MALTRATO INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE REGISTRADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL, 2006 – 2011

Lorena Escalante-Romero[1,a], Charles Huamaní[2,b], Hilda Serpa[3,c], Carlos Urbano-Durand[4,d], Gaudy Farfán-Meza[1,a], Carolina Ferrer-Salas[1,a], Gilda Granados-Chávez[1,a]

RESUMEN

Objetivos. Realizar una descripción de los registros del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), desde enero de 2006 hasta septiembre de 2011, sobre maltrato infantil y del adolescente, lo cual permite la caracterización del agredido y del agresor. ***Materiales y métodos.*** Se realizó un análisis de fuentes secundarias, basado en registros de la "Ficha de evaluación de violencia familiar y maltrato infantil", aplicada por el Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) del INSN. La ficha incluye datos del agredido, del agresor y las características de la agresión. Se diferenció el tipo de agresión como: sexual, física, psicológica o por abandono. Se muestran los resultados en frecuencias y porcentajes. ***Resultados.*** Se incluyeron 1798 registros. El 63,9% eran niñas y el 39,9% fueron adolescentes. El 60,6% de los agresores fueron varones y el 65,8% de las agresiones ocurrieron en casa. El 48,6% fueron registros de agresión sexual, que fue más frecuente en niñas (73,2%) y adolescentes (44,4%); en el 9,6% de los casos existió coito. ***Conclusiones.*** En los registros del MAMIS del INSN, la agresión en niñas fue la más frecuente; el agresor con frecuencia era un varón y la mayoría de las agresiones ocurrieron en el domicilio del menor. La agresión sexual fue casi la mitad de la serie.

Palabras clave: *Maltrato a los niños; Violencia; Violencia sexual; Niño abandonado (fuente: DeCS BIREME).*

CHILD AND ADOLESCENT ABUSE RECORDED AT A NATIONAL REFERRAL HOSPITAL, 2006 - 2011

ABSTRACT

Objectives. To describe the records of child and adolescent abuse of the Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) from January 2006 to September 2011, characterizing the victim and perpetrator. ***Materials and methods.*** A secondary sources analysis was performed, based on the domestic violence and child abuse records, from froms administered by Child Abuse and Adolescent Health Unit (MAMIS) at the INSN. The records include data of the victim, offender and characteristics of the aggression. Types of aggression were categorized as: sexual, physical, psychological or neglection. Frequencies and percentages are presented. ***Results***. A total of 1798 records were included. From them 63.9% were girls, and 39.9% were adolescents. Males accounted for 60.6% of the offenders, and 65.8% of assaults occurred at home. Sexual assault was recorded in 48.6%, with more frequency among girls (73.2%) and adolescents (44.4%); and intercourse occurred in 9.6% of the cases. ***Conclusions***. From the INSN MAMIS records, aggressions to girls was the most frequent type of report, the aggressor was often a male and most of the attacks occurred in the child's home. Sexual assault accounted for almost half of the series.

Key words: *Child abuse; Violence; Sexual violence; Child, abandoned (source: MeSH NLM).*

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los abusos y la desatención que son objeto los menores de 18 años; que puede ser físico, psicológico, sexual, por desatención, por negligencia, por explotación comercial o de otro tipo; que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder [1,2].

El registro de las diversas formas de agresión es complejo, aunado a una alta tasa de subregistro [1]; a pesar de ello, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informa que 40 millones de niños

[1] Facultad de Medicina, Universidad de San Martin de Porres. Lima, Perú.
[2] Oficina General de Informática y Sistemas, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
[3] Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Salud Mental, Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.
[4] Departamento de Atención y Servicios al Paciente, Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.
[a] Interno de Medicina; [b] médico cirujano; [c] médico psiquiatra; [d] médico pediatra

Recibido: 08-01-12 Aprobado: 08-02-12

menores de 15 años sufren malos tratos y abandono [3] y, aproximadamente un 20% de las mujeres y un 10% de los hombres, manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia [4,5].

Entender el origen de las agresiones también es complejo, pues es una espiral de frustración y odio que se inicia en el individuo, se transmite a la familia, a la comunidad y a la sociedad que, a su vez, devuelve el odio, y como en toda cadena, se quiebra en el eslabón más débil [1]. La familia, como núcleo de la sociedad, soporta estresores sociales como la constante amenaza del desempleo, los conflictos políticos y las falsas promesas; toda esta frustración de los padres se transmite a los hijos, con frecuencia, a través de agresiones.

Entonces, las repercusiones del maltrato infantil son personales y sociales, pues la formación del niño en su sensibilidad, carácter y conducta, se vería afectada, haciendo que la exploración de su entorno sea frustrante [6]. Este aprendizaje en medio del odio, en especial si es intrafamiliar, sería transmitido a la siguiente generación, con lo que no solo es el actual niño el agredido, sino nuestro futuro. Comprender el odio y el maltrato infantil, es muy complejo [7] y la literatura nacional limitada [8].

Por ello, y con la finalidad de realizar un estudio integral de las causas, epidemiología, consecuencias, morbilidad y mortalidad del maltrato infantil, es que en 1994 se establece en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) el Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS), con el apoyo del UNICEF [9]; los integrantes de este Módulo son un equipo multidisciplinar que busca brindar atención integral y también los encargados de coordinar acciones de protección al agredido. La implementación de los MAMIS ha avanzado; así, en junio de 2011 se aprueba la directiva sanitaria que regula el funcionamiento nacional de los MAMIS a nivel nacional (Resolución Ministerial 472-2011/MINSA), donde es la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú (en la directiva, el MAMIS se denomina “Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud”) la responsable de la asistencia técnica.

La implementación del MAMIS en el INSN ha permitido brindar ayuda a cientos de niños afectados por maltrato infantil, quienes han recibido evaluaciones multidisciplinares antes de dar un informe oficial a las autoridades policiales correspondientes. El objetivo del presente estudio es hacer una descripción de los registros de casos de maltrato infantil atendidos en el INSN del año 2006 hasta el 2011, lo cual permite la caracterización del agredido y del agresor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión y análisis de fuentes secundarias, basado en los registros de la “Ficha de evaluación de violencia familiar y maltrato infantil”, que fue aplicada por el MAMIS del INSN en el periodo enero de 2006 hasta septiembre de 2011. La ficha fue aplicada a pacientes pediátricos (o a menores de 18 años) que sufrieron alguna forma de agresión e ingresaron al INSN.

Los pacientes ingresaron por el servicio de emergencia, el consultorio, por hospitalización o fueron referidos de otra institución; en todos los casos, el médico tratante sospechó que el niño podría haber sufrido algún tipo de agresión, por lo que solicita una ampliación clínica. Para ello, se comunica al Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Salud Mental a través del MAMIS, así como al Servicio Social del INSN, para que coordinen las actividades de diagnóstico, tratamiento y asesoría. En la primera evaluación del paciente, realizado en el MAMIS, se aplica la ficha, que es trascrita por personal administrativo.

Esta ficha recolecta datos de filiación del agredido, del agresor, de la agresión, las medidas que se tomarán si el caso requiere atención médica, asistencia social, etc.; además, el seguimiento del caso. Sin embargo, la ficha no es exclusiva para el uso pediátrico, por lo que solo algunos campos son completamente registrados.

Los datos incluidos fueron: datos del agredido (edad y sexo), del agresor (edad, sexo, parentesco con el agredido y grado de instrucción); datos de la agresión (tipo de agresión, lugar de la agresión). Se consideró como lactantes a los niños de hasta 2 años; como preescolares a los mayores de 2 años; como escolares a los mayores de 5 años y como adolescentes a los mayores 10 años y menores de 18 años; siguiendo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

El tipo de agresión podía ser física, psicológica, sexual y por abandono (o negligencia); la ficha está diseñada para ingresar solo un tipo de agresión, que es el motivo de atención del niño. La agresión sexual incluía desde el intento hasta la consumación. El abandono se definió operacionalmente en el caso de aquellos niños que no recibieron visita materna o paterna por más de tres días desde el inicio de su hospitalización o si la salud del niño empeoró producto del descuido o negligencia de sus protectores en el cuidado.

Se realizó una revisión de los registros, excluyendo las que presentaban datos incoherentes (concordancia del sexo del agresor con parentesco con el agredido), que no señalaban el tipo de agresión o si estaban mal llenadas.

Las variables se presentan en frecuencias y porcentajes. Además, se calculó la regresión lineal para la edad del agresor y del agredido. El procesamiento de los datos se realizó en STATA 11.2.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud del Niño (Cod: 2095-OEAIDE).

RESULTADOS

De los 1997 registros, se descartaron 73 por no señalar el tipo de agresión; 48 por que el sexo y el parentesco con el agredido no se correspondían y 78 debido a que estaban incompletos; se incluyeron finalmente 1798 (90,0%) de los registros.

Los registros tuvieron una distribución casi homogénea en todos los años, siendo mayor el 2009 con 369 registros; en la Figura 1 mostramos la distribución mensual, donde se aprecia un mayor número de registros el mes de febrero.

DEL AGREDIDO

El promedio de edad entre los agredidos era de 8,7 ± 4,9 años; sin embargo, las edades no seguían una distribución normal, como se aprecia en la Figura 2; al reagruparlas, el grupo de adolescentes era el más frecuente, con un 39,9% de los casos registrados, como se aprecia en la Tabla 1.

En los adolescentes, el 26,4% eran de sexo masculino; en los demás grupos de edad, los varones representaban entre el 40 al 43% del grupo.

Identificamos un 63,9% de registros de agresión contra niñas que tenían una edad promedio de 9,3 ± 5,0 años de edad, a diferencia de los niños que tenían una edad promedio de 7,7 ± 4,6 años; siendo el promedio de las diferencias de 1,6 años (IC 95% 1,2 - 2,1).

Tabla 1. Caracterización del maltrato infantil en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú 2006 – 2011.

Variable	N.º	(%)
Edad del niño		
Lactante	242	(13,5)
Preescolar	320	(17,8)
Escolar	519	(28,9)
Adolescente	717	(39,9)
Sexo del niño		
Niño	650	(36,2)
Niña	1148	(63,8)
Edad del agresor		
<18	41	(2,3)
18-25	361	(20,1)
26-35	686	(38,2)
36-45	620	(34,4)
46 a más	90	(5,0)
Sexo del agresor		
Hombre	1089	(60,6)
Mujer	709	(39,4)
Parentesco del agresor con el agredido		
Madre o padre	847	(47,1)
Otros familiares y vecinos	827	(46,0)
Desconocido	124	(6,9)
Grado de instrucción del agresor		
Iletrada	92	(5,1)
Primaria completa	172	(9,6)
Secundaria incompleta	142	(7,9)
Secundaria completa	1231	(68,4)
Superior incompleta	9	(0,5)
Superior completa	143	(8,0)
Técnica completa	9	(0,5)
TOTAL	**1798**	**(100)**

DEL AGRESOR

Los agresores tenían en promedio 32,5 ± 8,9 años de edad, siendo el grupo de edad más frecuente el

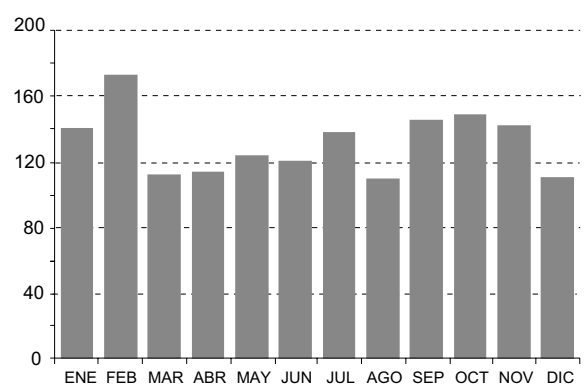

Figura 1. Frecuencia acumulada mensual de maltrato infantil en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú. Enero 2006 – diciembre 2010.

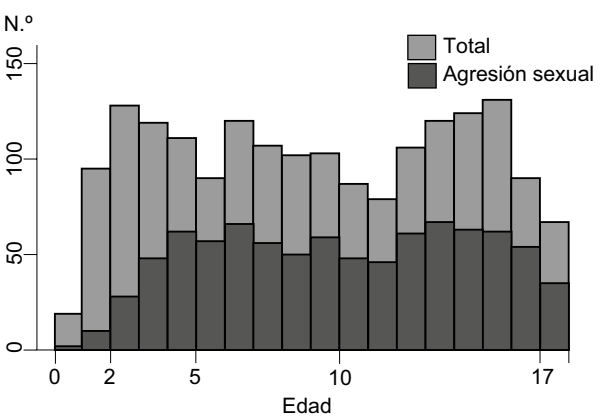

Figura 2. Frecuencias de edades de maltrato infantil según tipo de agresión sexual, en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú. 2006 - 2010.

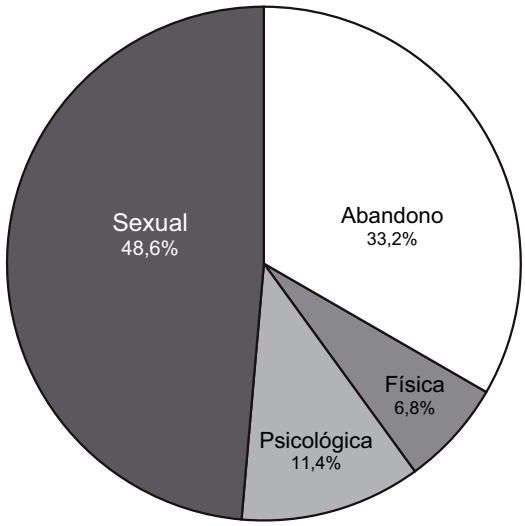

Figura 3. Maltrato infantil según tipo de agresión, registrado en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú 2006 – 2011.

comprendido entre los 26 a 35 años con 38,2% del total; el 60,6% fueron de sexo masculino y el 73,6% tenían instrucción secundaria; 10,5% tenían instrucción superior o técnica y 4,6% eran analfabetos. El 47,1% de los agresores fueron la madre o el padre.

DE LA AGRESIÓN

En el 41,1% de todos los casos, la agresión ocurrió por primera vez. El 65,8% de las agresiones tuvieron lugar en la casa del niño agredido.

En el 48,6% de los registros se identificó agresión sexual, seguida del abandono en el 33,2%, solo se registraron 6,8% de casos de agresión física, como se ve en la Figura 3.

Según el tipo de agresión, la agresión sexual fue más frecuente en niñas (73,2%) y en adolescentes (44,4%), la distribución de la edad se aprecia mejor en la Figura 2. En el 9,6% de los registros de agresión sexual, se consigno que existió coito forzado; el 48,8% ocurrieron por primera vez.

El abandono fue más frecuente en el grupo de lactantes con un 30,0%, y realizado por la madre o el padre en el 69,0% de los casos. Demás datos se muestran en la Tabla 2.

Según la edad del agresor, el 2,3% (41) eran menores de edad, de estos, 27 (66,0%) agredieron a su víctima sexualmente; 12 (44,4%) de las agredidas tenían edad escolar. Sin embargo, no existió una correlación entre la edad del agresor y del agredido (r = 0,01).

DISCUSIÓN

El 48,6% de los registros fueron por algún tipo de agresión sexual, menos frecuente fue la agresión física o psicológica; la agresión intrafamiliar resultó muy frecuente, dado que el 66% de los casos sucedían en la casa del agredido, mientras que en el 47,1% el agresor fue la madre o el padre.

Si bien en nuestro estudio no se muestra una tendencia al incremento de casos de maltrato, no podríamos afirmarlo, puesto que en el Perú existen varios lugares donde se pueden denunciar estos casos, como los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, las comisarías, entre otros. Una mejor aproximación es la que brinda los datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar

Tabla 2. Características de los tipos de agresión registrados en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú 2006 – 2011.

	Tipo de agresión			
	Sexual N.º (%)	**Abandono N.º (%)**	**Psicológico N.º (%)**	**Físico N.º (%)**
Sexo del agredido				
Niño	234 (26,7)	264 (44,2)	85 (41,5)	67 (54,9)
Niña	640 (73,2)	333 (55,8)	120 (58,5)	55 (45,1)
Edad del agredido				
Lactante	40 (4,6)	179 (30,0)	13 (6,3)	10 (8,2)
Preescolar	167 (19,1)	111 (18,6)	25 (12,2)	17 (13,9)
Escolar	279 (31,9)	139 (23,8)	50 (24,4)	51 (41,8)
Adolescente	388 (44,4)	168 (28,1)	117 (57,1)	44 (36,1)
Parentesco del agresor con el agredido				
Madre o padre	249 (28,5)	412 (69,0)	110 (53,7)	76 (62,3)
Otros familiares y vecinos	548 (62,7)	168 (28,1)	69 (33,7)	42 (34,4)
Desconocido	77 (8,8)	17 (2,9)	26 (12,7)	4 (3,3)
TOTAL	**874 (48,6)**	**597 (33,2)**	**205 (11,4)**	**122 (6,8)**

(ENDES), que informa una disminución de 8% de los casos registrados el año 2010 con referencia al 2000 [10].

El maltrato infantil sigue siendo subregistrado [6], en especial la agresión sexual [3,11,12], a pesar de ello, este tipo de agresión es la más frecuente en esta serie. Esta importante diferencia entre la presencia de agresión sexual y agresión física, puede deberse a que en el Perú, la agresión física se asume como un evento cotidiano que forma parte de la educación tradicional [10,13,14]; por ejemplo, algunos estudios señalan que entre el 40 a 50% de los padres en Lima agrede físicamente a sus hijos [14,15]. A diferencia de la agresión sexual que es un evento dramático culturalmente inaceptable; por ello, a pesar del subregistro (indeterminado para Perú) la agresión sexual es denunciada con frecuencia.

Este informe de agresión física, podría revertirse si la percepción cultural de la población consideraría estos eventos como incorrectos; este cambio de percepción ha sido posible en algunos países luego de la implementación de leyes que las sancionaran [16]; por lo que es de esperar que, si nuestra sociedad se vuelve legalmente menos permisiva a la agresión física, el problema podría disminuir, aunque las denuncias serían más frecuentes. Otras causas del bajo registro de agresión física, es que con frecuencia se le atribuye a otras razones [1], no son diagnosticadas adecuadamente por los médicos tratantes o son ocultados por los familiares [17].

Similar a lo que ocurre en México, la agresión sexual es más frecuente en adolescentes de sexo femenino [11]; aunque el porcentaje de varones (27%) también es alto. La comparación con otros estudios es difícil, una revisión de 39 estudios señaló que las prevalencias de agresión sexual en varones varió entre el 0 al 60% [18]; esta diferencia podría deberse al estigma social de homosexualidad [3,19] mas no a que sea poco frecuente; además, está descrito que las víctimas de pedófilos son con más frecuencia los niños [3], por ello se debe aumentar la sospecha clínica y realizar con gran interés el examen físico y psicológico [20], ya que se pueden presentar como complicaciones ano-rectales o cambios de comportamiento [21] que pueden pasar desapercibidas por un médico no alertado [5].

También llama la atención que en 28,4% de los casos, el posible agresor sexual sea un padre, y que el 63% de las agresiones sucedieron en su propio domicilio; esto contrasta con la frecuencia de abuso intrafamiliar descrito en otros estudios, por ejemplo, en un estudio en EE. UU. el 16% de las mujeres señalaron haber sido agredidas sexualmente en su domicilio [22], u otro estudio en México donde el 30% de las agresores fueron desconocidos [11]. Lamentablemente, la ficha no permitía una caracterización adecuada del parentesco del agresor.

La agresión intrafamiliar es muy frecuente, si bien esto podría variar si se registran todos los casos de agresión física, que en población escolar es más frecuente que ocurra en la escuela u ocasionada por compañeros de clase [23,24]; sigue siendo preocupante la alta frecuencia de agresión intrafamiliar si entendemos el rol que tiene la familia en la sociedad, tanto protectora como formativa.

El abandono se muestra como el segundo en frecuencia; esto puede concordar con un estudio en España, donde el abandono es la causa más frecuente [25]. Que el grupo de dos años a menos sea el más afectado, podría deberse a que una causa de abandono familiar es una anormalidad física o mental presente en el niño, las cuales pueden ser reconocibles de inmediato; sumado a la nula resistencia que presentaría al separarse de sus padres y a las dificultades económicas. Esta última, como causa de abandono, ha ido disminuyendo en los hospitales desde que se instauró el Seguro Integral de Salud en Perú.

Debe diferenciarse abandono de negligencia paterna, que sería el descuido del niño que deviene en enfermedades o agresiones por terceros; estas causas no han sido identificadas en nuestro estudio pero se esperaría que la negligencia sea más frecuente en los grupos de mayor edad, lo que requeriría mayores análisis.

El estudio tiene limitaciones que se relacionan al alcance de la ficha para la adecuada recopilación de la información, a su adecuado registro y a la población que acude al INSN.

En principio, la ficha debería ser reestructurada buscando ampliar datos sobre las circunstancias de la agresión y la caracterización del posible agresor, el parentesco con el agresor o si el caso ha sido identificado en la institución. También en las variables tales como el estado del agresor, el motivo y tipo de agresión, que deberían ser revisadas y corregidas, incluyendo otros tipos de agresión tales como el *bullying* [24], o describiendo los estados emocionales que motivaron la agresión; además, se debería adecuar la ficha para indagar maltrato infantil de forma exclusiva.

Otra limitación es que la ficha recoge solo un tipo de agresión por víctima, lo cual podría ser aplicable en el 41% de los casos que sucedieron por primera vez; pero en eventos recurrentes es frecuente la combinación de más de un tipo de agresión [12,25,26].

Del mismo modo, la agresión física o la psicológica deberían ser, en teoría, más frecuentes que la agresión sexual [12,14,15], una de las razones por las que no sucede es que no es identificada o informada por los médicos tratantes. Ante ello, sería recomendable mejorar los flujogramas y procesos de atención, entrenando a los médicos y personal de salud en general, en la identificación de signos presuntivos de maltrato [27].

Aunque no se han identificado factores de riesgo que caractericen al agresor; sí se identifica que la mayor parte de las agresiones suceden en el entorno familiar. Ello merece una atención especial por las graves repercusiones que tendría en nuestra sociedad, por lo que se requiere una serie de actividades destinadas a su identificación, manejo y disminución.

Los resultados mostrados deben ser revisados con prudencia, pues es la Fiscalía la que determina quién fue el agresor, por tanto estos datos son presuntivos. Del mismo modo, se presentan una serie de casos que acudieron al INSN, centro de referencia nacional, pero existen varios lugares a donde puede ser derivados los casos de maltrato infantil. Por ello, estos resultados no pueden extrapolarse a toda la población, ni describir correctamente todos los tipos de agresión; se espera que cuando la implementación nacional de los MAMIS sea efectiva, se pueda contar con registros generales.

En conclusión, en los registros del MAMIS del INSN, se identificó que la agresión en niñas es más frecuente que en niños, siendo el grupo más afectado el de escolares; el agresor con frecuencia es un varón. La agresión sexual fue la más frecuente, seguida del abandono, que era más usual en el grupo de lactantes. Además, la mayoría de las agresiones tenían lugar en el domicilio del menor.

Si bien estos resultados son limitados, en referencia a la caracterización del agresor y de la agresión, enfoca principalmente la agresión pediátrica sin describir la agresión de la mujer, que se muestra también como una agresora frecuente. Ello requiere varias discusiones adicionales, diversas intervenciones y un reenfoque para su manejo a nivel familiar y social, pues la familia es el sostén de nuestra sociedad y los niños nuestro preciado futuro.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Gloria Ubillús Arriola por habernos incentivado en la realización de esta investigación y a su contribución crítica en el artículo.

Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron de la concepción del estudio y aprobación de su versión final. Además, LER participó en la recolección de los datos, redacción y revisión crítica del manuscrito, CH en la obtención y análisis de los resultados, redacción y revisión crítica del manuscrito, HS y CU en la redacción y revisión crítica del manuscrito, y GFM, CFS y GGC en la recolección de datos y la redacción del informe preliminar.

Fuentes de financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Ministerio de Salud de Perú. Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y maltrato infantil. Lima: MINSA; 2000.
3. Jhonson C. Malos tratos y abandono. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Tratado de Pediatría. 18ª ed. Madrid: Elsevier; 2009. p. 171-83.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2009.
5. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, Lewis M. Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for health care providers. Acad Emerg Med. 2010;17(2):117-25.
6. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. Trauma Violence Abuse. 2008; 9(2):84-99.
7. Martínez GS. El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. Avances en Psicología Latinoamericana. 2008; 26(2):171-79.
8. Ministerio de Salud. Lineamientos para la acción en salud mental. Lima, Perú: MINSA; 2004.
9. UNICEF Perú [Internet]. Lima: UNICEF; 2011 [citado el 1 de enero de 2012]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/protection_3226.htm
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Violencia contra las mujeres, niñas y niños. En: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima, Perú: INEI; 2010. p. 309-47.
11. Chavez R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Lazcano E. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):506-14.
12. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. Pediatrics. 2009;124(5):1411-23.
13. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto ACTIVA): metodología. Rev Panam Salud Publica. 1999;5:222-31.
14. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima, Perú: Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud; 1999.

15. Ponce S. Estudio epidemiológico sobre maltrato infantil en la población escolarizada de Lima Metropolitana y Callao. Lima, Perú: CEDRO; 1995.
16. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. Child Abuse Rev. 2010;19(4):229-47.
17. Creighton SJ. Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons [Internet]. London: NSPCC; 2004 [citado el 20 de noviembre de 2011]. Disponible: en www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda48217.html.
18. Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic Violence and Chronic Malnutrition among Women and Children in India. Am J Epidemiol. 2008;167(10):1188-96.
19. Hammerschlag MR, Guillén CD. Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. Clin Microbiol Rev. 2010; 23(3):493-506.
20. Trenchs V, Curcoy AI, Ortiz J, Macías C, Comas L, Luaces C, et al. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. Emergencias 2008;20:173-8.
21. Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. Curr Opin. Pediatr. 2005;17(2):258-64.
22. Russell DE. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. Child Abuse Negl. 1983;7(2):133-46.
23. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. The developmental epidemiology of childhood victimization. J Interpers Violence. 2009;24(5):711-31.
24. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. An Fac med. 2009;70(4):255-8.
25. Soriano FJ; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(41):121-44
26. Denton J, Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment: toward refining the evidence base. Curr Opin Pediatr. 2011;23(2):240-8.
27. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad Med Forense. 2010;16(1-2):53-63.

Correspondencia: *Lorena Escalante Romero*
Dirección: Jr. Romero Hidalgo 320 Dpto. 101, Lima 41, Perú.
Teléfono: (51) 982369807
Correo electrónico: lore.escalante@hotmail.com

Consulte las ediciones anteriores de la
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en

www.scielosp.org

SciELO Salud Pública