

Caracterización sociodemográfica y clínica en menores de 18 años con maltrato infantil atendidos entre los años 2011 a 2016 en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia

Juana Hoyos-Palacio*
Ana Mercedes Vanegas-Torres*
Juan Esteban Mesa-Arango*
Karen Cano-Calle*
Janneth Cristina Ossa-Pineda**
José Gabriel Franco-Vásquez***
Juan Camilo Suárez-Escudero****

*Médico(a) Universidad Pontificia Bolivariana. Integrante de la línea de Discapacidad y Rehabilitación – Grupo de investigación en Salud Pública, Escuela de Ciencias de la Salud-UPB. Semillero de Investigación Ciencias de la Salud (SIFAM). Medellín. Antioquia. Colombia.

**Psicóloga Universidad Pontificia Bolivariana. Integrante de la línea de Discapacidad y Rehabilitación – Grupo de investigación en Salud Pública, Escuela de Ciencias de la Salud-UPB. Semillero de Investigación Ciencias de la Salud (SIFAM). Medellín. Antioquia. Colombia.

***Psiquiatra. Magister en epidemiología. Doctor en neurociencias. Docente titular. Investigador senior. Coordinador Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace. Editor Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Gestor editorial. Escuela de Ciencias de la Salud. Medellín. Antioquia. Colombia.

****Médico. Especialista en rehabilitación neuropsicológica. Candidato a doctor en Ciencias Médicas, Universidad Pontificia Bolivariana. Docente facultad de Medicina y Psicología en Universidad Pontificia Bolivariana. Investigador asociado. Línea de Discapacidad y Rehabilitación – Grupo de investigación en Salud Pública, Escuela de Ciencias de la Salud-UPB. Docente de posgrado Universidad CES e Instituto Tecnológico Metropolitano. Medellín. Antioquia. Colombia.

CvIac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001338047

Correspondencia: Dr. Juan Camilo Suárez-Escudero. Correo electrónico: juanca.suarez@upb.edu.co

Resumen

Introducción: El maltrato infantil es definido por la Organización Mundial de la Salud como todo abuso y desatención que sufren niños, niñas y adolescentes. Si bien en Colombia existen informes generales sobre menores víctimas de maltrato, hay pocos estudios acerca de la frecuencia, tipos y características a nivel departamental o municipal, información importante para enfocar acciones de salud colectiva e individual. **Objetivo:** Realizar una caracterización sociodemográfica, clínica y según el tipo de maltrato en una población de menores de 18 años con antecedente de maltrato infantil, atendidos entre los años 2011 a 2016, en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en el período de tiempo entre enero de 2011 a diciembre de 2016. Se usaron fuentes secundarias de información tipo historia clínica. Se seleccionó una muestra de 29 menores de 18 años tras aplicar criterios de elegibilidad. **Resultados:** El sexo femenino y la tipología familiar monoparental materna fueron los más frecuentes. El abuso sexual, fue el tipo más común de maltrato, seguido por maltrato físico y psicológico, con diferentes distribuciones según el sexo. **Discusión:** Las características de salud de las víctimas de maltrato infantil son variables, pero al parecer el sexo y la edad son características que influyen en el tipo del maltrato. **Conclusiones:** Se realizó un acercamiento desde una visión médica, respecto a la complejidad de una problemática de origen y alcance intersectorial que abarca diferentes formas, las cuales varían por condiciones sociales, familiares y del agresor. **MÉD.UIS.2021;34(3): 19-27.**

Palabras clave: Maltrato a los niños. Abuso sexual infantil. Abuso físico. Salud del niño.

Social-demographic and clinical characterization in children under 18 years of age with child abuse treated between 2011 and 2016 at the Bolivariana University Clinic of Medellín, Colombia

Abstract

Introduction: Child abuse is defined by the World Health Organization as all abuse and neglect suffered by children and adolescents. Although in Colombia there are general reports on child victims of abuse, there are few studies on the frequency, types, and characteristics at the departmental or municipal level, important information to focus collective and individual health actions. **Objective:** To carry out a sociodemographic, clinical characterization and according to the type of abuse in a population of children under 18 years of age with a history of child abuse, attended between 2011 and 2016, at the Bolivariana University Clinic of Medellín, Colombia. **Materials and methods:** Descriptive, retrospective, and cross-sectional study, carried out in the period from January 2011 to December 2016. Secondary sources of information such as clinical history was used. A sample of 29 children under 18 years of age was selected after applying eligibility criteria. **Results:** The female sex and the maternal single-parent family type were the most frequent. Sexual abuse was the most common type of abuse, followed by physical and psychological abuse, with different distributions according to sex. **Discussion:** The health characteristics of victims of child abuse vary, but apparently the sex and age of the victim are characteristics that influence the type of abuse. **Conclusions:** An approach was made from a medical perspective, regarding the complexity of a problem of intersectoral origin and scope that encompasses different forms, which vary by social, family and aggressor conditions. **MÉD.UIS.2021;34(3): 19-27.**

Keywords: Child abuse. Sex offenses. Sexual child abuse. Child health.

¿Cómo citar este artículo? Hoyos-Palacio J, Vanegas-Torres AM, Mesa-Arango JE, Cano-Calle K, Ossa-Pineda JC, Franco-Vásquez JG, et al. Caracterización sociodemográfica y clínica en menores de 18 años con maltrato infantil atendidos entre los años 2011 a 2016 en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. **MÉD.UIS.2021;34(3): 19-27.** doi: [10.18273/revmed.v34n3-2021002](https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021002)

Introducción

El maltrato infantil es una problemática mundial, compleja y desafiante porque su estudio y estimaciones dependen de las definiciones de maltrato utilizadas por los países, clasificación, cobertura y calidad de estadísticas y encuestas empleadas en estudios, informes, políticas y sistemas de salud¹. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición unificada sobre el maltrato infantil, como aquellos abusos y desatenciones experimentadas por menores de 18 años, que abarca todos los tipos de maltrato físico, 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, todo lo anterior en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder². Desde la óptica de la atención pediátrica al abuso o maltrato infantil se agrupa en cuatro categorías principales: negligencia, maltrato físico, maltrato psicológico o emocional y abuso sexual³.

La negligencia se produce cuando no se proporcionan todos los cuidados necesarios, dejando al menor de 18 años en una posición de vulnerabilidad, en otras palabras, es una incapacidad persistente para satisfacer las necesidades físicas, médicas,

emocionales, cognitivas y/o educativas básicas que pueden resultar en un deterioro de la salud o desarrollo del niño^{4,5}. El maltrato físico es cualquier acto que resulte en un daño físico grave o en la muerte, o que represente un riesgo inminente de daño grave a un niño, el cual puede ser infligido por padres, cuidadores, familiares, amigos (incluye a otros niños), conocidos, extraños, trabajadores de la salud o personas con relación de autoridad con el niño^{6,7}. El maltrato psicológico es un patrón repetido por parte de padres o cuidadores que puede ser interpretado por el niño como que no es querido, amado o que solo sirve para propósitos instrumentales, lo cual afecta su socialización y desarrollo^{5,8}, de manera que va más allá de usar malos tratos verbales y palabras descalificativas. El abuso sexual infantil es la participación de un niño o adolescente en una actividad sexual, donde él o ella, no pueda dar su consentimiento, no comprende completamente, no está preparado para su desarrollo, y viola las relaciones sociales, tabúes y leyes de una sociedad⁹. Otra forma de explicarlo es cuando un niño o adolescente es visto como un objeto sexual para el placer propio, en donde puede existir o no contacto físico¹⁰.

Un metaanálisis holandés publicado en el año 2015, reportó tasas generales de prevalencia de 363/1000 para maltrato psicológico, 226/1000 para el maltrato

Septiembre-diciembre

físico, 163/1000 para negligencia física, y 184/1000 para negligencia emocional, y de 127/1000 para el abuso sexual (más en niñas que en niños, 180/1000 y 76/1000 respectivamente)¹¹. Una revisión sistemática del año 2016, basado en estimaciones de prevalencia mínima, reportó que, hasta 1000 millones de niños en todo el mundo, con edades comprendidas entre 2 y 17 años, fueron víctimas de maltrato físico, sexual, emocional o de abandono entre 2015 y 2016¹².

El maltrato infantil es un asunto que ocurre tanto en países del primer mundo como en los países en vía de desarrollo, permitiendo establecer comparaciones. En los Estados Unidos se registra una incidencia de un millón de casos de maltrato infantil en una población con aproximadamente 16 millones de niños, niñas y adolescentes¹³. En Haití se reporta que aproximadamente el 67% de los menores de 18 años han sido víctimas de maltrato físico, presentándose con mayor frecuencia en el entorno familiar¹⁴. En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) indicó en el año 2018 que los reportes de maltrato infantil aumentaron a 7486 casos, con un promedio de 68 casos diarios, mientras que en el 2017 eran 66 casos diarios¹⁵. Además, se debe tener presente que el homicidio infantil es una consecuencia directa del maltrato físico, y en esta difícil consecuencia, los países en vía desarrollo son responsables en gran parte de las cifras. Por ejemplo, Colombia ocupa el tercer puesto entre 175 países con las tasas más altas de homicidio infantil en el mundo¹⁶.

Es así como el maltrato infantil es un fenómeno global generalizado, y es un tema que trasciende la salud pública y a los servicios de salud, puesto que afecta a los niños en su desarrollo y transición a la vida adulta. Esto tiene un efecto, por ejemplo, en la salud mental de las personas víctimas de maltrato infantil, en donde se destacan afecciones como el síndrome de estrés postraumático, siendo éste el más prevalente (78%), seguido por depresión (51%), trastorno de personalidad paranoide (24,7%) y compulsiva (5,2%). Además, también se ha descrito distimia, fobia social, ansiedad generalizada y personalidad esquizotípica, y tendencia al consumo, dependencia de sustancias de abuso y alcohol¹⁷. El abuso sexual parece ser el tipo de maltrato infantil que más se relaciona con el compromiso de la salud mental y desarrollo de enfermedades psiquiátricas¹⁸ en las víctimas.

Debido a las múltiples consecuencias negativas que representa el maltrato infantil para las víctimas, se considera que es un tema crucial y pertinente tanto

para la comunidad científica como para la sociedad en general, del cual se debe tener más información e investigación, de manera que es oportuno conocer características clínicas, sociales y demográficas, que no solo permitan justificar acciones de prevención, sino reorientar y ajustar políticas de salud pública, de primera infancia, convivencia y atención integral en salud.

Se realizó una caracterización sociodemográfica, clínica y del maltrato, en pacientes con edades entre cero a 18 años, atendidos en un hospital universitario con antecedente de maltrato infantil en el período de tiempo comprendido entre el primero de enero del año 2011 y diciembre 31 de 2016.

Materiales y métodos

Diseño y población de estudio

Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. La población de estudio se compone de menores de 18 años con antecedentes de maltrato infantil, atendidos en cualquier servicio de la Clínica Universitaria Bolivariana, en la ciudad de Medellín, entre el primero de enero del año 2011 al 31 de diciembre del año 2016, con presencia de traumatismos/lesiones asociadas al maltrato. Se excluyeron pacientes con sospecha de maltrato infantil, niños con traumatismo/lesión no generadas por algún tipo de maltrato, pacientes de sexo femenino menores de 14 años en estado de gestante y reportadas en el Sistema Nacional de Vigilancia y Salud Epidemiológica (SIVIGILA) con diagnóstico de sospecha de abuso sexual y con reserva de acceso a historia clínica e información sociodemográfica por orden judicial, e historias clínicas con datos incompletos sociodemográficos y del tipo de maltrato infantil.

Para ubicar las historias clínicas de los pacientes con antecedente de maltrato infantil se utilizaron varios códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión revisada (CIE-10R): T742 (abuso sexual), T743 (abuso psicológicos), Z616 (problemas relacionados con abuso físico del niño), T74 (síndromes del maltrato), T748 (otros síndromes del maltrato), T749 (tipos de maltrato no especificado), Y071 (otros síndromes de maltrato: por padre o madre), Y072 (otros síndromes de maltrato: por conocido o amigo), Y078 (otros síndromes de maltrato: por otra persona especificada) y Y079 (otros síndromes de maltrato por persona no especificada). Adicionalmente la estrategia de búsqueda incluyó

pacientes reportados en el SIVIGILA que fueron atendidos en la Clínica Universitaria Bolivariana con antecedente de maltrato infantil o abuso sexual.

Se usaron fuentes secundarias de información tipo historias clínicas electrónicas, en las que se aplicó un instrumento de recolección diseñado por los investigadores. Las variables del instrumento de recolección fueron: edad del paciente, edad de la madre y padre, sexo del paciente, escolaridad, tipología familiar, cuidador primario, estado civil de la madre, tipos de maltrato, número de tipos de maltrato, combinaciones de maltrato, hospitalización, tiempo de hospitalización, manejo a la víctima, combinaciones de manejo a la víctima y tipos de maltrato según el sexo.

Se encontraron 267 niños, niñas y adolescentes que consultaron por sospecha de maltrato infantil, donde en las historias clínicas fueron utilizados alguno de los códigos CIE-10R relacionados; sin embargo, al revisar las historias clínicas, se excluyó un total de 238 pacientes debido a que el trauma no había sido generado por maltrato infantil, presencia de menores de 14 años en estado gestacional con reserva de información por orden judicial, historias clínicas donde no se especificó el tipo de maltrato infantil e historias clínicas inexistentes. Se obtuvo finalmente una población de estudio de 29 pacientes. (Figura 1)

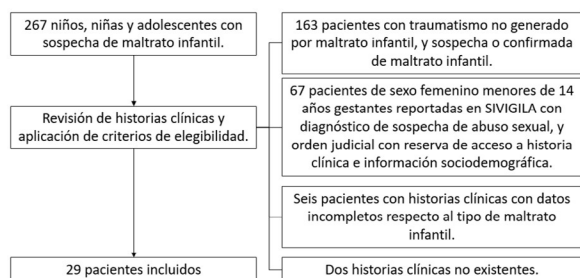


Figura 1. Selección de la población de estudio.

Fuente: autores.

Se construyó una base de datos en Excel® versión 2016, que fue posteriormente procesada en el programa bioestadístico SPSS® versión 22. En las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En la variable cuantitativa edad se evaluó normalidad por la prueba Shapiro Wilk (SK), para ser reportada mediante promedio y desviación estándar (DE).

Consideraciones éticas y conflictos de interés

Estudio aprobado por el comité de ética de investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana y de la Clínica Universitaria Bolivariana, siendo considerado como de riesgo menor que el mínimo. Se pidió autorización a la Clínica para realizar la estrategia de búsqueda y luego acceder a las historias clínicas. Se guardó el principio de confidencialidad por lo que no se registraron datos de identificación de los pacientes. Los autores no presentaron conflictos de interés al momento de realizar la investigación.

Resultados

Se obtuvo una población de estudio de 29 pacientes, con una media de edad de 9,1 años (DE± 5,51). Del total de los pacientes que se tuvieron en cuenta para esta investigación se encontró que el sexo más frecuente fue el femenino y el nivel de escolaridad más frecuente fue el de primaria incompleta, la tipología familiar más común fue la monoparental materna, donde el cuidador primario más frecuente de los niños atendidos por maltrato infantil es la madre, el estado civil más reportado en la madre de los niños y adolescentes fue soltero (Tabla 1) y la edad promedio de la madre fue de 30,3 años (DE± 9,19) y 36,89 (DE± 7) del padre. En la tabla 1 se detallan las características sociodemográficas de los pacientes del estudio.

Respecto a las características de maltrato registradas en las historias clínicas, el tipo más común fue el abuso sexual con una frecuencia del 82,8% (24/29), seguido por maltrato físico 31% (9/29); se debe aclarar que estos tipos de maltrato pueden ocurrir simultáneamente. La mayoría de los pacientes tuvieron un solo tipo de maltrato reportado, con una frecuencia del 58,6% (17/29), y de los pacientes que sufrieron dos tipos de maltrato la combinación más frecuente fue abuso sexual con maltrato físico o maltrato psicológico con una frecuencia del 13,8% (4/29) (Tabla 2).

En cuanto a las características clínicas, el 79,3% (23/29) requirieron hospitalización en piso, trabajo social fue el manejo más frecuente visualizado en historias clínicas con un 79,3% (23/29) y la combinación de manejo a la víctima más común fue trabajo social,

Caracterización sociodemográfica y clínica en menores de 18 años con maltrato infantil atendidos entre los años 2011 a 2016 en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia

Septiembre-diciembre

psicología y psiquiatría con una frecuencia del 27,5% (8/29) (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con maltrato infantil.

Edad promedio de la víctima	9,1 años
Característica	n (%)
Sexo femenino	24 (82,8)
Sexo masculino	5 (17,2)
Escolaridad	
Primaria completa	10 (34,4)
Secundaria	5 (17,2)
No aplica	6 (20,7)
Sin dato	8 (27,6)
Tipología familiar	
Monoparental materna	11 (37,9)
Extensa	6 (20,7)
Nuclear	4 (13,8)
Ampliada	4 (13,8)
Otros	2 (6,9)
Monoparental paterna	1 (3,4)
Sin dato	1 (3,4)
Cuidador primario	
Madre	21 (72,4)
Abuela materna	2 (6,9)
Tía materna	2 (6,9)
Padre	2 (6,9)
Sin dato	1 (3,4)
Tía paterna	1 (3,4)
Estado civil madre	
Soltera	10 (34,4)
Casada	4 (13,7)
Unión libre	3 (10,3)
Separada	3 (10,3)
Viuda	1 (3,4)
Sin dato	8 (27,6)

Fuente: autores.

Tras la revisión de datos de historia clínica, se encontró que el abuso sexual fue el tipo de maltrato más común en ambos sexos. El abuso sexual y maltrato psicológico más frecuente en el sexo femenino, y el maltrato físico y negligencia fueron más frecuentes en el sexo masculino (Figura 2).

Tabla 2. Características clínicas del maltrato infantil en los pacientes del estudio.

Característica	n (%)
Tipos de maltrato	
Abuso sexual	24 (82,8)
Físico	9 (31)
Psicológico	8 (27,6)
Negligencia	4 (13,8)
Número de tipos maltrato	
Un tipo	17 (58,6)
Dos tipos	10 (34,4)
Tres tipos	1 (3,4)
Cuatro tipos	1 (3,4)
Combinaciones maltrato	
Abuso sexual + maltrato físico	4 (13,8)
Abuso sexual + maltrato psicológico	4 (13,8)
Maltrato físico + maltrato psicológico	1 (3,4)
Maltrato físico + maltrato por negligencia	1 (3,4)
Maltrato físico + maltrato psicológico + maltrato por negligencia	1 (3,4)
Abuso sexual + maltrato físico + maltrato por negligencia + maltrato psicológico	1 (3,4)
Hospitalización	23 (79,3)
Tiempo hospitalización (días)	
Uno	9 (20)
Dos a siete	7 (24,1)
Mayor a siete	7 (24,1)
Manejo a la víctima	
Trabajo social	23 (79,3)
Psicología	14 (48,3)
Psiquiatría	9 (31)
Terapia farmacológica	3 (10,4)
Pediatría	2 (6,9)
Terapia física	1 (3,4)
Terapia ocupacional	1 (3,4)
Combinaciones manejo a la víctima	
Trabajo social + psicología + psiquiatría	8 (27,5)
Trabajo social + psicología	5 (17,3)
Trabajo social + psicología + terapia farmacológica	1 (3,4)
Trabajo social + psicología + terapia física	1 (3,4)
Trabajo social + psiquiatría + terapia farmacológica	1 (3,4)
Trabajo social + pediatría	1 (3,4)
Psiquiatría + terapia ocupacional	1 (3,4)

Fuente: autores.

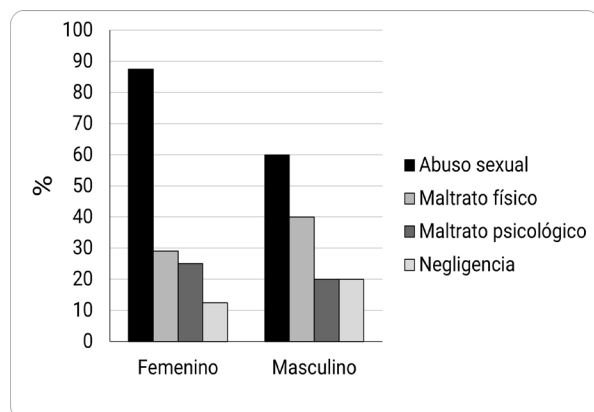


Figura 2. Tipos de maltrato infantil según sexo en los pacientes del estudio.

Fuente: autores.

Discusión

El presente estudio indagó sobre las características sociodemográficas y clínicas, registradas por profesionales de salud en historia clínica, de una población a conveniencia con edades de cero a 18 años con antecedente de maltrato infantil atendidas en un centro hospitalario. Motivo por el cual los resultados aquí reportados no pueden ser generalizados a toda la población; sin embargo, el estudio ofrece un acercamiento, desde una visión médica, sobre la complejidad de esta problemática de origen y alcance intersectorial.

En los pacientes que se tuvieron en cuenta para este estudio la mayor frecuencia de maltrato infantil fue en el sexo femenino, hallazgo similar a lo que encontró Solís-García y colaboradores en un estudio de caracterización clínico-epidemiológica a 10 años en una unidad de urgencias pediátricas en Madrid-España donde el 55% fueron niñas¹⁹. Sin embargo, otro estudio realizado por Afifi y colaboradores en población general de los Estados Unidos, la prevalencia del antecedente de maltrato infantil en menores de 12 años fue similar en ambos sexos (46,6% en hombres y 46,8% en mujeres)²⁰. En el contexto colombiano, el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) reportó que en el año 2018 se presentaron 10 794 informes de violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, siendo más común en el sexo femenino con una frecuencia del 52%, resultado similar al obtenido en el presente estudio, donde las regiones más afectadas fueron Bogotá y Antioquia con 174,8 y 61,4 casos por cada cien mil habitantes, respectivamente²¹.

Los tipos de maltrato infantil más frecuentes identificados en el presente estudio fueron el abuso sexual y el maltrato físico, donde el abuso sexual se encontró más en niñas y el maltrato físico más en niños. Resultado que concuerda con un metaanálisis, realizado por un equipo canadiense en 2019, que examinó la prevalencia en la divulgación de abuso sexual en medio de entrevistas forenses realizadas en menores de 18 años, en el que tipo de maltrato infantil en entornos forenses de mayor prevalencia fue el abuso sexual con un 64% (IC del 95%: 60 – 68,1), siendo más frecuente en el sexo femenino²²; y nuevamente con el estudio de Solís-García y colaboradores realizado en una unidad de urgencias pediátricas donde el maltrato físico fue más frecuente en niños (OR 1,72; IC del 95%: 1,15-2,57) y el abuso sexual más común en niñas (OR 3,71; IC del 95%: 2,23-6,17), donde al menos el 22% requirieron ingreso hospitalario¹⁹, contrastando con que el 79,3% de los pacientes participantes del presente estudio requirieron hospitalización en piso. Por otro lado, un metaanálisis centrado en explorar la prevalencia de abuso sexual infantil en China, planteó que no habían diferencias significativas por sexo²³.

En la literatura también hay datos muy variados respecto al tipo de maltrato más común independiente del sexo. Por ejemplo, en el estudio de Chandraratne en 1500 estudiantes de Sri Lanka el tipo de maltrato más común fue el físico (45,4%) seguido por el sexual (9,1%)²⁴; en el estudio de Prino y colaboradores en 312 adultos jóvenes en Italia con antecedente de maltrato infantil el tipo más frecuente de maltrato reportado fue el maltrato emocional (62%)²⁵; y Fu y colaboradores tras una revisión sistemática encontraron que la negligencia física y emocional infantil fueron las más frecuentes²⁶. Por otra parte, datos del ICBF sobre maltrato infantil en Colombia reportados en el 2018, mencionaron como tipo más común el abuso sexual, seguido por la negligencia y el psicológico¹⁵. Adicionalmente, un estudio realizado en Bogotá en el año 2011 concluyó que el maltrato infantil es el acto de violencia de mayor representatividad, donde la negligencia y el abuso sexual son las más frecuentes, siendo las consecuencias emocionales las más comunes²⁷.

La edad promedio de los pacientes del presente estudio fue de 9,1 años (niños en edad escolar), la cual es mayor a la reportada por el estudio de Solís-García y colaboradores en una unidad de urgencias pediátricas de Madrid-España, donde la mediana de

Septiembre-diciembre

edad fue de 4,3 años, siendo reportado el maltrato infantil más frecuentemente en niños en edad preescolar¹⁹.

En cuanto a la presencia o no de simultaneidad de tipos de maltratos y combinaciones de estos en víctimas de maltrato infantil, en el presente estudio se encontró con mayor frecuencia la presencia de solo un tipo de maltrato (58,6%); y en los casos con al menos dos maltratos simultáneos, la combinación más frecuente fue el abuso sexual y maltrato físico, y abuso sexual y maltrato psicológico. Si bien lo más frecuente fue la presencia de un solo tipo de maltrato, es un resultado que hay que analizar y asumir con cuidado, puesto que varios trabajos indican que posiblemente lo más frecuente sea un patrón de coexistencia entre diversos tipos maltrato, y al parecer los sistemas de bienestar infantil del Caribe tienden a no tener en cuenta el maltrato infantil de múltiples tipos²⁸. Los niños que están expuestos a un tipo de maltrato suelen estarlo a más tipos de manera simultánea o de manera continua a lo largo del tiempo, lo cual se asocia a mayor riesgo de maltrato grave y consecuencia psicológicas profundas²⁹.

A diferencia de los resultados obtenidos por la presente investigación, un estudio retrospectivo realizado en un periodo de 10 años (años 2006 a 2015) en la ciudad de Susa, Túnez, encontró al menos dos tipos de maltrato con una prevalencia del 24%³⁰, y otro estudio realizado en 6957 adolescentes en Kerala-India por Kumar y colaboradores, reportó que la mayoría de las víctimas (cerca del 28%) presentaron concomitantemente al menos cuatro formas de maltrato infantil³¹. Estas diferencias se pueden deber a que en muchos lugares ocurre un subregistro del maltrato, en donde casos que no son tan evidentes a simple vista como la negligencia y el maltrato psicológico, requieren de un alto índice de sospecha para poder ser diagnosticados e informados ante las autoridades competentes.

Respecto a la tipología familiar más frecuente reportada en los pacientes del estudio, que fue la monoparental materna, no se encontraron artículos similares basados en atención hospitalaria o unidades de urgencias de pacientes con maltrato infantil, que indaguen sobre esta característica.

Si bien en este estudio no se indagó en los reportes de historia clínica por el lugar donde ocurrió del maltrato ni señalamientos sobre el agresor y

relación con la víctima, la literatura reporta que cuando el maltrato infantil se presenta por abuso extrafamiliar, en un 78% los actos son perpetuados por un conocido de la familia, y cuando el abuso era cometido por un familiar, este se presentaba más de una vez³². Datos del INML de Colombia del año 2018, indicaron que el sitio más frecuente de agresión fue el hogar, donde el agresor principal fue el padre (30%), seguido de la madre (29%) y por último por parte de padrastros (8%)²¹.

El estudio tuvo diferentes limitaciones, dentro de las que se destacan el número pequeño de población que se obtuvo; además la investigación fue retrospectiva lo que puede llevar a un subregistro de pacientes y limitaciones en cuanto a la calidad de los datos al ser utilizadas como fuentes secundarias historias y registros clínicos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que esta temática es de difícil acceso y fue realizada en población vulnerable (niños, niñas y adolescentes), lo que implica que puede existir un mayor número de pacientes víctimas de maltrato infantil, pero que no están reportadas. A pesar de las limitaciones se trató de conservar la validez científica, y en el caso de los sesgos de selección, para tratar de disminuirlos se usaron códigos CIE-10R referentes al maltrato y la base de datos del SIVIGILA por un período de seis años.

Conclusiones

El diseño del presente estudio permite obtener una primera caracterización y aproximación sobre las características del maltrato infantil. Si bien no se obtuvieron datos de incidencia ni prevalencia poblacional, es un trabajo que aporta al estado del arte de la situación de maltrato infantil que se presenta en la ciudad de Medellín-Colombia, a través de datos consignados por profesionales de salud en historia clínica. Es un primer paso para evidenciar la adquisición de deficiencias permanentes de categoría sensorial, física, mental, intelectual o múltiple por maltrato infantil que puedan generar discapacidad.

El maltrato infantil abarca diferentes formas, las cuales varían en frecuencia de presentación por condiciones sociales, familiares y del agresor, pero donde al parecer el sexo y edad de la víctima son variables que influyen en el tipo del maltrato. Según los resultados del presente trabajo, y apoyados en la literatura, posiblemente el maltrato infantil tipo abuso sexual sea más común en mujeres y el tipo maltrato físico en hombres, seguido por el

maltrato infantil tipo físico y psicológico, requiriendo con gran frecuencia ingreso hospitalario con una variada necesidad de atención multidisciplinaria. Sin embargo, es claro que los resultados anteriores varían por otros factores y condiciones que requieren más estudios.

A partir del presente estudio, se concluye además que es posible que los niños, niñas y adolescentes puedan ser víctimas de dos o más tipos concomitantes o simultáneos de maltrato a lo largo del tiempo, donde las consecuencias en salud, vida relacional, bienestar y desarrollo son amplias e importantes. Es necesario continuar realizando estudios en esta compleja y crítica problemática que aqueja a nuestros niños y adolescentes, y entender mejor la relación o no de otras características como tipología familiar, oportunidad o no de recibir educación, riesgo social del cuidador primario, entre otras variables que rodean a la víctima, familia de la víctima, agresor y atención en salud generada a causa del maltrato infantil.

Financiación

El presente artículo no contó con financiación.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara inexistencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Profesora Libia María Rodríguez Padilla y ahora Hospital Universitario (antes Clínica Universitaria) de la Universidad Pontificia Bolivariana por siempre acoger a los estudiantes para fomentar la investigación.

Referencias

1. Maltrato infantil [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020. [citado May 9 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Organización Mundial de la Salud, Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2009.
3. Meyer S, Poryo M, Clasen O, Schlote J, Schmidt P, Schöndorf D, et al. Child abuse from a pediatric perspective. *Radiologe*. 2016; 56(5): 406-13.
4. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s [Internet]. Londres, Inglaterra: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [citado 9 May de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553264/>
5. McDonald KC. Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007; 75(2): 221-8.
6. Kodner C, Wetheron A. Diagnosis and management of physical abuse in children. *Am Fam Physician*. 2013; 88(10): 669-75.
7. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015; 135(5): e1337-e54.
8. Hibbard R, Barlow J, Macmillan H, Child Abuse and Neglect and, American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence. *Psychological maltreatment*. *Pediatrics*. 2012; 130(2): 372-8.
9. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017.
10. Bernal Cerza RE, García Álvarez I, Arteaga Delgado R. Propuesta de estrategia pedagógica para la prevención del maltrato infantil desde la educación inicial. *Conrado*. 2018; 14: 367-73.
11. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev*. 2015; 24(1): 37-50.
12. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016; 137(3): e20154079.
13. Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil: ¿conocer su impacto económico favorece su prevención? *Acta Pediatr. de Mex*. 2016; 37(1): 1-3.
14. Flynn-O'Brien KT, Rivara FP, Weiss NS, Lea VA, Marcelin LH, Vertefeuille J, et al. Prevalence of physical violence against children in Haiti: A national population-based cross-sectional survey. *Child Abuse Negl*. 2016; 51: 154-62.
15. ICBF atiende 68 casos diarios de violencia contra la niñez en todo el país [Internet]. Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. 2018 Oct 19 [citado May 9 2021]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/noticias/icbf-atiende-68-casos-diarios-de-violencia-contra-la-ninez-en-todo-el-pais>
16. Granja S. Colombia es el tercer país donde más matan a niños [Internet] Noticias Principales de Colombia y el Mundo – Noticias – ELTIEMPO.COM. 2018 Jun 1 [citado 2021 May 9]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/cifra-de-ninos-asesinados-en-colombia-225124>
17. Lueger-Schuster B, Knefel M, Glück TM, Jagsch R, Kantor V, Weindl D. Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse Negl*. 2018; 76: 488-501.
18. England-Mason G, Casey R, Ferro M, MacMillan HL, Tonmyr L, Gonzalez A. Child maltreatment and adult multimorbidity: results from the Canadian Community Health Survey. *Can. J. Public Health*. 2018; 109(4): 561-72.
19. Solís-García G, Maraño R, Medina Muñoz M, de Lucas Volle S, García-Morín M, Rivas García A. Child abuse in the Emergency department: Epidemiology, management, and follow-up. *An Pediatr (Barc)*. 2019; 91(1): 37-41.
20. Afifi TO, Fortier J, Sareen J, Taillieu T. Associations of Harsh Physical Punishment and Child Maltreatment in Childhood With Antisocial Behaviors in Adulthood. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(1): 1-10.
21. Moreno SL, Cifuentes SL, De La Hoz GA, Forero CA, Hernández HW, Insuasty JR, et al. *Forensis 2018, Datos para la vida*. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2019.
22. Azzopardi C, Eirich R, Rash CL, MacDonald S, Madigan S. A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse Negl*. 2019; 93: 291-304.
23. Ma Y. Prevalence of Childhood Sexual Abuse in China: A Meta-Analysis. *J Child Sex Abus*. 2018; 27(2): 107-21.
24. Chandraratne NK, Fernando AD, Gunawardena N. Physical, sexual and emotional abuse during childhood: Experiences of a sample of Sri Lankan Young adults. *Child Abuse Negl*. 2018; 81: 214-24.
25. Prino LE, Longobardi C, Settanni M. Young Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Prevalence of Physical, Emotional, and Sexual Abuse in Italy. *Arch Sex Behav*. 2018; 47(6): 1769-78.
26. Fu H, Feng T, Qin J, Wang T, Wu X, Cai Y, et al. Reported prevalence of childhood maltreatment among Chinese college students: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018; 13(10): 1-15.

Caracterización sociodemográfica y clínica en menores de 18 años con maltrato infantil atendidos entre los años 2011 a 2016 en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia

Septiembre-diciembre

27. Flórez MC, González AA. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. *Teoría Y Praxis Investigativa*. 2015; 8(1): 74-91.
28. Descartes CH, Maharaj PE, Quammie M, Mills J, Ramesar M, Pulwarty H. It's Never One Type: the Co-Occurrence of Child Abuse and Neglect among Children Living in Community Residences in Trinidad. *J Child Adolesc Trauma*. 2019; 13(4): 419-27.
29. Gilbert R, Spatz C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009; 373(9657): 68-81.
30. Braham MY, Jedidi M, Hmila I, Masmoudi T, Souguir MK, Ben Dhiab M. Epidemiological aspects of child abuse and neglect in Sousse, Tunisia: A 10-year retrospective study. *J Forensic Leg Med*. 2018; 54: 121-6.
31. Kumar MT, Kar N, Kumar S. Prevalence of child abuse in Kerala, India: An ICAST-CH based survey. *Child Abuse Negl*. 2019; 89: 87-98.
32. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. 2019; 31(3): 271-6.