de SM por poderes, de enfermedad parecida a la del niño (SM), o de trastornos de personalidad y/o conductuales. Con poca frecuencia presentan una enfermedad mental severa.
- En los pocos casos en que el padre es el perpetrador, no presentan el perfil atento y protector de las madres, sino que son descritos como desinteresados, descomprometidos y pasivos, a pesar de la enfermedad de su hijo, así como emocionalmente lábiles y mentalmente inestables.

## Algoritmo



## Algoritmo 1

### Bibliografía

- American Academy of Pediatrics, Stirling J Jr; Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Amaya-Jackson L; National Center for Child Traumatic Stress, Amaya-Jackson L. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*. 2008; 122(3):667-73. [**PMID: 18762538**] [**Texto completo**]
- Cahill L, Sherman P. Child abuse and domestic violence. *Pediatr Rev*. 2006; 27(9):339-45. [**PMID: 16950939**]
- Child abuse. National Library of Medicine. Medline Plus. [En línea]. [acceso 2/12/2010]. URL disponible en: [**<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse.html>**]
- Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child neglect: guidance for pediatricians. *Pediatr Rev*. 2000; 21(4): 111-6. [**PMID: 10756173**]
- Guía Práctica para la Detección e Intervención en Situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón. Gobierno de Aragón: Departamento de Salud y



Consumo, Dirección General de Planificación y Aseguramiento (Ed.). 2006. [[Texto completo](#)]

- Jenny C; Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluating infants and young children with multiple fractures. *Pediatrics*. 2006; 118(3): 1299-303. [[PMID: 16951031](#)] [[Texto completo](#)]
- Johnson CF. Sexual abuse in children. *Pediatr Rev*. 2006; 27(1): 17-26. [[PMID: 16387925](#)]
- Kellogg ND; Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report--the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009; 124(3):992-8. [[PMID: 19720674](#)] [[Texto completo](#)]
- Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007; 119(6): 1232-41. [[PMID: 17545397](#)] [[Texto completo](#)]
- Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 2005; 116(6): 1565-8. [[PMID: 16322187](#)] [[Texto completo](#)]
- Oliván G. Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatr*. 2002; 91(11): 1274-5. [[Texto completo](#)]
- Oliván G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health*. 2003; 13(1): 91-2. [[PMID: 12678324](#)]
- Oliván G. Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(1): 103-8. [[PMID: 12510033](#)]
- Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños discapacitados: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002; 56(3): 219-223. [[PMID: 11864519](#)]
- Oliván Gonzalvo G. Maltrato físico: si no se detecta, no se previene. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66(10): 520. [[Texto completo](#)]
- Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. Madrid: Ergon; 2010.
- Section on Radiology; American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics*. 2009; 123(5): 1430-5. [[PMID: 19403511](#)] [[Texto completo](#)]
- Sirotnak AP, Grigsby T, Krugman RD. Physical abuse of children. *Pediatr Rev*. 2004; 25(8): 264-77. [[PMID: 15286272](#)]
- Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007; 119(5): 1026-30. [[PMID: 17473106](#)] [[Texto completo](#)]

## Más en la red

Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):1232-41 [[PMID: 17545397](#)] [[NCG](#)]

McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007 Jan 15;75(2):221-8 [[PMID: 17263217](#)] [[Texto completo](#)]

## Autores

Gonzalo Oliván Gonzalvo

Responsable de los Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Gobierno de Aragón. Director del centro de Pediatría y Adopción Internacional, Zaragoza, España.