

Artículo original

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN LA ORGANIZACIÓN SANITAS EN BOGOTÁ

German Darío Briceño. MD, MSc¹, María Esperanza Durán Flórez², Gina Blanco. MD Sandra Zorro Cerón²

1. Grupo de Investigación en Salud de la Infancia
2. Grupo de Psicopatología y Sociedad Unisanitas

RESUMEN

Introducción: el maltrato infantil (MI) es una condición prevalente en Colombia. **Objetivo:** describir las características clínico-epidemiológicas de los casos atendidos en la Organización Sanitas en Bogotá. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal, en menores de 18 años. Identificación de casos en base de datos del “Programa de Buen Trato” de la Organización Sanitas Internacional. Información adicional con revisión de historias clínicas electrónicas. Variables: sexo, edad, motivo de consulta, relación de la víctima con el agresor, lugar, fecha, número de episodios previos. **Resultados:** 192 casos de MI entre 2012 a 2014. Edad promedio: 8.9 años, 57.8% en niñas, siendo más afectados los escolares (37.2%) y adolescentes (34%). El 70% ocurrió en el hogar. El abuso sexual fue la primera causa de MI, seguido del maltrato emocional, con antecedente de maltrato previo en 54.2%. Transcurrieron en promedio 45,5 días entre el maltrato hasta su detección, consultaron el primer día 18 (26.5%), en la primera semana 40 (58.8%), en el primer mes 56(82.4%), y 3(4.4%) después de un año. El maltratador convive con el menor maltratado en 44.3% de los casos. Diagnóstico realizado por consulta externa en 69.3%. En 28.1% el motivo de consulta no se asoció al MI. **Conclusión:** el MI es una condición frecuente en nuestro medio, la sospecha diagnóstica llevó a su detección en consulta externa en la mayoría de los casos, sin ser el maltrato el motivo de consulta, lo que representa un avance en la sensibilidad frente a esta condición que exige acciones de prevención iniciando en el hogar.

Palabras clave: epidemiología, abuso infantil, prevención

EPIDEMIOLOGY OF CHILD ABUSE ACCORDING TO SANITAS ORGANIZATION IN BOGOTÁ

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a prevalent condition in Colombia. **Objective:** to describe the clinical-epidemiological characteristics of the cases seen at the Sanitas Organization in Bogotá. **Methodology:** descriptive, cross-sectional study in minors under 18 years of age. Case identification based on the information from the “Programa de Buen Trato” (Sound Treatment Program) of the Sanitas International Organization. Additional information included the review of digital medical records. Variables: sex, age, reason for medical visit, relationship of the victim with the offender, place, date, number of previous episodes. **Results:** 192 cases of child abuse from 2012 to 2014. The average age was 8.9 years, 57.8% girls, primarily school children (37.2%) and adolescents (34%). 70% of the events took place at home; sexual abuse was the first cause of child abuse, followed by emotional abuse with a history of previous physical abuse in 54.2% of the cases. The average number of days elapsed from the time of the abuse to its identification was 45.5 days; 18 (26.5%) were reported on the first day, 40 (58.8%) in the course of the first week, 56 (82.4%) in the course of the first month and 3 (4.4%) after one year. The offender lives with the abused minor in 44.3% of the cases. The diagnosis was made through an outpatient visit in 69.3%. In 28.1% of the cases the reason for consultation was not associated with child abuse. **Conclusion:** child abuse is a frequent condition in our environment and in most cases the diagnostic suspicion led to its identification through outpatient visits, though abuse was not the reason for consultation. This indeed shows increased awareness about the situation that calls for home-based preventive actions.

Keywords: epidemiology, child abuse, prevention

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad”.

El maltrato infantil en Colombia se ha convertido en un problema que se incrementa en forma alarmante. Durante el período comprendido entre enero de 2012 y enero de 2013 diariamente un promedio de 45 casos de niños, niñas y adolescentes ingresaron al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar por causa del maltrato, una evidencia de que padres de familia y cuidadores no están cumpliendo con la obligación de protegerlos (1). Tres de cada cuatro víctimas sufren maltrato en sus

hogares. De todos los niños que ingresan a Bienestar Familiar por maltrato, el 51,5% corresponde a niños y el 48,5% a niñas (2). En la capital colombiana se registra el mayor índice de ingresos por esta causa, con 4.172 casos, seguido por departamentos como Valle del Cauca con 1.599; Antioquia con 1.115; Nariño con 923 y Caldas, con 830 casos. De la cifra de niños maltratados en un año, el 35% corresponde a niños cuyas edades oscilan entre 12 y 18 años; el 34% a edades entre 6 y 12 años, y un 25% a niños de 0 a 6 años.

En 2001 Medicina Legal practicó 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, de los cuales 8.745 se practicaron en mujeres y 1.210 en hombres. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%) (3). En el 78%

de los casos, el agresor era un conocido del niño o niña, especialmente padre, padrastro u otro familiar. Aproximadamente 35 mil niños y niñas menores de 18 años son explotados sexualmente en Colombia. Se ha detectado en la última década un aumento del número de niños y niñas inducidos a la prostitución y una creciente inducción en edades más tempranas, inclusive antes de los 10 años.

Los niños víctimas de maltrato infantil son perpetradores de maltrato, lo que conlleva a la formación de ambientes familiares violentos, agresiones físicas y verbales, asociado a depresión mayor y menor, esquizofrenia y psicosis (4).

A través del Programa Buen Trato, la Organización Sanitas Internacional promueve que los usuarios Colsanitas o EPS Sanitas, que hayan sido víctimas o tengan sospecha de violencia intrafamiliar o abuso sexual, reciban atención en salud. Los actores que intervienen en el Programa son el paciente y su núcleo familiar, las clínicas de la OSI, los Clinisanitas, las Unidades de Atención Primaria, el Departamento de Atención al Usuario (D.A.U.), la Unidad de Epidemiología de la OSI, el asegurador (Colsanitas y/o EPS Sanitas), los entes gubernamentales (ICBF, Fiscalía, Comisaría de Familia) y la Secretaría de Salud Local. En este sentido, ante sospecha de maltrato, violencia intrafamiliar o abuso sexual, el Programa de Buen Trato pone al servicio del usuario los profesionales de la salud necesarios para tomar las conductas médicas pertinentes y brindar la asesoría psicológica (5) buscando la atención integral y minimizar el riesgo de un nuevo evento.

Los autores realizan este estudio con el objetivo de describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de maltrato infantil atendidos en la Clínica Reina Sofía, Clínica Universitaria Colombia, Clinisanitas y Unidades de Atención Básica en Bogotá, entre 2012 a 2014, incluyendo la frecuencia, descripción de acuerdo con los grupos etarios y sexo, relación del agresor con la víctima, lugar de presentación y frecuencia de episodios de MI. Esta información es esencial para conocer la magnitud del problema en nuestro medio y para mejorar el grado de sospecha y diagnóstico del MI entre el personal de salud, así como su manejo.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal.

Población

Niños con maltrato infantil atendidos en la Clínica Reina Sofía, Clínica Colombia, Clinisanitas y Unidades de Atención Básica en Bogotá, entre 2012 a 2014. Se incluyeron aquellos con diagnóstico de maltrato infantil como uno de los diagnósticos principales de egreso.

Mediciones

Sexo y edad del niño; información específica sobre el maltrato, incluyendo motivo de consulta; lesiones diagnosticadas; relación de la víctima con el agresor; hora, lugar y fecha de la agresión; si es la primera vez que consulta por este motivo y manejo. Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes definiciones basadas en las de la Organización Mundial de la Salud (4):

Maltrato o abuso físico

Se define como «cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo» (6).

Negligencia

Se identifica como la falta de proveer las necesidades básicas de un niño por parte de sus padres o personas encargadas (5).

Abuso sexual

Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad (4).

Maltrato emocional

Conductas de los padres/madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, intimidación, que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

Muestra y recolección de la información

Se incluyeron la totalidad de los niños con diagnóstico de MI. Posterior a la autorización por el Comité de Ética Institucional, se identificaron los casos de MI a partir de la base de datos del “Programa de Buen Trato” de la Organización Sanitas Internacional. Se obtuvo información adicional con revisión de historias clínicas electrónicas. El análisis se realizó a través del programa Stata 10.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución N° 008430 de 1993 de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del Ministerio de Salud Colombiano, el presente estudio se califica como una investigación sin riesgo.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación el día 31 de enero de 2014 en su sesión 504.

RESULTADOS

Se describen 192 casos de maltrato reportados en 13 unidades de atención primaria y 2 instituciones de IV nivel en Bogotá; 2 de ellos ocurrieron en 2012, 124 en 2013 y 66 a marzo de 2014. La edad promedio de los niños fue de 8.9 años.

Los episodios de maltrato ocurrieron en niñas con una mayor frecuencia que en niños, siendo los más afectados el grupo de escolares y adolescentes (71.2%) (Tabla 1).

Dentro de los factores psicosociales familiares asociados al MI encontramos madres adolescentes, solteras sin apoyo de la familia y desempleadas.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS MALTRATADOS

VARIABLE	n= 192 n (%)
Sexo	
Femenino	111 (57.8)
Masculino	81 (42.2)
Edad (años), media (DE)	8.9 (4.8)
Grupo de edad	
Lactante	14 (7.3)
Preescolar	41 (21.5)
Escolar	71 (37.2)
Adolescente	65 (34.0)
Escolaridad	
No aplica	18 (9.4)
Preescolar	34 (17.7)
Primaria	75 (39.1)
Secundaria	64 (33.3)
Universitario	1 (0.5)
Factores de riesgo	
Consumo de sustancias	4 (2.1)
Enfermedades crónicas	4 (2.1)
Factores psicosociales familiares	13 (6.8)
Ninguno	171 (89.1)

La información sobre el tiempo transcurrido desde el momento en que ocurrió el maltrato hasta su detección en consulta fue evaluado en 68 de los niños, y en promedio (desviación estándar) transcurrieron 45.5 días (146.0). De ellos, 18 (26.5%) consultaron el primer día, 40 (58.8%) lo hicieron dentro de la primera semana, 56 (82.4%) en el primer mes, y 3 (4.4%) lo hicieron después de un año.

El abuso sexual constituye la principal causa de MI, seguido del maltrato emocional, existiendo el antecedente de maltrato previo en más de la mitad de la población (Tabla 2). En el 70% de los casos el episodio de maltrato ocurrió en el hogar.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO DE MALTRATO

VARIABLE	n= 192 n (%)
Tipo de maltrato	
Abuso sexual	76 (39.6)
Maltrato emocional	50 (26.0)
Maltrato físico	45 (23.4)
Negligencia	21 (10.9)
Antecedente de maltrato	104 (54.2)
Motivo de consulta asociado al maltrato	137 (71.7)
Lugar en donde ocurre el maltrato	
Casa del cuidador	3 (1.6)
Hogar	135 (70.3)
Casa de familia extensa	23 (12.0)
Vía pública	8 (4.17)
Lugar público	3 (1.5)
Centro educativo	15 (7.8)
Sin dato	5 (2.6)
Riesgo	
Alto	67 (39.9)
Bajo	125 (65.1)

En 103 (53.7%) de los niños, el caso de maltrato constituyó el primer episodio, 54 (28.1%) de ellos tenían el antecedente de 2 y hasta 7 episodios previos, y 28 (14.6%) entre 10 y 20 episodios.

El diagnóstico de maltrato infantil se realizó por consulta externa en 133 (69.3%) de los casos, por el servicio de urgencias en 56 (29.2%) y en el servicio de hospitalización en 3 (1.6%). En 54 (28.1%) el motivo de consulta no se asoció al maltrato infantil.

Es de anotar que la tercera parte de los lactantes tenían antecedente de maltrato previo, siendo más frecuente en niños que en niñas (Tabla 3).

El abuso sexual fue el tipo de maltrato más frecuente excepto en lactantes, en donde fue la negligencia y en los adolescentes, en donde fue el maltrato físico y emocional (Tabla 4).

El maltrato en niños y niñas fue ejercido más frecuentemente por un maltratador de género masculino. El antecedente de maltrato previo fue más frecuente en niños que en niñas (Tabla 5).

El maltratador convive con el menor maltratado en cerca de la mitad de los casos e incluye desde el cuidador hasta el profesor. El nivel de escolaridad del maltratador en la mitad de los casos fue de secundaria (Tabla 6).

TABLA 3. CASOS DE MALTRATO POR GRUPO DE EDAD

VARIABLE	LACTANTE n=14 n (%)	PREESCOLAR n=41 n (%)	ESCOLAR n=71 n (%)	ADOLESCENTE n=65 n (%)
Sexo				
Femenino	5(35.7)	25(61.0)	38(53.5)	42(64.6)
Masculino	9(64.3)	16(39.0)	33(46.5)	23(35.4)
Maltrato previo				
Sí	4(29.0)	19(46.3)	39(54.9)	41(63.1)
No	10(71.4)	22(53.7)	32(45.1)	22(33.8)
Sin información	0	0	0	2(3.1)

TABLA 4. CASOS DE MALTRATO INFANTIL POR TIPO DE MALTRATO

VARIABLE	ABUSO SEXUAL n=76 n(%)	MALTRATO EMOCIONAL n=50 n(%)	MALTRATO FÍSICO n=45 n(%)	NEGLIGENCIA n=21 n(%)
Sexo				
Femenino	57(75.0)	25(50.0)	21(46.7)	8(38.1)
Masculino	19(25.0)	25(50.0)	24(53.3)	13(61.9)
Grupo de edad				
Lactante	2(2.6)	0	1(2.2)	11(52.4)
Preescolar	19(25.0)	9(18.4)	9(20.0)	4(19.1)
Escolar	30(39.5)	18(36.7)	17(37.8)	6(28.6)
Adolescente	25(32.9)	22(44.9)	18(40.0)	0
Motivo de consulta asociado a maltrato	73(96.1)	27(54.0)	35(77.8)	2(10.0)

TABLA 5. CASOS DE MALTRATO POR SEXO DEL NIÑO

VARIABLE	FEMENINO n=111 n(%)	MASCULINO n=81 n(%)
Maltrato previo	58(52.3)	46(57.8)
Tipo de riesgo		
Alto	47(42.3)	20(24.7)
Bajo	64(57.7)	61(75.3)
Género del maltratador		
Femenino	38(34.2)	34(42.0)
Masculino	73(65.8)	47(58.0)

TABLA 6. INFORMACIÓN DEL MALTRATADOR

VARIABLE	n= 192 n (%)
Sexo	
Femenino	72 (37.5)
Masculino	120 (62.5)
Convivencia con el menor maltratado	85 (44.3)
Nivel de educación	
Primaria	22 (11.5)
Secundaria	92 (47.9)

VARIABLE	n= 192 n (%)
Tecnología	25 (13.0)
Universitario	19 (9.9)
Postgrado	1 (0.5)
Sin información	33 (17.2)
Ocupación	
Desempleado	17 (8.9)
Empleado	79 (41.2)
Independiente	9 (4.7)
Jubilado	4 (2.1)
Cuidador	1 (0.5)
Ama de casa	8 (4.2)
Compañero del colegio	2 (1.0)
Empleada doméstica	4 (2.1)
Estudiante	40 (20.8)
Desconocido	21 (10.9)
Policía	1 (0.5)
Privado de la libertad	1 (0.5)
Profesor	5 (2.6)

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos el abuso sexual como primera causa de MI en la población estudiada, existiendo el antecedente de maltrato previo en más de la mitad de la población.

Nuestros datos son consistentes con lo reportado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (7) y por estudios colombianos similares (8). El abuso sexual constituye la principal causa de MI en nuestro estudio, con el impacto cognitivo en los niños que ha sido descrito en otros estudios (9). Lo más preocupante de este dato es que en el 70% de los casos el episodio de maltrato ocurrió en el hogar, condición que hace más difícil la identificación, el diagnóstico y la denuncia de este delito, ya que los menores, especialmente escolares o preescolares, pueden estar inmersos en un conflicto psíquico dado por la agresión versus la característica de afectividad, lealtad, cercanía y confianza supuestamente existente entre el niño y el abusador. Lo anterior hace no solo menos probable la identificación del abuso, sino que, a la vez, incrementa el riesgo psicológico, emocional y cognitivo del niño (10). De igual forma, los datos obtenidos en nuestro estudio mostraron que el abuso sexual afectó más a las niñas que a los niños, similar a lo descrito en un estudio llevado a cabo en Cali – Colombia (11). A partir de estos resultados podemos decir que estamos frente a un concepto importante emergente con gran fuerza en la población estudiada que es la violencia de género; por lo tanto, podríamos incluso discutir sobre el concepto de discriminación, en tanto que este incluye la violencia de género, que a su vez se define como aquella violencia que se da por la condición misma de ser mujer o que afecta a un grupo de mujeres específicamente.

Lo anterior hace imprescindible intervenir de forma directa desde lo educativo, no solo a nivel del fenómeno de MI, sino de manera específica en la identificación de la llamada violencia de género en nuestra población, dado que este concepto hasta ahora ha sido atribuido a los actos de agresión sobre una población en condición vulnerable dentro de algún fenómeno social como el desplazamiento, las comunidades apartadas, las etnias, entre otros, pero no a las niñas atendidas en instituciones de salud como las incluidas en el presente estudio.

Este estudio plantea no solamente una situación prevenible y evitable como es la violencia contra los niños, sino el cambio de óptica de maltrato físico, del golpe y la palmada; a hacer más visible el maltrato emocional, la vulnerabilidad de los niños/adolescentes ante la humillación, la crítica, la burla, donde al conjugarla con el agresor y el principal sitio de ocurrencia (hogar), propone el establecimiento de relaciones de poder; padres que todavía consideran que el niño se encuentra en una condición inferior y asumen el derecho a agredir.

De igual forma, a partir de nuestros hallazgos evidenciamos que en la edad adolescente existen para estos niños falencias en torno a recursos emocionales, lo que los hace vulnerables y los convierte en las mayores víctimas de maltrato emocional (44.9%). Esto podría tener explicación en la secuela dejada por una condición de maltrato repetitivo y sostenido desde la infancia, responsable de elementos como la pérdida de autoestima, los sentimientos de minusvalía, la percepción anormal de la sexualidad, el carácter retraído y las percepciones de desconfianza afectiva (10).

Es evidente la escasa información que, al igual que en nuestro estudio, existe en los análisis gubernamentales locales con respecto a la caracterización del agresor. A pesar de ello, en los datos analizados se evidencia una participación en el acto agresivo, en el 70% de los casos de un miembro cercano al niño, lo que podría dar cuenta de una cultura “validadora” de la agresión.

En la población estudiada encontramos que se presenta con mayor prevalencia en edades preescolar y escolar, por demás, periodos considerados críticos en el desarrollo evolutivo del individuo. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad imperativa de un trabajo centrado en la prevención y en la educación a padres y cuidadores, respecto a formas de castigo, conductas y desarrollo infantil, dinámicas familiares, pautas de crianza, entre otras.

En pro de afrontar la negligencia en el cuidado de lactantes que en nuestro estudio fue del 52.4%, se debe aumentar la promoción y la educación, como son la lactancia materna, la puericultura y las técnicas para el cuidado del recién nacido, la planificación familiar, entre otras, para minimizar algunos de los elementos constitutivos de la negligencia en esta etapa como son el bajo peso, la desnutrición, los accidentes domésticos, el abandono, las

disfunciones vinculares, entre otros. Igualmente se debe trabajar de manera intensiva en el maltrato psicológico, dado que la indiferencia frente al menor como una forma de agresión, también se constituye negligencia (12).

Una limitante de nuestro estudio fue la falta de información de los casos reportados en los años definidos en la metodología, lo que limitó la evaluación del fenómeno durante el periodo de análisis propuesto inicialmente.

Una propuesta investigativa que surge a partir de nuestro estudio es el análisis a profundidad de la información relacionada con la frecuencia del maltrato o la repetición del evento a lo largo del tiempo y el comportamiento histórico en cuanto a género, con el fin de estudiar si alguna condición psicosocial u otra del entorno eventualmente pueda influenciar la presencia del MI en algún grupo o periodo en particular.

CONCLUSIONES

El maltrato infantil es una condición frecuente en nuestra población. La sospecha diagnóstica llevó a su detección en consulta externa en la mayoría de los casos, sin ser

el maltrato el motivo de consulta, lo que representa un avance en la sensibilidad frente a esta condición que exige acciones de prevención iniciando en el hogar.

La elevada prevalencia de la negligencia en la población lactante es un dato alarmante en tanto que se asocia con factores que se supone están siendo trabajados de manera integral con políticas de salud globales, desde organismos como la OMS y el Gobierno Nacional.

El abuso sexual se presentó con mayor presencia en la población femenina, cumpliendo así los criterios de violencia de género, lo que hace imprescindible una concientización de la población frente a este aspecto, con el objeto de crear estrategias protectoras para las niñas concretamente y educación para la comunidad en general.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del estudio epidemiología de los casos de maltrato infantil en la Organización Sanitas en Bogotá declaramos que al momento de la remisión del trabajo no tenemos ningún conflicto de interés económico, comercial, académico, personal o de cualquier otro tipo.

REFERENCIAS

1. Gamboa CF. Prevención al maltrato del menor y su maltrato social. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:300-307.
2. Maltrato Infantil. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2013. Tomado de: www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Prensa1/ColombiaSinMaltatoInfantil_180313.
3. Suárez Gómez. Maltrato infantil en Colombia. CES Medicina. Vol 10, No 2 (1996).
4. Ricardo Pérez Moguel. (S.F) ¿Qué es el Maltrato Infantil? <http://edicacionespecialpr.tripod.com/id41.html>. (07 de Diciembre del 2012).
5. MaryAnn Troiano. Child Abuse. NursClin N Am 46. (2011) 413 – 422.
6. Programa Buen Trato. Disponible en: <http://www.colsanitas.com/portal/web/clinica-reina-sofia/programa-buen-trato>.
7. Maltrato Infantil. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2013. Fuente: Dirección de Protección ICBF.
8. González MR, Trujillo A, Pereda N. Corporal punishment in rural Colombian families: Prevalence, family structure and socio-demographic variables. Child Abuse Negl. 2014 May;38(5):909-16.
9. Barrera M¹, Calderón L, Bell V. The cognitive impact of sexual abuse and PTSD in children: a neuropsychological study. J Child Sex Abus. 2013;22(6):625-38).
10. El abuso sexual a los niños 2010. http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/EL_Abuso_Sexual_a_los_Ninos_09.aspx
11. Restrepo-Gutiérrez AC¹, Salcedo-Cifuentes M, Bermúdez-Escobar A. Sexual violence amongst young people aged 10 to 19 years. Cali, 2001-2006. Rev Salud Pública (Bogotá). 2009 Dec;11(6):887-97).
12. Maltrato Infantil en Chile. Unicef Responde. 2000. http://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf