

La pandemia por SARS-CoV-2 y el maltrato infantil[☆]



SARS-COV-2 pandemic and child abuse

Sra. Editora,

Con la COVID-19 los países tuvieron que tomar decisiones drásticas e inesperadas para la población. El gobierno español decretó el estado de alarma (14/03/2020-21/06/2020), tomándose medidas estrictas (confinamiento domiciliario, implantación del teletrabajo, cierre de negocios, guarderías, colegios y universidades), teniendo que permanecer adultos y menores en su domicilio un largo periodo de tiempo.

Las familias tuvieron que hacer frente a un estrés adicional por el miedo al contagio¹, el padecimiento de la enfermedad, la incertidumbre ante este nuevo virus, muertes cercanas y las pérdidas económicas o laborales². Las crisis económicas, los desastres naturales, epidemias infecciosas, así como los cambios importantes en las rutinas de la población afectan a su salud mental³ y aumentan los casos de maltrato infantil (MI). La convivencia empeora en viviendas pequeñas o hacinadas, más aún en entornos desestructurados, por lo que el confinamiento de estos niños vulnerables, sin más contacto social que el de su familia, al no tener apoyo externo de profesores, pediatras u otros profesionales, hace que aumenten los casos de MI⁴, aunque algunos estudios apuntan a que se podrían detectar menos durante las restricciones, especialmente los leves^{5,6}.

El MI es toda acción u omisión que priva a los menores de sus derechos y bienestar, amenaza o interfiere su desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías, como la violencia digital. Existen cuatro tipos de maltrato: físico, negligencia, sexual y emocional. Con

el fin del estado de alarma y desescalada de las medidas restrictivas, comenzamos a notar en nuestro Servicio de Urgencias pediátricas un aumento de consultas por este motivo. Ante la ausencia de un registro específico de MI y de datos previos con los que poder comparar, nos propusimos estudiar si se estaba produciendo un aumento significativo y si se habían producido cambios en sus características respecto al mismo periodo de tiempo en el año previo como consecuencia del confinamiento. De confirmarse esta percepción, lo consideramos un aspecto del estado de bienestar lo suficientemente importante como para hacer un llamamiento a la comunidad científica y compartir el conocimiento hallado al respecto con el fin de elaborar estrategias de detección precoz y prevención.

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo y analítico revisando historias clínicas de pacientes de 0 a 18 años atendidos en nuestro servicio por MI durante 24 meses. Comparamos sus características preconfinamiento (febrero 2019-14 marzo 2020), y posconfinamiento (15 marzo 2020-febrero 2021), sin detectar ni sospechar casos durante el confinamiento estricto (14/03/2020-05/06/2020). En todos los pacientes el protocolo fue igualmente aplicado sin cambios durante ambos periodos (parte de lesiones, interconsulta a Trabajo Social \pm denuncia a la Policía y participación de médico forense en el caso de las agresiones físicas graves y todos los casos de abuso sexual). Las características del total se exponen en la [tabla 1](#) y las características por periodos y tipo de agresión se muestran en la [tabla 2](#). En el posconfinamiento se produjo un cambio en el patrón del agresor, siendo ajeno a la familia en el preconfinamiento y del entorno familiar durante el posconfinamiento, con un aumento de la violencia ejercida por la madre y disminución de la ejercida por el padre, requiriendo en más ocasiones ingreso con diferencias estadísticamente significativas. Analizando las mismas variables por tipo de agresión solo encontramos diferen-

Tabla 1 Descripción de las características del total de las agresiones

Descripción de las características del total de las agresiones (n = 74)

<i>Preconfinamiento (febrero 2019-14 marzo 2020)</i>	36 (48,64%)
<i>Posconfinamiento (15 marzo 2020-febrero 2021)</i>	38 (51,35%)
<i>Mediana</i>	1 año (1-11)
<i>Sexo</i>	
Hombres	36 (48,64%)
Mujeres	38 (51,35%)
<i>Sexuales</i>	13 (17,56%)
<i>Negligencias</i>	1 (1,35%)
<i>Físicas</i>	60 (81,08%)
<i>Ingreso</i>	11 (14,86%)

[☆] Ha sido presentado como comunicación oral en el II Congreso digital de la AEP del 3 al 5 de junio de 2021 con el título de Cambios en las características del maltrato infantil durante la pandemia por SARS-Cov2 y firmada por los siguientes autores: Maite Bayón Cabanes, Blanca Cano Sánchez De Tembleque, Elena Oyaga De Frutos, Ruth Púa Torrejón, María Jesús Ceñal González Fierro, Sara Chinchilla Langeber.

Tabla 2 Descripción de los tipos de agresiones preconfinamiento y posconfinamiento

Agresiones	Preconfinamiento (febrero 2019-14 marzo 2020) (n = 36)	Posconfinamiento (15 marzo 2020-febrero 2021) (n = 38)	p
<i>Edad, años</i> ^a	13 (6-14,2)	10,50 (7-15,2)	0,59
<i>Sexo</i>			0,90
Hombres	17 (44,7%)	21 (55,3%)	
Mujeres	19 (50,0%)	17 (44,7%)	
<i>Nacionalidad víctima</i>			0,66
Española	29 (80,55%)	30 (78,9%)	
Marroquí	2 (5,55%)	3 (7,89%)	
Venezolana	1 (2,77%)	3 (7,89%)	
EE. UU.	1 (2,77%)	0 (0%)	
República Dominicana	1 (2,77%)	0 (0%)	
China	1 (2,77%)	0 (0%)	
Guineana	1 (2,77%)	0 (0%)	
Ucraniana	0 (0%)	1 (2,6%)	
Desconocida	0 (0%)	1 (2,6%)	
<i>Nacionalidad padres</i>			0,05
Desconocida	19 (52,77%)	10 (26,32%)	
Española	13 (36,11%)	19 (50%)	
Venezolana	1 (2,7%)	4 (10,52%)	
Marroquí	2 (5,5%)	2 (5,26%)	
Guineana	1 (2,7%)	1 (2,6%)	
Ecuatoriana	0 (0%)	1 (2,6%)	
Boliviana	0 (0%)	1 (2,6%)	
<i>Agresor</i>			<0,001
Ajeno	23 (63,88%)	21 (55,26%)	
Entorno familiar	8 (22,22%)	15 (39,47%)	
Madre	3 (37,5%)	7 (46,66%)	
Padre	4 (50%)	2 (20%)	
Hermano	1 (12,5%)	2 (13,33%)	
Pareja del progenitor	0 (0%)	2 (13,33%)	
Abuelo	0 (0%)	1 (6,66%)	
Pareja	0 (0%)	2 (13,33%)	
Varios	0 (0%)	1 (6,66%)	
Desconocido	5 (13,88%)	0 (0%)	
Ingreso	2 (5,55%)	9 (23,68%)	
<i>Físicas</i>	29 (80,55%)	31 (81,57%)	0,02
<i>Edad, años</i> ^a	13 (6-14,7)	10,50 (7-15,2)	0,38
<i>Sexo</i>			0,62
Hombres	15 (51,7%)	20 (64,51%)	
Mujeres	14 (48,27%)	11 (35,48%)	
<i>Nacionalidad víctima</i>			0,27
Española	25 (86,20%)	26 (83,87%)	
Venezolana	1 (3,44%)	1 (3,22%)	
Marroquí	0 (0%)	0 (0%)	
China	1 (3,44%)	0 (0%)	
Estadounidense	1 (3,44%)	0 (0%)	
Ecuatoriana	0 (0%)	0 (0%)	
República Dominicana	1 (3,44%)	0 (0%)	
Ucraniana	0 (0%)	1 (3,22%)	
No se tienen datos	0 (0%)	1 (3,22%)	
<i>Nacionalidad padres</i>			0,32
Española	9 (31,03%)	17 (54,83%)	
Venezolana	1 (3,44%)	0 (0%)	
Marroquí	0 (0%)	0 (0%)	
China	0 (0%)	0 (0%)	
Estadounidense	0 (0%)	0 (0%)	

Tabla 2 (continuación)

Agresiones	Preconfinamiento (febrero 2019-14 marzo 2020) (n = 36)	Posconfinamiento (15 marzo 2020-febrero 2021) (n = 38)	p
Ecuatoriana	0 (0%)	1 (3,20%)	
República Dominicana	0 (0%)	0 (0%)	
Ucraniana	0 (0%)	0 (0%)	
No se tienen datos	19 (65,51%)	10 (32,25%)	
Agresor			<0,001
Madre	2 (6,9%)	7 (22,58%)	
Padre	4 (13,79%)	1 (3,22%)	
Pareja	0 (0%)	1 (3,22%)	
Pareja paterna	0 (0%)	2 (6,45%)	
Abuelo	0 (0%)	1 (3,22%)	
Otros	23 (79,3%)	19 (61,29%)	
Ingreso	1 (2,7%)	7 (21,05%)	0,55
Sexuales	6 (16,66%)	7 (18,42%)	
Edad, años	5 (5-8) ^a	7,46±3 ^b	
Sexo			0,28
Hombres	1 (16,66%)	1 (14,28%)	
Mujeres	5 (83,33%)	6 (85,71%)	
Nacionalidad víctima			1,00
Española	4 (66,6%)	14 (57,14%)	
Marroquí	1 (16,6%)	1 (14,28%)	
Guinea Ecuatorial	1 (16,6%)	0 (0%)	
Venezolana	0 (0%)	2 (28,57%)	
Nacionalidad padres			0,40
Española	4 (66,6%)	2 (28,57%)	
Marroquí	1 (16,6%)	1 (14,28%)	
Guinea Ecuatorial	1 (16,6%)	1 (14,28%)	
Venezolana	0 (0%)	2 (28,57%)	
Nigeriana	0 (0%)	1 (14,28%)	
Agresor			1,00
Desconocido	5 (83,33%)	0 (0%)	
Padre y abuelo	1 (16,66%)	0 (0%)	
Ajenos	0 (0%)	2 (28,57%)	
Hermano	0 (0%)	2 (28,57%)	
Padre	0 (0%)	1 (14,28%)	
Pareja de la madre	0 (0%)	1 (14,28%)	
Pareja	0 (0%)	1 (14,28%)	
Ingreso	1 (16,66%)	2 (28,57%)	1,00
Negligencias	1 (2,7%)	0 (0%)	

^a Valores expresados como mediana (rango intercuartílico).

^b Valores expresados como media (desviación típica).

cias en el cambio de patrón del agresor en el MI físico, probablemente por el tamaño muestral. El confinamiento domiciliario parece aumentar tanto las agresiones físicas como sexuales a menores por parte de los familiares, siendo más severas y requiriendo la hospitalización del paciente con mayor frecuencia. Los menores son personas vulnerables a las crisis y, aunque los efectos en la morbilidad en cuanto a la infección por SARS-CoV-2 son menores en ellos, las consecuencias de la pandemia y del confinamiento podrían repercutir negativamente, dejando secuelas de por vida³. La pandemia ha puesto de manifiesto la ausencia de un enfoque de salud pública multidisciplinar, así como el déficit de programas de detección precoz, el acceso a estos (de ahí que hayamos detectado menos negligencias) y la

falta de prevención en materia social y psiquiátrica. Además, debido al aumento de los casos, probablemente nos hayamos sensibilizado más y, por tanto, denunciado más. Consideramos que muchas de las variables estudiadas arrojarían más información y relevancia clínica si se realizaran registros de MI en todas las áreas y niveles de salud e hicieran estudios de mayor envergadura, por lo que hacemos un llamamiento a la comunidad científica a estudiar los aspectos comentados.

Bibliografía

1. Naito H, Nitta K, Kakiuchi Y. Risk factors of self-reported physical child abuse during the COVID-19 pandemic in Japan: work-related

- changes in men and fear of COVID-19 in women. PeerJ [Internet]. 2023;11:e15346 [consultado 8 May 2023]. Disponible en: <https://peerj.com/articles/15346>
2. Lawson M, Piel MH, Simon M. Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. *Child Abuse Negl.* 2020 Dec 1;110 Pt 2:104709.
 3. Trucco EM, Fava NM, Villar MG, Kumar M, Sutherland MT. Social Isolation During the COVID-19 Pandemic Impacts the Link between Child Abuse and Adolescent Internalizing Problems. *J Youth Adolesc.* 2023 Jun 1;52:1313–24.
 4. Seddighi H, Salmani I, Javadi MH, Seddighi S. Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2021 Jan;22:176–85, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838019835973>. Epub 2019 Mar 13. PMID: 30866745.
 5. Côté-Corriveau G, Luu TM, Lewin A, Brousseau É, Ayoub A, Blaser C, et al. Hospitalization for child maltreatment and other types of injury during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* 2023 Jun 1;140:106186.
 6. Gilchrist SA, Stanfield J, Tan MAM, Hicks RC, Urevick A, Cabbage T, et al. Changes in Pediatric Non-accidental Trauma Emergency Department Visits During and Following the COVID-19 Lockdown. *Am Surg.* 2023. Online ahead of print.

Sara Chinchilla Langeber*
y Maite Bayón Cabanes

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: s.chinchillalangeber@gmail.com
(S. Chinchilla Langeber).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.004>
1695-4033/

© 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Identificación del paciente crónico complejo. Validación de la escala PedCom y traducción a lengua inglesa



Identification of the complex chronic patient: PedCom Scale validation and English translation

Sra. Editora,

El desarrollo de la especialidad pediátrica ha permitido que aumente la supervivencia de pacientes con enfermedades y condiciones crónicas complejas (CCC)¹. Dentro de este grupo encontramos a quienes denominamos pacientes o niños crónicos complejos (PCC); un subgrupo para el que no existe una definición consensuada, con mayor vulnerabilidad y dependencia. Sin embargo, para su adecuada asistencia, es necesaria una correcta identificación de los mismos^{2,3}.

En 2022, se publicó un estudio donde se presentaba la primera versión de una escala (PedCom) enfocada en la identificación de los PCC². Tras su publicación, se objetivan problemas de comprensión de varios ítems y la necesidad de incluir nuevos dispositivos; por lo que se decide realizar una revisión de la escala, actualizándola y procediendo a su validación. Además, se propone efectuar su traducción a lengua inglesa para favorecer su difusión internacional.

El estudio se desarrolló en un centro pediátrico de tercer nivel que dispone de una Unidad de Paciente Crónico Complejo y Cuidados Paliativos Pediátricos, contando con la aprobación del Comité Ético de Investigación Provincial. Se siguieron los criterios de inclusión y exclusión de la versión piloto². Se revisó el instrumento y se aplicaron las recomendaciones del grupo de Clark et al. respecto al desarrollo de escalas⁴.

Para la validación, se realizaron los mismos pasos que en el estudio piloto². Para el tamaño muestral se contó con un mínimo de cinco pacientes por ítem a evaluar. Se calculó la razón de validez de contenido (RVC > 0,58),

el índice de validez de contenido global (IVC > 0,58), la consistencia interna (alfa-Cronbach 0,7-0,9), la concordancia intra e interobservador y el punto de corte mediante curva *receiver-operating-characteristic* (ROC). También se efectuó una comparativa de los pacientes clasificados por la escala como crónicos complejos y los diagnósticos recogidos en el «*Pediatric complex condition classification system version 2*»⁵.

Dos traductores titulados realizaron la traducción de la escala de forma independiente llegándose a una versión única por consenso. Posteriormente, se hizo una traducción inversa.

Tras la primera revisión, se obtuvo una versión de 11 apartados con 47 ítems; esto conllevó una pérdida de consistencia interna, por lo que se reescribieron y agruparon ítems como los sistemas de ventilación, vesicostomía, ureterostomía y sondaje vesical; la diálisis peritoneal y hemodiálisis o el tipo de centro educativo. Se modificó la puntuación de ítems como medicación de administración hospitalaria y domiciliaria, marcapasos, ileostomía/colostomía, diálisis o hemodiálisis y esperanza de vida. También se eliminó el apartado de hospitalizaciones.

Tras las modificaciones, se obtuvo una versión final de 10 apartados y 42 ítems con ICV global de 0,92. En la [tabla 1](#) se puede consultar la escala final validada. Se calculó un tamaño muestral de 210 pacientes, incluyéndose finalmente 350 participantes.

El valor de alfa-Cronbach fue de 0,73. El coeficiente de correlación intraclase para el estudio *test-retest* con un modelo de efectos mixtos de dos factores fue 0,997 (intervalo de confianza [IC] 95%, 0,996-0,997). Para la concordancia interobservador se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0,995 (IC 95%, 0,994-0,996) con un modelo de efectos aleatorios de dos factores.

El punto de corte para considerar a un paciente como crónico complejo se estableció en 6,5 puntos. Se obtuvo una sensibilidad de 96% y especificidad de 97% con valor predictivo positivo de 97% y negativo de 96%. El coeficiente kappa-cohen para el *test-retest* fue 0,966 ($p < 0,01$) y para el estudio interobservador 0,954 ($p < 0,01$).