

Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo

Laura Carolina Alarcón Forero*

Angélica Patricia Araújo Reyes*

Andrea Paola Godoy Díaz*

Manuel Enrique Vera Rueda*

Resumen

La violencia intrafamiliar constituye una de las formas más frecuentes de violencia encontradas tanto a nivel nacional como internacional y dentro de estas el maltrato infantil presenta cifras alarmantes, y es el objeto de nuestra revisión. Los efectos de este problema repercuten notablemente en aquellos que sobreviven, ya que las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil son más perjudiciales para las víctimas y sus familias, y más costoso para la sociedad, que las lesiones agudas inmediatas que puedan producir. Las consecuencias a largo plazo para estos niños varían desde efectos nocivos en su desarrollo hasta trastornos psicológicos, psiquiátricos y orgánicos. Es importante resaltar que aún con muy buenas intervenciones no todas tienen el éxito esperado si no se hacen de manera correcta. Es indispensable contar con estrategias de prevención que incluyan personal bien entrenado, una supervisión adecuada, los recursos necesarios, y un tiempo mínimo óptimo para enfrentar el problema y obtener los mejores resultados. [Alarcón LC, Araújo AP, Godoy AP, Vera ME. *Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. MedUNAB 2010; 13:103-115*].

Palabras clave: Violencia domestica, Maltrato a los niños, Niños, Impactos en la salud, Terapéutica, Prevención.

Introducción

Violencia es todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad.¹ Cuando nos referimos a violencia intrafamiliar hablamos de esos actos tienen lugar dentro del hogar o la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio.² La Organización

Summary

Domestic violence is one of the most common forms of violence found both domestically and internationally. Within these, child abuse has alarming figures. This is the subject of this review. The effects of this problem significantly impact on those who survive; their long-term consequences are most severe and expensive for victimized child and his/her family than associated primary physical injuries. The long-term consequences for these children range from adverse effects on its psychological development to psychological, psychiatric organic disorders. It is important to note that good speeches are not enough to achieve success if any intervention are not done correctly. All prevention strategies include well-trained staff, appropriate supervision, resources, and an optimal time for addressing this problem to get the best results. [Alarcón LC, Araújo AP, Godoy AP, Vera ME. *Child abuse and its long-term consequences. MedUNAB 2010, 13:103-115*].

Key words: Domestic violence, Child abuse, Child, Therapeutics, Prevention.

Panamericana de la Salud (OPS) propone la siguiente definición: “toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia”.³

Las cifras de violencia en el mundo prenden las alarmas de un gran problema de salud mundial que tiene diversas formas de manifestación, al interior de la unidad funcional

* Estudiante, Programa de medicina, Facultad de Ciencias de la salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Srta. Alarcón, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de ciencias de la salud, Calle 157 N 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: lalarcon@unab.edu.co

Artículo recibido: mayo 25 de 2010; artículo aceptado: julio 28 de 2010.

más importante de la sociedad, la familia. Este ente es el encargado de formar los cimientos de más peso para hacer ciudadanos sanos que trabajen por el bien de un país. Es así, como la población infantil es la más afectada por este problema ya que ellos luego hacen que se perpetúen conductas erróneas que repercuten en la sociedad y que se manifiestan generación tras generación con actos de violencia al interior de la familia. La gama de efectos psicológicos, las discapacidades y secuelas que ocasiona son preocupantes, y lo que se quiere evitar y que a la vez es la más severa forma de violencia intrafamiliar, es la que puede llevar a la muerte.⁴

Fue en la segunda mitad del siglo XX que la sociedad comenzó a tomar mayor conocimiento de la violencia contra los niños; desde la década de los 60 el tema de abuso y la negligencia infantil ha recibido más atención por parte de los médicos, sobre todo de pediatras, cirujanos pediátricos, especialistas en psiquiatría infantil o en medicina psicosomática, de médicos generales y de médicos forenses. La OMS utiliza la siguiente definición: “el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.⁵

El objetivo de este artículo es presentar una revisión de la literatura disponible con el fin de evidenciar la problemática global, presentar un acercamiento hacia las consecuencias que el maltrato infantil pueden generar a largo plazo y presentar las intervenciones terapéuticas que deben realizarse para tratar de mitigar sus secuelas.

Metodología de búsqueda

Se realizó la búsqueda en PubMed, Lilacs, Scielo, Ovid, ProQuest, Ebsco y Google Academics usando las palabras clave “Violencia doméstica”, “Maltrato a los niños”, “Niño”, “Impactos en la salud”, “Terapéutica” y “Prevención”, combinándolas en español e inglés, escogiendo tanto ensayos, como revisiones de tema y artículos originales; adicionalmente se consultaron los boletines estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, la Unicef, las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud y del Observatorio de Salud Pública de Santander. Finalmente, se seleccionaron las referencias que estuvieran acordes con el objetivo que queríamos lograr con esta revisión.

Clasificación

La Unicef reconoce tres categorías de violencia intrafamiliar, dependiendo de quién es la víctima de los malos tratos (ver tabla 1).³

Frecuencia del problema

En los últimos tiempos, la violencia intrafamiliar ha ocupado una posición muy importante dentro de la agenda pública nacional e internacional, dada la relación de este evento con limitaciones en el desarrollo y calidad de vida de la sociedad en general,⁶ convirtiéndose en un importante problema de salud pública en Colombia;⁷ así, es un grave problema social que tiene importantes consecuencias para las víctimas, tanto en su calidad de vida, como en la salud física y la mental.³

Según un estudio publicado en 2009, en el cual se tomó la base de datos de la línea de atención telefónica 123 de Bogotá, donde se registran las llamadas de urgencias y emergencias, el maltrato físico fue el acto violento intrafamiliar más frecuente de llamada, seguido por abandono a la población infantil, con un promedio de 58 casos al día, los que implica una proyección anual de 3,650 casos al año de violencia intrafamiliar.⁸

Un estudio retrospectivo descriptivo realizado en el Hospital Universitario San José de Popayán, en el que se estudió el perfil epidemiológico de los casos con diagnóstico o sospecha de maltrato infantil durante 2008, mostró que el intervalo de edad más frecuente de niños maltratados fue de 0 a 2 años, que el 53% de los casos eran niñas, que el 69% procedían de la zona rural, y que el tipo de maltrato más común fue negligencia, siendo en un 70% los autores del maltrato cualquiera de los padres.⁹

Según cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y de Ciencias Forenses (INMLyCF) de Colombia, cada 14 minutos es abusado un niño en Colombia, en donde solo entre el 5 y 10% de los casos son denunciados. En 2006, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar reportó que aproximadamente 140 niños y niñas son víctimas a diario de maltrato infantil en el país.¹⁰ La mayoría de los casos de malos tratos físicos graves son causados por los padres o figuras paternas.¹¹ El boletín estadístico de violencia intrafamiliar del INMLyCF reveló que 346 niños y 332 niñas sufrieron víctimas de maltrato en el país durante enero de 2010.¹²

El Observatorio de Salud Pública de Santander publicó en 2009 un importante estudio descriptivo de los casos de violencia intrafamiliar y sexual notificados al sistema de vigilancia o valorados por el INMLyCF durante los años 2006 a 2008. Encontraron que la violencia de pareja fue la más reportada, seguida por maltrato a menores de edad, el cual representó el 18% de los casos. En cuanto a la escena de ocurrencia, se encontró que la escena más frecuente de eventos fue la vivienda, con el 81%. Los diagnósticos más notificados fueron politraumatismo (31%) y trauma en extremidades (30%). El principal mecanismo encontrado fue el contundente, en el 80% de los casos. La madre fue la principal agresora en el 31.2% de los casos, seguida por el padre con 24.6%. La violencia infantil aumenta con la edad

Tabla 1. Tipos de violencia intrafamiliar

Definición	Formas	Definición	Método
Violencia de pareja: cuando afecta a algún miembro de la unión marital	Abuso psicológico o emocional	Conducta u omisión que tiene por objeto causar temor e intimidación y controlar la conducta, sentimientos y pensamientos de la pareja	Degradación psicológica, humillación verbal, continua amenaza de abandono, amenaza de agresión física, reclusión en el hogar, etc.
	Abuso físico	Conducta que es dirigida principalmente a ocasionar daño en el cuerpo de la pareja	Empujones, cachetadas, puños, patadas, quemaduras, golpes con objetos, mordeduras, asfixia, uso de armas blancas y de fuego, etc.
	Abuso sexual	Imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la pareja	Obligar o forzar a tener relaciones sexuales, exponer u obligar a actividades sexuales no deseadas, manipular a través de la sexualidad, controlar y ridiculizar al otro en su sexualidad
	Abuso financiero	Privar de necesidades básicas a otro	Privación económica, extorsión y apropiación de bienes de dinero del/de la otro/a, etc.
Maltrato infantil: si las víctimas de maltrato o abandono son niños o niñas, y adolescentes hasta 18 años.	Maltrato físico	Toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables	Empujones, golpes, bofetadas, zarandeo, quemaduras, etc.
	Maltrato emocional o psicológico	Hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, ridiculizaciones, indiferencia y rechazo explícito o implícito hacia el menor o adolescente	Rechazo, aislamiento, aterrorizar, ignorarlos y corromperlos. Se incluye ser testigo de violencia de los padres.
	Negligencia	Falta de protección o cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo	No atención de necesidades básicas tanto físicas, sociales, psicológicas y/o intelectuales
	Abandono	Grado extremo de negligencia por parte de los adultos	El menor o adolescente es dejada sola en forma permanente por familiares o cuidadores; incluye: personas institucionalizadas que no son asistidas por sus familiares o si son obligadas a salir de la casa
	Abuso sexual	Cualquier clase de práctica sexual con un niño, niña o adolescente, por parte de un adulto, sea este un familiar o cuidador que tenga una posición de autoridad o poder sobre este.	Abuso sexual: cualquier forma de contacto físico o no, con o sin acceso carnal, realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Incluye: penetración vaginal, anal u oral, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas. Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento. Exhibicionismo: abuso sexual sin contacto físico Explotación sexual infantil: prostitución, tráfico sexual, turismo sexual.
Violencia contra personas de la 3ª edad	Aplican las mismas formas de violencias anteriores dado que por su avanzada edad, también se encuentran en una posición de menor poder en la familia.		

Fuente: Adaptado del libro "El maltrato deja huella", editado por la UNICEF.³

de la víctima en ambos sexos, pero disminuye a partir de los 15 años únicamente en los varones.⁶

Para abordar la problemática a nivel mundial, aunque existen escasos datos confiables, se calculó que durante el

año 2002 se produjeron 31,000 homicidios de niños menores de 15 años en el mundo.¹³ La causa más frecuente de muerte la constituye el trauma craneal, seguido del abdominal y la asfixia intencionada. Los datos fiables sobre el maltrato infantil no mortal también son pocos, pero estudios

Tabla 2. Factores de riesgo.^{11, 15, 16}

Por parte de los padres	Por parte del niño
Bajo estrato socioeconómico	Prematurez
Bajo nivel educativo	Enfermedades del lactante
Desempleo	Niño con temperamento difícil
Madre adolescente	Agresivo
Aislamiento social	Sexo masculino
Madre soltera	Desobediente
Padrastrós	Bajo coeficiente intelectual
Tamaño familiar grande	Hiperactividad
Conflictos familiares internos	Deficiente relación padres-hijo
Embarazo no deseado	
Falta de apoyo social	
Padres con personalidades negativas y baja autoestima	
Baja tolerancia a la frustración	
Depresión, ansiedad o conductas antisociales	
Consumo de alcohol y abuso de drogas	
Antecedentes de maltrato infantil y violencia intrafamiliar	
Expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño	
Estilos autoritarios de crianza (uso de castigos, amenazas y agresión)	
Familias que consideran el maltrato como un patrón cultural	
Padres que exigen demasiado a sus hijos y son incapaces de comprender sus limitaciones.	

realizados en diferentes países indican que los menores de 15 años sufren a menudo malos tratos o abandono. No se conoce la cifra de menores que son víctimas de abusos sexuales en el mundo, pero las investigaciones indican que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5-10% de los hombres lo han sufrido durante la infancia.¹⁴

Las muertes solo representan una pequeña fracción del verdadero problema del maltrato infantil; cada año millones de niños son víctimas de violencia no fatal y negligencia. Muchos estudios a nivel internacional reportan que entre el 25 al 50% de los niños víctimas de maltrato tienen signos de abuso físico severo y frecuente.¹³ A parte de las muchas otras consecuencias que serán objeto de discusión en este artículo. De esta manera tratamos de dar a conocer la situación real del problema de maltrato infantil, pero en realidad cada minuto a nivel mundial hay nuevas estadísticas que hacen necesario la actualización constante y desarrollar medidas eficaces que permitan prevenir esta situación.

Factores de riesgo

Muchos estudios han encontrado que el riesgo de que un niño sea maltratado está asociado con factores que interactúan entre sí, los que finalmente son los causantes de las manifestaciones de violencia que afectan a la población infantil.^{11, 15, 16} Una revisión de los estudios disponibles sobre

el abuso infantil en Colombia sobre los factores asociados con un mayor riesgo de abuso físico, sugieren que el abuso se asocia con las creencias y prácticas relacionadas con la disciplina, la historia parental de abuso infantil y los patrones de comunicación conflictiva en la familia (tabla 2).¹¹

Violencia en la niñez y consecuencias

A pesar de las alarmantes cifras acerca del maltrato infantil, los problemas que puedan desarrollarse a largo plazo se mantienen poco conocidos.¹⁷ Dando una mirada retrospectiva en adolescentes y adultos que fueron abusados en la infancia, es sugestivo que el maltrato físico puede llevar a consecuencias negativas a largo plazo.

Problemas sociales y conductuales. Las consecuencias psicológicas van desde baja autoestima hasta graves efectos cognitivos como problemas de atención y de aprendizaje. En estos casos también pueden observarse conductas agresivas y pobres relaciones interpersonales.¹⁵ Por esta razón las consecuencias del maltrato infantil son visibles no solamente en la vida adulta de la víctima sino también en la sociedad que lo rodea.

El estudio realizado por Wodarski y cols, ha servido de base para muchas investigaciones actuales; en este trabajo se evidenció que los niños que habían experimentado maltrato

físico tenían problemas conductuales en la escuela, el hogar y en su comunidad, mostrando tanto problemas académicos, como de conducta agresiva, delincuencia y baja autoestima. Los resultados mostraron que estos niños presentaban retrasos en las habilidades matemáticas, y un grupo específico de niños con antecedente de negligencia, mostraban alteraciones en su desempeño en áreas del lenguaje, también se encontró una relación estrecha entre maltrato y el desarrollo de habilidades sociales, ya que estos niños reportaban problemas para iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas, tanto en el hogar como en la escuela, los cuales tendían a volverse más severos con el paso del tiempo, a diferencia de los problemas cognitivos que se mantenían constantes. Por otro lado, los autores encontraron que estos niños presentaban más destrezas para aprender habilidades que les permitieran desempeñarse como individuos “funcionales” en la sociedad, siempre y cuando éstas no se relacionaban con la esfera académica.¹⁷

Un estudio realizado por Katherine Pears y cols, puso en evidencia que los niños que habían experimentado abuso sexual tenían un mejor rendimiento académico y mejores calificaciones, cuando se les comparaba con niños con antecedentes de otras formas de maltrato, demostrado por mejores resultados en pruebas que evaluaban las funciones cognitivas, pero mostrando serias consecuencias en otras áreas, como la internalización de los problemas. De igual forma, el estudio reportó que los niños que experimentaron negligencia mostraban retraso en varias funciones, incluidas la cognitiva y el desarrollo de habilidades sociales.¹⁸

Al hablar de diferencias de los desenlaces según el sexo, se ha encontrado una relación entre violencia intrafamiliar en niñas, la cual, posteriormente influiría en las relaciones madre-hijo. El antecedente de abuso emocional en la madre se encontró reflejado como mayores niveles de disfunción madre-hijo; sin embargo, también se evidenció que para el caso de abuso físico, la relación madre-hijo tendría menor riesgo de verse afectada y de presentar dificultades.¹⁹

Efectos patológicos en el sistema nervioso central. Toda la relación del maltrato con el daño en el niño puede explicarse porque se ha demostrado que diversos factores generadores de estrés de intensidad severa durante los primeros años de vida van a determinar cambios a largo plazo en el niño; estos pueden ser muy deletéreos ya que llegan a afectar en gran medida su desarrollo, puesto que durante la primera infancia son más vulnerables a cualquier influencia ambiental.²⁰

En los casos de abuso o negligencia, se presenta ansiedad intensa en el niño lo cual activa el *locus coeruleus* y el sistema nervioso simpático, causando la liberación de noradrenalina. El maltrato infantil a largo plazo se ha asociado con un aumento de la sensibilidad del sistema noradrenérgico, probablemente por una disminución en el autorreceptor 2-alfa del *locus coeruleus*, el cual actúa como

inhibidor, resultado en una reactividad noradrenérgica elevada.²¹ De igual forma el estrés crónico que genera esta situación, estimula por medio de dopamina liberada de la amígdala, a la corteza prefrontal medial, ésta tiene relación con mayor atención para “hacer frente” al agente estresor, esto se ve reflejado en el niño como inatención, hipervigilancia, presentación de síntomas psicóticos, y problemas de memoria y aprendizaje.²²

Interviene también en la psicopatología la regulación anormal del sistema dopaminérgico mesolímbico, el cual se relaciona posteriormente con la aparición de distimia y conductas adictivas.²³ La depleción en la serotonina puede resultar en impulsividad y agresión, se observan también cambios estructurales, incluyen inhibición de la neurogénesis y retraso en la mielinización, un comienzo temprano del abuso y mayor duración del mismo se ha relacionado con un menor volumen intracraneal.²²

Se ha relacionado también con retraso en la mielinización del cuerpo calloso, un tamaño disminuido de este se ha asociado con disminución de la comunicación de los dos hemisferios cerebrales. Es un estudio realizado por Kaplow y cols, en el cual se tomó una muestra de adultos que sufrieron maltrato infantil, se encontró que aquellos con el antecedente de maltrato usaban el hemisferio izquierdo para labores académicas y el izquierdo cuando recordaban eventos traumáticos de su infancia, en contraste con los adultos que no tienen estos antecedentes, pues ellos emplean ambos hemisferios para realizar estas dos tareas.²⁴ Lo anterior demuestra que el retraso en la mielinización del cuerpo calloso y la disminución de la comunicación en los dos hemisferios afecta claramente la vida de estos niños en su desempeño en las labores cotidianas de los adultos.

También se ha visto que niños con historia de abuso reportan cambios electroencefalográficos en la región fronto-temporal, predominantemente en el hemisferio izquierdo; esto representa se ha visto a largo plazo como un factor de riesgo para intentos de suicidio.²⁵

Efectos orgánicos. Las consecuencias físicas del abuso infantil tienen una amplia gama de resultados que varían desde lesiones menores hasta daño cerebral severo y muerte.¹⁵

En las víctimas de maltrato infantil pueden presentarse también diferentes síntomas orgánicos, como molestias gastrointestinales. Un estudio encontró que el 26.4% de los niños que fueron evaluados luego de haber presentado abuso sexual se quejaban de dolor abdominal 1 o 2 años después de este evento. Las mujeres que reportan el antecedente de abuso sexual, presentan una alta incidencia de problemas gastrointestinales de causa inexplicable. Por esta razón se recomienda a todos los médicos de atención primaria preguntar por abuso físico, sexual o cualquier otra forma de maltrato cuando se trate de un paciente con síntomas gastrointestinales a los cuales no se les ha encontrado una causa que logre explicarlos ya que hasta

cuatro tercios de los pacientes que acuden al servicio de gastroenterología reportan antecedentes de abuso.^{26,27}

Los síntomas gastrointestinales presentados en la población susceptible, pueden explicarse a través de varios mecanismos, incluidos el estrés emocional, efectos de daño o hipersensibilidad al sistema nervioso visceral y de igual forma el maltrato y el estrés psicológico se han asociado con trastornos de somatización.²⁷

Efectos psiquiátricos. La literatura ha mostrado que el abuso infantil y la negligencia se han implicado como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la personalidad en adultos.²⁸ Diferentes estudios revelan una clara asociación entre violencia durante la infancia y el posterior desarrollo de patologías de índole psiquiátrica.^{29,30} Se ha reportado que el 34 a 53% de los pacientes con problemas de salud mental tienen algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia. El abuso sexual asociado a factores como el coito, la falta de confidente, familiaridad del victimario y la presencia de violencia, se han relacionado con el desarrollo de patología psiquiátrica en la adultez.³⁰

Entre las patologías mejor relacionadas se encuentran el trastorno antisocial, comportamientos agresivos y estrés postraumático. Sin embargo también se ha encontrado asociación con depresión, abuso de sustancias, y alteraciones en la conducta alimentaria.^{29,31-33}

El trastorno de estrés postraumático es el trastorno que con mayor frecuencia se reporta, encontrándose que hasta un 40-50% de las víctimas de abuso sexual desarrollan síntomas de esta patología.³² Los síntomas persistentes de estrés postraumático pueden presentarse como dificultad para dormir, ansiedad, conductas de oposición, falla escolar, y comportamientos violentos.³¹

En cuanto al riesgo de comportamientos agresivos, se ha demostrado que el ambiente familiar conflictivo durante la infancia, predispone a problemas comportamentales durante la adolescencia y la adultez. Wilson y cols, encontraron que el abuso y negligencia durante la niñez incrementaban el riesgo de problemas de comportamiento en jóvenes, como inicio temprano de las relaciones sexuales, que a su vez incrementa el riesgo de prostitución; salir a temprana edad del hogar, crímenes juveniles y problemas escolares.³⁰ Por otro lado, Rohde y cols encontraron que tanto el abuso sexual, como el maltrato físico, estaban asociados de manera significativa con altas tasas de depresión. Avanci y cols, concluyeron que la principal característica observada en conductas no depresivas ni de retraimiento, es la no vivencia de experiencias violentas.²⁹

En cuanto al desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, Grilo y cols, reportaron 2-3 veces mayores índices de abuso sexual y físico en un grupo de pacientes con atracones compulsivos comparado con el grupo control,

y tasas similares con un grupo de pacientes con bulimia nerviosa. Sin embargo, las diferentes formas de maltrato en la niñez no se relacionaron con la aparición de problemas relacionados con la alimentación o el peso. Solo el maltrato emocional mostró asociación con gran insatisfacción corporal, depresión y baja autoestima.³⁴

Teniendo en cuenta el abuso de sustancias, Tucci y cols encontraron que un grupo de pacientes dependientes al alcohol, drogas o con trastorno depresivo, presentó mayor frecuencia de historia de abuso o negligencia durante la infancia, así como historia familiar positiva para la dependencia al alcohol, drogas u otros trastornos psiquiátricos; comparado con el grupo control.³⁵

Investigaciones previas han revelado una relación específica entre diversos tipos de maltrato y trastornos de la personalidad. El estudio de Tyrka y cols, tomó una muestra de 28 individuos que habían reportado una o más formas de maltrato según el Cuestionario de Trauma en la Niñez (en inglés, *Childhood Trauma Questionnaire*), los cuales no tenían ningún diagnóstico en el eje I, el estudio intentaba probar que todas las formas de maltrato estaban implicadas en un amplio rango de síntomas subclínicos de trastornos de la personalidad. Finalmente, no se encontró evidencia que sugiriera una relación más estrecha de síntomas psicopatológicos con el abuso sexual, no obstante también es importante anotar que en la mayoría de los participantes de este estudio, coexistía más de una forma de maltrato. También encontraron que aquellos individuos que habían experimentado maltrato infantil, eran más propensos a desempeñarse en trabajos mal remunerados. En los participantes que reportaron historia de maltrato era más probable que presentaran síntomas de tipo trastorno paranoide y límite de la personalidad, lo cual está relacionado con dificultades con la confianza, seguridad y flexibilidad.²⁸

Es importante resaltar que el grado de trauma asociado con el abuso está relacionado con la severidad del mismo, tipo de abuso y la presencia de violencia física. Un trabajo realizado por Trickett y cols, estudió: a) severidad del abuso, b) duración o frecuencia, c) presencia de fuerza o violencia, d) relación con el perpetrador, y e) edad de inicio del abuso. Este trabajo demostró que la característica más importante para la asociación con un impacto más adverso fue una mayor duración del abuso, la mayor fuerza o violencia acompañante del abuso, y que el padre o una figura paterna fuese el perpetrador, y que en el comienzo más temprano del abuso este se relaciona con mayores niveles de disociación. Las diferencias en la experiencia del abuso son importantes para entender los problemas de conducta a corto y largo plazo;³⁶ esto muestra lo importante de contar con información detallada sobre la experiencia por el niño y todos los detalles que rodearon la situación.

Un inconveniente común cuando se quiere investigar este tema es el de los estudios retrospectivos ya que

generalmente, los individuos participantes en estos, son tomados de muestras de pacientes que se encontraban bajo tratamiento, razón por la cual, se mantiene incierto si solo ellos representan la población que presenta las consecuencias de los hechos que afectaron sus niñez. Es decir, la población que terminó en tratamiento para estos problemas, representa solamente una pequeña proporción de quienes pueden presentar todas estas secuelas.³⁷

Un estudio prospectivo en el cual se tomó como población una muestra de la comunidad reportó que el maltrato físico durante los primeros 5 años tiene implicaciones graves en el desarrollo psicológico y comportamental, evidenciándose problemas en la adolescencia, como delincuencia y relaciones sociales disruptivas y que estos problemas no son de corta duración, ya que incluso pueden persistir hasta por un periodo de 12 años. También el estudio encontró que los efectos a largo plazo han mostrado ser peores para las niñas comparadas con los niños.³⁷ El aspecto más relevante de este estudio fue que se tomó como población una muestra de la comunidad no en una población de una muestra clínica, lo cual aporta resultados más cercanos a la realidad.

En Colombia también se han realizado investigaciones de este tema, las cuales han mostrado resultados similares a la literatura internacional, puesto que también hallaron relación con problemas de conducta, problemas resolviendo tareas, dificultades para concentrarse, mal desempeño académico y conductas agresivas. Algunos incluso han reportado problemas con la demarcación de los límites y la disciplina e inhabilidades para comunicarse. Por otro lado pueden presentar problemas de crecimiento, cefalea frecuente, dolor abdominal e insomnio. También es fácil observar con frecuencia en estos niños, aislamiento social, miedo a compartir con otros o a involucrarse con alguien en relaciones más estrechas.⁴

Tratamiento

El abuso en la infancia y el trauma sexual tienen efectos a largo plazo en la salud mental: una gran variedad de trastornos cognitivos y emocionales, problemas a futuro con el abuso de alcohol y sustancias, comportamientos sexuales riesgosos, tendencia al sobrepeso y criminalidad tanto en la infancia como en la adultez. Por tanto, es urgente la implementación de estrategias terapéuticas para prevenir estos efectos.³⁸

Niveles de prevención. Un modelo que se usa con frecuencia en salud establece tres niveles de prevención; la prevención primaria hace referencia a las intervenciones que se emplean en la población general, sin mirar su nivel de riesgo. La prevención secundaria se refiere a las intervenciones que son dirigidas a los niños o jóvenes que tienen un riesgo elevado. La prevención terciaria hace énfasis en las medidas dirigidas a quienes ya han sido víctimas de maltrato infantil.³⁹

La mayoría de los esfuerzos que se realizan para prevenir el maltrato infantil consisten en la detección temprana de los casos, para de esta forma intervenir también precozmente y proteger al niño maltratado. Sin embargo esta estrategia solo puede llegar a ser útil en casos particulares, pero no logrará cambios a gran escala en las cifras de incidencia de maltrato.⁴⁰

La prevención del maltrato infantil tiene que convertirse en una prioridad global de salud. Retrospectiva y prospectivamente los estudios han establecido que el maltrato infantil tiene fuertes, largos y duraderos efectos en la arquitectura cerebral, función psicológica, salud mental, conductas de riesgo, función social, expectativa de vida y costos en el cuidado de la salud.^{41, 42} Las implicaciones de éstos efectos en la formación humana capital, y, definitivamente en el desarrollo económico y social en países con ingresos bajos, medios y altos, están siendo hasta ahora entendidos.^{43, 44} La evidencia demuestra fuertemente que el tratar y luego remediar los efectos del maltrato infantil son ambos menos efectivos y más costosos que el haber realizado prevención en primer lugar.⁴⁵ Por lo tanto, es urgente la implementación de estrategias terapéuticas preventivas para los efectos del maltrato.³⁹

Prevención primaria. El objetivo de la prevención primaria es reducir las causas y factores de riesgo conocidos para maltrato infantil y reforzar factores protectores. Para llevar a cabo este tipo de prevención, es necesaria la participación de la sociedad y la comunidad. Por parte de la sociedad es importante implementar políticas económicas, sociales, de educación y de salud, que preserven, garanticen y promuevan los derechos humanos, por lo que es muy importante tener en cuenta el referente legal, que para Colombia son varios.

La Constitución Política de 1991 establece en el artículo 44 que son derechos de los niños y las niñas la vida, la integridad física, y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado, el amor, la cultura y la educación, la recreación y la libre expresión de su opinión. Indica que serán protegidos contra toda forma de agresión, violencia física o moral, secuestro, venta y abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

El Decreto 2737 de 1989, conocido como el Código del menor, consagra los derechos fundamentales de los niños y las niñas, determina las normas de protección, define las situaciones irregulares bajo las que pueda encontrarse, determina las medidas que deben adoptarse, señala competencias y procedimientos, establece y reestructura los servicios encargados de protegerlos.

La Ley 100 de 1993, en el artículo 117 de 1998, identifica como prioridad la atención de enfermedades de interés en salud pública entre las que se encuentra el menor maltratado y dicta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento por parte de las entidades prestadoras de servicios de servicios de salud. En la Resolución 412 del 2000 del Minsiterio d Salud, hoy

de la Protección Social, se establecen los criterios técnicos científicos de intervención necesarios para la promoción del buen trato, la detección e intervención de los factores de riesgo, la detección temprana del maltrato, la atención y el seguimiento de los niños y las niñas maltratados, a través de un abordaje integral, interdisciplinarios e intersectorial. Todo esto se encuentra consignado en la Guía para la Atención del Menor Maltratado.

Por otro lado, en Bucaramanga existe la Red para la infancia cuyo objetivo es incentivar la acción conjunta del Estado, la sociedad y la familia con respecto a los derechos para la niñez, la adolescencia y la familia y su repercusión en las políticas públicas, por medio del desarrollo de acciones conjuntas entre los nodos que hacen parte de la Red para la Infancia, como la Red de Protección (Nodo Santander), la Red del Fomento del Buen Trato y el Comité de Erradicación del Trabajo Infantil. La Red de Instituciones de Prevención, Protección, Reeducación y Rehabilitación de Santander trabaja por la promoción, defensa y garantía de los derechos de los niños, niñas y jóvenes, facilitando el desarrollo de una vida digna que incida positivamente en el bienestar social del departamento. La Red del Fomento del Buen Trato de Bucaramanga es un espacio de concertación y coordinación institucional y sus acciones están encaminadas a la sensibilización y capacitación para el fomento del buen trato prevención de la violencia intrafamiliar, atención, seguimiento y vigilancia de la violencia intrafamiliar y sexual, en especial para darle protección inmediata cuando fueran maltratados o abusados sexualmente.⁴⁶

Es importante también influir sobre las normas culturales y sociales que perpetúan los actos de violencia contra la población infantil. Reducir las inequidades sociales y reducir los factores ambientales que promueven el uso de alcohol y drogas ilícitas. Otro punto importante es fortalecer la red de salud del país, que haga consiente a la población médica de la importancia de identificar y referir de forma oportuna los casos maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades. Existen estrategias que trabajan sobre las formas de relación de los individuos, identificando problemas de comportamiento en casa, usando técnicas de reforzamiento positivo, aplicando métodos de disciplina no violenta, supervisando los comportamientos del niño y utilizar la negociación y resolución de problemas. También existen estrategias individuales, cuyo objetivo es cambiar actitudes del individuo, como reducir las tasas de embarazos no deseados, aumentar el acceso a controles prenatales y postnatales y educación en los niños para evitar situaciones de abuso.⁴⁰

Un estudio realizado por DePanfilis y cols, quiso desarrollar un programa para la prevención de la negligencia en la niñez, una de las clasificaciones de maltrato, llamaron a este programa Conexiones Familiares, donde trabajaron comparando los resultados en 70 familias con las cuales trabajaron 3 meses con los de 84 familias con las que trabajaron 9 meses. La intervención consistía en un programa de servicio a la comunidad en el cual trabajaban en los hogares educándolos en necesidades básicas de la

infancia y la reducción de los riesgos de negligencia. Los resultados mostraron que no hubo grandes diferencias en los 2 grupos en cuanto al tiempo de intervención, pero si soporta la hipótesis que dice que fortaleciendo los factores protectores y atacando los factores de riesgo se disminuye el maltrato infantil, pero que sigue siendo una labor difícil cambiar estas cifras sustancialmente.⁴⁷

De igual forma, un estudio demostró que madres cabeza de familia, pobres y que eran sometidas a varios factores de estrés, tenían prácticas de crianza que terminaban en conductas violentas de sus hijos,⁴⁸ mientras que otro mostró que el adecuado entrenamiento de los padres era favorable para mejorar los niños con problemas de comportamiento.⁴⁹ Finalmente, un estudio realizado en tres ciudades Colombianas perseguía cambiar el comportamiento y las actitudes hacia el castigo físico infantil, mostró cambios que eran significativos en las actitudes (una disminución del 6% en la aceptación del castigo físico) y en el comportamiento (una disminución del 10% en la conducta de golpear con un objeto duro) como herramientas psicopedagógicas. Este estudio planteó un diseño riguroso con grupo control aleatorizado e incluyó la educación de los efectos deletéreos del castigo físico; además tuvo la participación de la comunidad y se respaldó con un programa de educación a través de los medios masivos de comunicación nacionales.⁵⁰

Cabe resaltar que las intervenciones en los niños son más efectivas a menor edad, más cuando no se han desarrollado conductas agresivas. Los cursos para la atención apropiada de los niños implementados hacia los padres deberían extenderse de meses e incluso años, ya que cursos breves no son suficientes. Se ha demostrado eficacia en algunos de estos programas hacia los padres.⁵¹⁻⁵³ Ciertos principios usados en estos programas son por ejemplo el jugar con el niño, estimular conductas correctas y al realizarlas reconocérselas; supervisar al niño permanentemente.⁴⁷

Prevención secundaria. Un estudio realizado por Olds y cols, en el cual se efectuaba un visita domiciliaria por una enfermera a aquellas madres primíparas con factores de riesgo para maltrato como madres adolescentes, solteras y de nivel socioeconómico bajo, demostró que disminuían los casos de maltrato infantil y negligencia durante los primeros dos años de vida del niño. Fueron observadas y se les educó con respecto a métodos de crianza y juego; después de esto, se observó que estas familias tenían menos casos de accidentes.⁵⁴

Hay estudios que interpretan las intervenciones exitosas con padres de niños mayores que han cometido conductas antisociales o delictivas. Son hogares uniparentales, con antecedentes de abuso infantil, de bajos ingresos, en los cuales se han hecho prácticas inadecuadas de disciplina, con muy poca interacción entre los padres y los hijos. En muchas de estas situaciones ocurre lo que se llama “patrones destructivos con interacción coercitiva”.⁵⁰ Estos patrones se diferencian por una relación entre padres e hijos que se caracteriza por ciclos de comportamientos antisociales que

los padres manejan con amenazas. Se ha visto que son efectivos a corto plazo pero que posteriormente se van a acompañar de ciclos de mucha más agresividad. Se desarrolló una intervención dirigida a acabar con el ciclo de interacción coercitiva.⁵⁵ En uno de tales estudios se evaluó una intervención consistente en 12 reuniones semanales en donde se le enseñó a los padres, en grupo y en sesiones individuales, habilidades como el adecuado estímulo para generar conductas proactivas, el correcto seguimiento de los hijos generar la disciplina sin agresión y la realización de ejercicios para la solución de problemas. Al evaluar la intervención, se mostró una mejoría significativa de la familia y una mejor efectividad en la resolución de problemas familiares.⁵⁶ Con esto se concluye que las intervenciones que solo se dirigen a los padres puede que no sean eficaces si no se hacen los respectivos cambios en el contexto en que estos se desenvuelven. Se han hecho revisiones que discuten intervenciones de varios componentes, que incluyen servicios como apoyo familiar, educación preescolar, habilidades de los padres y cuidado del niño. Dos revisiones juzgaron la evidencia de su efectividad en reducir los factores de riesgo del maltrato infantil como mixtas,⁵⁷ insuficientes⁵⁸ y como prometedora.⁵⁹

Prevención terciaria. De acuerdo con la Guía de Atención del Menor Maltratado, desarrollada por el Ministerio de

Salud de Colombia, para la adecuada atención del niño maltratado físicamente se requiere un equipo multidisciplinario; ante todo, no se debe pasar por alto este hecho, es decir, considerar siempre que el maltrato existe y que puede ser el agente causal de muchas consultas. La sospecha debe realizarse cuando no existe una correlación clara entre la información obtenida en la historia clínica y los hallazgos del examen físico y los paraclínicos, de igual forma se debe estar atento a la actitud de los padres en la consulta y la actitud e interacción del niño.⁶⁰

El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica; por ejemplo, interrogar maltrato cuando un niño presente heridas o hematomas en párpados sin compromiso del globo ocular, esguinces, contusiones, fracturas nasales, dentales o en todo caso de fractura en menores de un año. Como en toda práctica clínica, es de vital importancia realizar una buena anamnesis y observar cuidadosamente cualquier incongruencia de la información, si es posible, interroga al niño a solas, y observar cuidadosamente la actitud de los cuidadores y la del niño.⁶⁰

Es importante no juzgar deliberadamente a los agresores y brindarle al niño toda la confianza posible e iniciar inmediatamente después de su diagnóstico, el manejo del dolor. De acuerdo con la lesión que el niño presente se hará el manejo médico oportuno y su remisión a un nivel de mayor complejidad si fuese necesario. Se debe contar también con la intervención por parte de psicología o psiquiatría y considerar si se debe o no hospitalizar, de acuerdo con criterio clínico y con el riesgo de volver a ser agredido o no ser atendido adecuadamente en casa, si cualquiera de estas dos situaciones se cumple se debe hospitalizar inmediatamente y durante el tiempo que garantice su adecuada atención.⁶⁰

Se debe intervenir también al agresor, brindándole una asesoría psicológica y por supuesto, notificar inmediatamente y denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o el Juzgado de Familia, o en última instancia si no se lograra contacto con éstas, se recurre a la Policía, Personería, la Procuraduría, Defensoría o a la Fiscalía (figura 1).⁶⁰

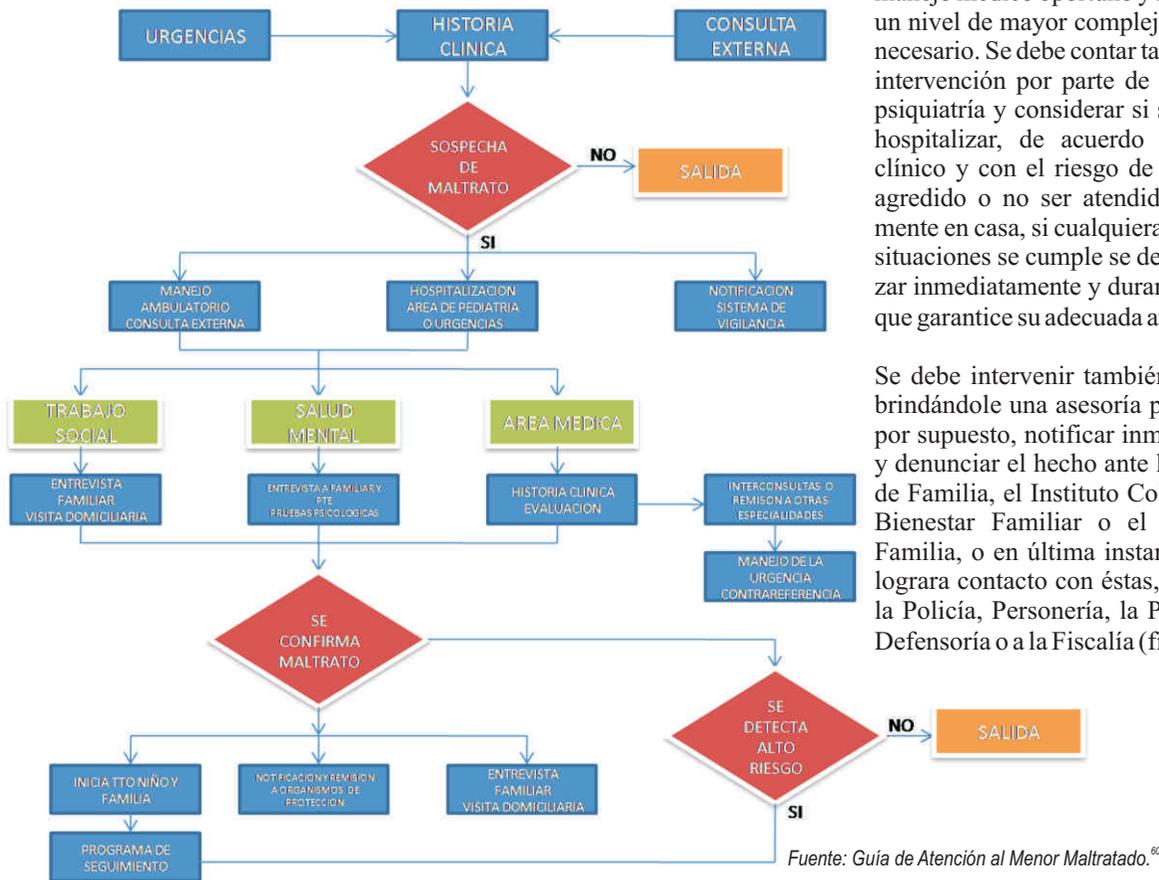


Figura 1. Flujograma de atención en salud para niños y niñas víctimas de maltrato.

Tabla 3. Características de la atención en casos de maltrato infantil difícil de sospechar

Tipo de maltrato	Sospecha	Tratamiento
Maltrato psicológico	Niño con agresividad y negativismo, con miedo de ir a la casa o a la escuela, con tartamudeo, miedo o fobias, con falta de actividad exploratoria, depresión, retardo en el desarrollo psicomotor entre otras.	Intervenir en el hogar hablándoles acerca de factores desencadenantes del maltrato, como prevenirlos y unas buenas pautas de crianza. Si se tratase de un caso severo, la labor del médico de primer nivel es la de remitir al niño y su familia para proporcionarles una atención especializada adecuada.
Abuso sexual	Dificultad para caminar o sentarse Infecciones urinarias a repetición Cuerpos extraños en ano o vagina Embarazo precoz Enuresis o encopresis Miedo a dormir solo Regresión del lenguaje Pérdida de la memoria	Tratamiento específico para enfermedades de transmisión sexual Prevención de embarazo Hospitalización sin el menor afronta alto riesgo en su hogar Remisión para tratamiento especializado por pediatría y psicología o psiquiatría
Negligencia	Retardo en el desarrollo psicomotor Desnutrición Diarrea, infecciones respiratorias y en piel a repetición Mal estado de la dentadura Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos Incapacidad de expresar afecto Trastornos del habla Higiene personal inadecuada Ausencia de cuidados médicos mínimos	Solucionar afecciones físicas y psicológicas Transformar las causas que originaron la negligencia Capacitación a los padres o cuidadores del niño Remitir a la familia a grupos de apoyo

Fuente: Adaptado de *Guía de Atención al Menor Maltratado*.⁶⁰

Después de esto, la atención no termina, puesto que se le debe brindar al niño un seguimiento óptimo para evitar las recurrencias. En caso de maltrato físico leve, se debe realizar otra evaluación a la semana y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año. Si se trató de un caso de maltrato grave, se evalúa el niño permanentemente hasta determinar con seguridad que éste se encuentra fuera de peligro, realizar visitas domiciliarias a los quince días, a los dos meses, a los seis meses y al año.⁶⁰ Para conocer características de la sospecha clínica y tratamiento de otros tipos de maltrato infantil, ver la tabla 3.

Discusión

Es evidente la magnitud del problema del maltrato infantil, de los factores desencadenantes y de las repercusiones o consecuencias que este presenta. Es un gran problema de salud pública que requiere una mirada amplia y objetiva, para poder adoptar las medidas necesarias para intentar corregirlas.

Cuando se investiga acerca del maltrato infantil debe hacerse énfasis en todas las implicaciones que este trae a largo plazo, no solamente estamos hablando de eventos traumáticos para el niño a nivel psicológico, en las cuales se

incluyen toda una serie de patologías que van desde un mal rendimiento académico, hasta una pobre interacción social, que claramente afectaría el buen desempeño de estos niños en el futuro. En la esfera mental se encuentra con mayor frecuencia el trastorno de estrés postraumático y otras alteraciones asociadas como trastornos de comportamiento, de la personalidad, depresión y abuso de sustancias. Los trastornos de la conducta alimentaria se ven más relacionados con maltrato emocional. De igual forma, no debemos ignorar todas las repercusiones orgánicas que puede desencadenar el maltrato, los cuales van desde síntomas gastrointestinales hasta neurológicos y retraso en el crecimiento. Por todo lo anterior, es realmente importante que todos los médicos investiguen todos los antecedentes en un adulto, incluidos los antecedentes de maltrato, ya que en muchas ocasiones pueden vislumbrar la causa de una patología que permanecía incierta. Es importante recordar siempre en la consulta de primer nivel, que el maltrato infantil existe y que puede explicarme un sinnúmero de problemas en los menores que muchas veces se pasan por alto.⁶⁰

El limitado entendimiento de la complejidad de los factores de riesgo ha resultado en una gran variedad de aproximaciones a la prevención del maltrato infantil. Las estrategias que han tenido las más rigurosas evaluaciones, y

las evidencias más fuertes, incluyen visitas domiciliarias, ya sea con una enfermera⁵⁴ o una trabajadora social,⁶¹ educación parental intrahospitalaria y compromiso.⁶² Otras estrategias de prevención que son prometedoras incluyen educación parental sobre el llanto normal de los niños,⁶³ técnicas de relajación en los niños,⁶⁴ programas de soporte parental y compromiso de la comunidad.⁶⁵

Lastimosamente muchas intervenciones tienen limitada evidencia de su eficacia, y algunos otros son sujeto de padecer rigurosas evaluaciones. Esta tendencia está cambiando. En la última década se ha visto un aumento de la evidencia basada en la práctica en el campo de la prevención del maltrato infantil,⁴⁷ pero todavía es raro ver ensayos aleatorizados. Estrategias para prevenir el maltrato infantil que sean sostenibles y eficaces van a requerir cambios en el pensamiento del maltrato infantil como una enfermedad a pensar que el maltrato infantil es un síntoma de una gran familia, comunidad o una enfermedad de la sociedad.⁶⁶ Necesitamos no solamente conocer la salud física de los niños que vemos sino también la salud de la comunidad en la cual viven.

El subyacente, quizás no declarado objetivo de las iniciativas de la prevención del maltrato infantil es una mejoría significativa en la vida de los niños, lo cual es un cambio de la prevención del maltrato infantil a la promoción del buen trato infantil.⁶⁷ Necesitamos usar las herramientas paliativas que tenemos a nuestro alcance (visitas domiciliarias, educación intrahospitalaria, y de pronto ahora el ejercicio del compromiso) de maneras en que se hagan grandes cambios de transformación a las normas sociales.^{68, 69} Finalmente, las prevenciones iniciales sostenibles incluyen actuales o quizás futuros programas que cambien respecto a como nosotros como una sociedad valoremos a nuestros niños.

Desde nuestro punto de vista, el aspecto más importante a resaltar es que lo primordial es promover las buenas prácticas de crianza en padres, como medida de prevención del maltrato infantil, desde esta perspectiva la labor del médico de atención primaria es fundamental, para llegar a la comunidad y a cada familia en particular e instruir e intervenir cuando sea necesario.

Referencias

- Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar. 2008. Disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/543/1/violencia%20intrafamiliar.pdf>. Consultado: mayo 18/2010.
- Arroyo L. Aspectos generales entorno a la violencia intrafamiliar. *Rev Juríd Segirid Social* 1999; 9:27-36.
- Valdebenito L, Larrain S. El maltrato deja huella. Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar. Editorial Unicef; Santiago de Chile, 1 ed, 2007: 1-60.
- García MM. Violencia intrafamiliar. *Forensis 2000*, datos para la vida. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - INMLyCF 2000:64-97.
- Kullmer HT, Hövels O, Jacobi G. Kindesmisshandlung in der Bundesrepublik Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkde* 1982; 130:710-3.
- Ochoa ME, Hormiga CM, Prince NE, Oliveros DL. Violencia intrafamiliar y sexual en Santander, 2006-2008. *Rev Observat Salud Pública Santander* 2009; 4:3-20.
- Duque LF, Caicedo B, Sierra C. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2008; 26:196-208.
- Martínez M. Reporte de violencia intrafamiliar, negligencia y abuso sexual del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, CRUE, primer trimestre de 2009, Bogotá, Colombia. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2009; 14:257-72.
- Bolaños A, Echeverría A, Muñoz I. Perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008. *Rev Fac Ciencias Salud* 2009; 11. Disponible en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF%5C2009%5C110206200902.pdf>, Consultado: julio 18 de 2010.
- Jaramillo E. Niñez y adolescencia en la prensa colombiana hoy. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/newsletter/octubre-04/pandi117.htm> Consultado el: 20 de mayo de 2010
- Klevens J, Bayon MC, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse Neglect* 2000; 24:323-32.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia: DRIP estadísticas; 2010. Boletines estadísticos mensuales. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60 Consultado el: 20 de mayo de 2010.
- Butchart A, Phinney A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Paris: WHO, 1 ed, 2006.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Panel on Research on Child Abuse and Neglect, National Research Council. Understanding child abuse and neglect. The National Academies Press, 1993.
- Guerrero R. ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil? *Salud Pública Mex* 2008; 50(supl 1):S86-S92.
- Wodarski JS, Kurtz PD, Gaudin JM, Howing PT. Maltreatment and the school-age child: major academic, socioemotional and adaptive outcomes. *Soc Work* 1990; 35:506-13.
- Pears KC, Kim HK, Philip AF. Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse Negl* 2008; 32:958-71.
- Lang AL, Garstein MA, Rodgers CS, Lebeck ML. The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2010; 2:100-10.

20. Panzer A. The neuroendocrinological sequelae of stress during brain development: the impact of child abuse and neglect. *Afr J Psychiatry* 2006; 11:29-34.
21. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Adil J, Khan S, Nazeer A, et al. Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28:733-50.
22. De Bellis. The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment* 2005; 10:150-72.
23. Charmandari E, Kino T, Souvatzoglou E, Chrousos GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Horm Res* 2003; 59:161-79.
24. Kaplow JB, Widom CS. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *J Abnorm Psychol* 2007; 116:176-87.
25. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27:33-44.
26. Lesserman J, Drossman DA, Li ZM, Toomey TC, Nachan G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1993; 150:1502-6.
27. Van Tilburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Ann Fam Med* 2010; 8:134-40.
28. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter L. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 2009; 165:281-7.
29. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. When living with violence brings a child close to depressive behavior. *Cien Saude Colet* 2009; 14:383-94.
30. Wilson HW, Widom CS. The role of youth problem behaviors in the path from child abuse and neglect to prostitution: a prospective examination. *J Res Adolesc* 2010; 20:210-36.
31. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto ME, Ballesteros S. Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization. *Rev Med Chil* 2006; 134:1302-5.
32. Amaya-Jackson L. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics* 2008; 122:667-73.
33. Bernard-Bonnin AC, Hébert M, Daignault IV, Allard-Dansereau C. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health* 2008; 13:479-86.
34. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorders: frequency. *Obes Res* 2001; 9:320-5.
35. Shin SH, Hong HG, Hazen AL. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis. *Drug Alcohol Depend* 2010; 109:226-35.
36. Trickett PK, Noll JG, Reiffman A, Putman FW. Variants of intrafamilial sexual abuse experience: implications for short and long-term development. *Dev Psychopathol* 2001; 13:1001-19.
37. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:824-30.
38. Tucci, A. Factors associated with psychoactive substance abuse: childhood history of abuse and neglect, family history and psychiatric co-morbidities. São Paulo: s.n, 2005:208.
39. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107:231-40.
40. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006;32-49.
41. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JK, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:174-86.
42. MacMillan HL, Jamieson E, Wathen C, Boyle M, Walsh C, Omura J, et al. Development of a policy-relevant child maltreatment research strategy. *Milbank Q* 2007; 85:337-74.
43. Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioural perspectives on building America's future workforce. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006; 103:10155-62.
44. Geneva: World Health Organization Preventing violence and reducing its impact: how development agencies can help. Geneva: WHO, 2008.
45. Kilburn MR, Karoly LA. The economics of early childhood policy: what the dismal science has to say about investing in children. Santa Monica, CA: Rand Corporation; 2008.
46. Red para la infancia, por la garantía y restitución de los derechos de los niños, adolescencia y la familia. Disponible en: <http://www.redparalainfancia.com/contenido.php?idd=1>. Consultado en: Julio de 2010.
47. DePan?lis D, Dubowitz H. Family connections: a program for preventing child neglect. *Child Maltreat* 2005; 10:108-23.
48. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. A social interactional approach. IV: antisocial boys. Castalia Publishing, 1992.
49. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consul Clin Psychol* 1984; 52:666-78.
50. Muñoz E, Gutiérrez MI, Guerrero R. Evaluación del impacto de una estrategia de información, educación y comunicación para la prevención de la violencia. Cali, Colombia: Ministerio de la Protección Social de Colombia. Universidad del Valle, Instituto CISALVA, 2004.
51. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting skills. *J Consul Clin Psychol* 1998; 66:715-30.
52. Kasdin A. Parent management training: evidence, outcomes and issues. *J. Am Acad Chil Adol Psy* 1997; 36:1349-58.
53. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K. Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2000.

54. Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R. Pre-venting child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 78:65–78.
55. Irving AB. The effectiveness of a parenting skills program for parents of middle school students in small communities. *J Consul Clin Psychol* 1999; 67:811-25.
56. Henggeler SW, Melton GB, Smith LA, Schoenwald SK, Hanley JH. Family preservation using multisystemic treatment: long term follow-up to a clinical trial with serous juvenile offenders. *J Child Fam Stud* 1993; 32:283-89.
57. Barlow J, Simkiss D, Stewart Brown S. Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review of reviews. *J Child Serv* 2006; 1:6-28.
58. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000; 163:1451-8.
59. Kees MR, Bonner BL. Child abuse prevention and intervention services. In: Ric G, Roberts M, eds. *Handbook of mental health services for children, adolescents, and families*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum, 2005.
60. Ministerio de Salud, República de Colombia. Guía de Atención del Menor Maltratado. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co. Consultado el:12 de junio de 2010.
61. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Rodriguez M, Dorabawila V. Healthy families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2008; 32:295-315.
62. Dias MS, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer M. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005; 115:470-7.
63. National Center on Shaken Baby Syndrome. Home page. Available at: www.dontshake.org/index.php. Accessed Mayo, 2010.
64. Karp H. The happiest baby. Disponible en: <http://thehappiestbaby.com>. Consultado: Mayo, 2010.
65. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as teachers program: results from two demonstrations. *Future Child* 1999; 9:91–115.
66. Chaf?n M, Friedrich B. Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev* 2004; 26:1097–113.
67. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Healthcoverage for low-income children. Disponible en: www.kff.org/uninsured/upload/2144-05.pdf. Consultado: Mayo, 2010.
68. Prilleltensky I. Promoting well-being: time for a paradigm shift in health and human services. *Scand J Public Health* 2005; 66:53–60.
69. Nelson G, Prilleltensky I. *Community psychology: In Pursuit of liberation and well-being*. New York, NY: Palgrave Macmillan, 2005.