



**XL CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA PREVENTIVA
PARA MÉDICOS 2024-2025**

Trabajo final de curso

**Maltrato infantil: Revisión de la literatura y plan de acción desde el punto de vista del
Puericultor**

Autora: Dra. Ximena Gutiérrez Mercado

ÍNDICE

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
3. Antecedentes históricos.....	3
4. Epidemiología.....	5
5. Clasificación y diagnóstico.....	6
5.1 Maltrato físico.....	6
5.2 Maltrato psicológico o emocional.....	11
5.3 Negligencia.....	13
5.4 Abandono.....	16
5.5 Abuso sexual infantil (ASI).....	17
6. Consecuencias del maltrato infantil.....	22
7. Plan de acción desde el punto de vista del puericultor.....	23
8. Discusión.....	25
9. Conclusiones.....	27
10. Referencias bibliográficas.....	28

Introducción

El maltrato infantil, a pesar de ser un tema al que se le dio poca importancia en épocas pasadas, es una de las situaciones más alarmantes en el mundo, ya que cada vez se ha relacionado más con futuros violentos y desenlaces fatales para quienes lo sufren y quienes les rodean y, por desgracia, son precisamente quienes lo viven, los que menos oportunidad tienen de identificarlo y de protegerse.

Hay diversidad en las definiciones que se han formado a lo largo del tiempo, en una propuesta de definición realizada en el Instituto Nacional de Pediatría (México) se ha empleado desde 2001 la que señala “Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica”¹, para su tiempo una definición completa, sin embargo como sociedad que evoluciona y genera nuevas tecnologías, se debe tomar en cuenta una definición que incluya también la violencia a través del internet y redes sociales (ciberviolencia), y cualquier otro tipo de agresión que de forma indirecta afecte la vida y desarrollo óptimo del niño, por ejemplo, la violencia que rodea un círculo familiar entre padres u otros miembros del entorno del niño, así como la exposición a pornografía, sustancias ilegales y mutilación en algunas culturas ².

Las implicaciones y consecuencias del maltrato infantil son diversas y cada vez más identificadas, algunas de ellas mortales, aunque en su mayoría afectan la salud física, mental, sexual y el papel que los niños van a tener en el futuro en la sociedad y las relaciones personales.

En cuanto a las implicaciones físicas, se pueden mencionar las discapacidades y secuelas de traumatismos, alteraciones o trastornos funcionales, de la mano las consecuencias de tipo sexuales y reproductivas, entre las cuales se encuentran las infecciones de transmisión sexual, los embarazos adolescentes no planeados y los riesgos que éstos conllevan. ^{1,2}

La salud mental es probablemente la más afectada, a corto plazo por ejemplo con el estrés postraumático y posteriormente con otros trastornos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria y problemas con las relaciones interpersonales y del desempeño cognitivo y académico. ^{1,2}

Más adelante en el apartado de “Consecuencias del maltrato infantil” se desarrollarán las mismas de forma más detallada y específica por grupos de edad.

Gran parte de las ocasiones los niños viven distintos tipos de maltrato de forma simultánea, por lo que como pediatras y puericultores debemos reconocer e individualizar cada caso según sea necesario para actuar de forma pertinente.

El puericultor, al ser un compañero de vida del niño, es quien, junto a sus padres y profesores, debe estar siempre enfocado en la tarea de prevención, e identificar los aspectos sociales en la vida de un niño que pueden significar una bandera roja para alarmar sobre un posible caso de maltrato.

Objetivos

Objetivo general

Conocer y describir los tipos de maltrato infantil y el papel y perspectiva del puericultor en estos casos.

Objetivos específicos

- Mencionar las consecuencias del maltrato infantil y sus tipos.
- Identificar la importancia e impacto del maltrato infantil en la vida personal de las víctimas y la sociedad.
- Describir el plan de acción del puericultor ante el maltrato infantil para su manejo y prevención.

Antecedentes históricos

Como se comentó al inicio de este texto, el maltrato infantil no era un tema primordial en el pasado, los abusos en general se normalizaban o se disfrazaban de métodos educativos de tiempos pasados, sin embargo hay algunos antecedentes de personas que intentaron definirlo y estudiarlo.

Una de las primeras culturas que intentaron darle importancia al tema, fueron los griegos al mencionar la importancia de cuidar a los niños, y posteriormente, en Roma, Constantino “el Grande” impuso una sanción para aquellos padres y hermanos mayores que vendieran o mataran a un menor “sin justificación”.^{3,4}

Más adelante conforme fueron avanzando los tiempos, aparecieron más personajes y entidades. Los ingleses fueron los primeros en crear una institución en el siglo XIX, conocida como la Sociedad inglesa para la prevención de la crueldad contra los niños y, más adelante en 1924 fue redactada la Declaración de Ginebra, conocida como la Carta de la Unión Internacional de Socorro de los Niños. Unos años más tarde en 1948, la Organización de las Naciones Unidas instauró la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en 1959 se aprobó la Declaración Universal de los Derechos del Niño, con el fin de lograr una infancia feliz y el reconocimiento de sus derechos y menciona “El niño es reconocido universalmente como un ser humano que debe ser capaz de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad”, entre los derechos y libertades figuran los mencionados en la tabla 1.^{4,5}

Tabla 1. Derechos y libertades de las niñas y los niños.
1. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad.
2. Derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social.
3. Derecho a un nombre y a una nacionalidad desde nacimiento.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.
5. Derecho a una educación y a un tratamiento especial para aquellos que sufren una discapacidad mental o física.
6. Derecho a la comprensión y al amor de los padres y de la sociedad.
7. Derecho a actividades recreativas y educación gratuita.
8. Derecho a estar entre los primeros en recibir ayuda en cualquier circunstancia.
9. Derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación.
10. Derecho a ser criado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos y hermandad universal.

Basada en los textos Loredó-Abdalá A, Arciniega RR, Arias-González MT. Maltrato infantil: aspectos jurídicos en México.⁴ Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño.⁵

En 1962, Henry Kempe, pediatra, acuñó el término "Síndrome del Niño Apaleado" que más tarde se iría transformando a "Síndrome del Niño maltratado" o como se conoce en honor a quien lo nombró "Síndrome de Kempe", que también busca discreción y la no revictimización al mencionar la palabra maltrato. La palabra "síndrome" busca englobar a esta entidad clínica con sus distintas formas de presentación.⁶

Particularmente México, se ha apegado e integrado a los protocolos internacionales de la ONU y en la ley suprema del país, que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 1 y 4 se establecen los puntos esenciales que reconocen a los niños como personas titulares de derechos y libertades y, el deber de los padres y tutores de salvaguardar sus necesidades y su salud en todos los ámbitos.

En 2014 se expidió la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en la que el capítulo ocho incluye el derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal, para garantizar que se ejerza y regule por el Estado dicha responsabilidad será aplicado el código penal de nuestro país para quien no lo respete, la última reforma a esta ley fue en Diciembre del 2024.^{4,9}

Epidemiología

Según la sección de datos y cifras sobre maltrato infantil publicado por la OMS en Noviembre de 2024, seis de cada 10 menores de 5 años (aproximadamente 400 millones) sufren regularmente castigos corporales o violencia psicológica por parte de sus cuidadores o progenitores. Una de cada 5 mujeres y uno de cada siete hombres sufrieron abusos sexuales durante la infancia.⁷

Una tercera parte de los estudiantes de entre 11 y 15 años han sido intimidados por sus pares y 120 millones de mujeres menores de 20 años han tenido algún contacto sexual contra su voluntad. Uno de cada tres niños sufre por violencia emocional y uno de cada cuatro vive con una madre que sufre violencia por parte de su pareja.²

En un estudio publicado en 2019 en Madrid, España; el tipo de maltrato infantil más frecuente que causó hospitalización en el servicio de urgencias fue el físico (40.3%), el grupo más frecuentemente afectado fue el de 1-5 años (mediana de 4.3 años), en niñas el abuso sexual fue el más frecuente. Durante el periodo de estudio 7 de cada 100,000 visitas al área de urgencias fueron consideradas maltrato, sin embargo el 57.2% de las consultas fueron por otro motivo distinto al maltrato.⁸

En 2020 los casos confirmados en Estados Unidos, se cuantificaron en 76.1% negligencia, 16.5% abuso físico, 9.4% abuso sexual y 0.2% tráfico sexual, se observó que a menor edad mayor riesgo y vulnerabilidad tienen.¹⁰

Es vital mencionar que algunos tipos de maltrato infantil, como el emocional, la negligencia y el maltrato fetal son muy difíciles de incluir de forma fidedigna en la epidemiología, ya que están infradiagnosticados y muchos de los casos son pasados por alto.

Es también importantísimo recordar que, como en todos los aspectos de la vida, siempre hay grupos o minorías más susceptibles. El maltrato infantil puede aquejar a cualquier niño, pero se debe considerar que menores con ciertas condiciones como enfermedades crónicas, retraso mental y discapacidades (visuales, verbales, motoras, etc) son un blanco más frecuente de abuso.

Clasificación y diagnóstico de maltrato infantil

Con el fin de que este texto sea de mayor utilidad, se dividirá por subtemas cada tipo de maltrato infantil, se incluirán definiciones y datos de alarma que nos hagan sospechar de cada uno, para así poder identificarlos y realizar el diagnóstico oportuno.

Además de las señales y signos de cada tipo de maltrato es vital que en cada paciente, el puericultor realice una historia clínica completa, haciendo énfasis en los antecedentes familiares y el contexto social. En caso de contar con traumatismos o heridas (sean recientes o no) deberán ser explicados a detalle los mecanismos de la lesión. Aunado a la historia clínica se deberá realizar una exploración física completa; en la búsqueda de lesiones o signos que deben ser descritos lo más detallado posible en dicho apartado, no olvidando la revisión de fondo de ojo (fundamental para el diagnóstico de síndrome del niño sacudido), además de analizar estudios de imagen y laboratorio complementarios.¹¹

Maltrato físico

Cualquier acto no accidental de agresión que incluye daño físico o traumatismos a un niño, por ejemplo, golpes, empujones o incluso el uso de objetos o sustancias irritantes para causarle lesiones, ya sean internas, externas o ambas.^{11,12}

En el siguiente cuadro podemos encontrar un resumen de los signos sugerentes de maltrato físico:

Tabla 2. Signos sugerentes de maltrato físico
Hematomas, equimosis (en cualquier estadio de evolución) o áreas de eritema en cualquier parte del cuerpo.
Cicatrices en distintas fases de evolución.
Marcas o huellas de objetos como cables, cinturón o cualquier objeto.
Luxaciones y fracturas recurrentes o inexplicables.
Mordeduras humanas.
Trauma ocular (hemorragias en retina, sugerentes de síndrome del niño sacudido).
Traumatismo craneoencefálico.
Cualquier lesión cuya cinemática del trauma no corresponda al tipo de lesión y gravedad.
Demora en búsqueda de la atención médica.

Modificada de Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil.¹¹ Andrade JR, Platt VB, Honicky M. Reports of Maltreatment in a Children's Hospital: Evaluation of the Epidemiological Profile and Its Relationship with the Outcome in Fractures.¹⁴

Como médicos puericultores sabemos que está en la naturaleza de los niños explorar, jugar y conocer, por lo que con frecuencia pueden estar expuestos a golpes o caídas accidentales, sin embargo, la señal más importante para distinguir un suceso accidental del maltrato infantil es prestar atención a las versiones que el cuidador da sobre el mecanismo del trauma, por lo que, un traumatismo que no justifica la gravedad de la lesión o que no es acorde a la cinemática (por ejemplo, las fracturas en espiral), deberán ser objeto de un interrogatorio más detallado.

Fracturas en maltrato infantil

Después de las lesiones cutáneas (equimosis, mordeduras, quemaduras, etc.), la segunda lesión más común que se detecta en los niños víctimas de maltrato físico son las fracturas; la mitad de estos casos ocurren en el primer año de vida y, un tercio más antes de los tres años de edad.^{13,14}

Como ya se ha mencionado, es importante prestar atención en el relato y explicaciones que dan los padres para justificar las lesiones en un menor y en caso de que sea sospechoso o no concuerde el mecanismo se deberá explorar el caso más a fondo.

Ante un caso sospechoso de maltrato físico, además de la anamnesis y exploración física completa, se deberán realizar estudios de imagen en búsqueda de fracturas ya consolidadas o antiguas y lesiones que no se vean de forma externa. En la siguiente tabla se mencionan las radiografías sugeridas, siempre recordando en la medida de lo posible limitar la radiación en niños a áreas de mayor interés y sospecha, además de usar la protección gonadal y tiroidea para minimizar los riesgos.^{13, 14}

Tabla 3. Serie de radiografías sugeridas ante la sospecha de maltrato físico infantil
Anteroposterior (AP) y lateral del cráneo
Lateral de columna cervical y lumbosacra
AP, lateral, oblicua derecha e izquierda de Tórax
AP de abdomen y pelvis
AP de húmero y antebrazos (incluir codos y muñecas)
AP de fémures y tibias (incluir rodillas y tobillos)
AP de ambos pies

Basada en el texto: Andrade JR, Platt VB, Honicky M. Reports of Maltreatment in a Children's Hospital: Evaluation of the Epidemiological Profile and Its Relationship with the Outcome in Fractures¹⁴

Un ejemplo claro de la importancia de considerar la edad, son las fracturas tibiales, que son sospechosas de maltrato en niños preambulatorios y pueden ser accidentales en niños que ya caminan.¹⁴

Algunas otras lesiones y fracturas más frecuentemente encontradas en estos casos, se abordarán en el siguiente subtema.

Síndrome del niño sacudido (Shaken baby)

En literaturas más actuales se le menciona como "traumatismo craneoencefálico por maltrato", con dicho término se pueden englobar otras cinemáticas de trauma, sin embargo,

se aborda de una manera muy similar. Afecta principalmente a lactantes de entre cuatro y seis meses de vida y se describe como "fatal" los primeros dos meses de edad. En 1946 se asoció por primera vez que las sacudidas eran causa de lesión esquelética y cerebrovascular en bebés maltratados. Actualmente el mecanismo de sacudida es el más común pero no el único para este tipo de lesiones, por lo que se acuñó el término de traumatismo craneoencefálico por maltrato para una clasificación más global.¹⁵

El mecanismo de la sacudida es, como algunos autores lo refieren, comparable a un accidente automovilístico de alta velocidad en cuanto a intensidad, en el que la cabeza del niño, tomado por el torso en la región costal, es sacudida en hiperflexión e hiperextensión de forma violenta y repetida. Debido a las diferencias entre un adulto y un lactante, el daño es fatal. Estas diferencias en los bebés incluyen una cabeza más grande en relación con el cuerpo, por lo tanto más voluminosa y pesada, además de la incapacidad para el sostén cefálico y la inmadurez del tejido cerebral, resultando en dos consecuencias principales, la primera, la ruptura de las venas puente resultando en un hematoma subdural multifocal y la segunda, que ocurre ocasionalmente por disfunción de los centros regulatorios de la respiración y la frecuencia cardíaca, induciendo lesiones hipóxicas o anóxicas irreversibles con secuelas de por vida.¹⁶

Otras características que se pueden encontrar pero no son específicas de este tipo de maltrato físico, son fracturas de huesos largos (puede que ya estén consolidadas), fracturas costales paravertebrales y fracturas metafisiarias del húmero, ambas ocasionadas por las sacudidas. Es importante en estos pacientes realizar una exploración neurológica completa que incluya revisión de fondo de ojo (en búsqueda de hemorragias retinianas). Previamente las fracturas costales y la presencia de hemorragias retiniana y cerebral eran conocidas como la triada clásica, sin embargo no es tan usual encontrar las tres al mismo tiempo.^{15, 16}

Además de una historia clínica completa, exploración física con enfoque neurológico y las interconsultas necesarias para la valoración integral del paciente (oftalmología, neurología, neurocirugía, apoyo del área de trabajo social), se deberán realizar como apoyo estudios de imagen como la resonancia magnética cerebral o la tomografía axial computarizada para apoyar el diagnóstico y en caso de requerirse como parte del protocolo prequirúrgico para localización del daño.^{15, 16}

Además de los estudios de imagen sugeridos en el apartado anterior, se debe prestar especial atención a las regiones costal, huesos largos y parénquima cerebral (Resonancia

magnética o tomografía computarizada), donde podríamos evidenciar fracturas antiguas o recientes en costillas y huesos largos, como ejemplo, observemos las siguientes imágenes:



Imagen 1: Radiografía frontal de tórax. Fracturas múltiples de las curvaturas costales media y posterior (flechas).

Tomada de: Branda MC, Fernández L. Child maltreatment and violence. Contributions from radiologists to a comprehensive multidisciplinary approach (13).

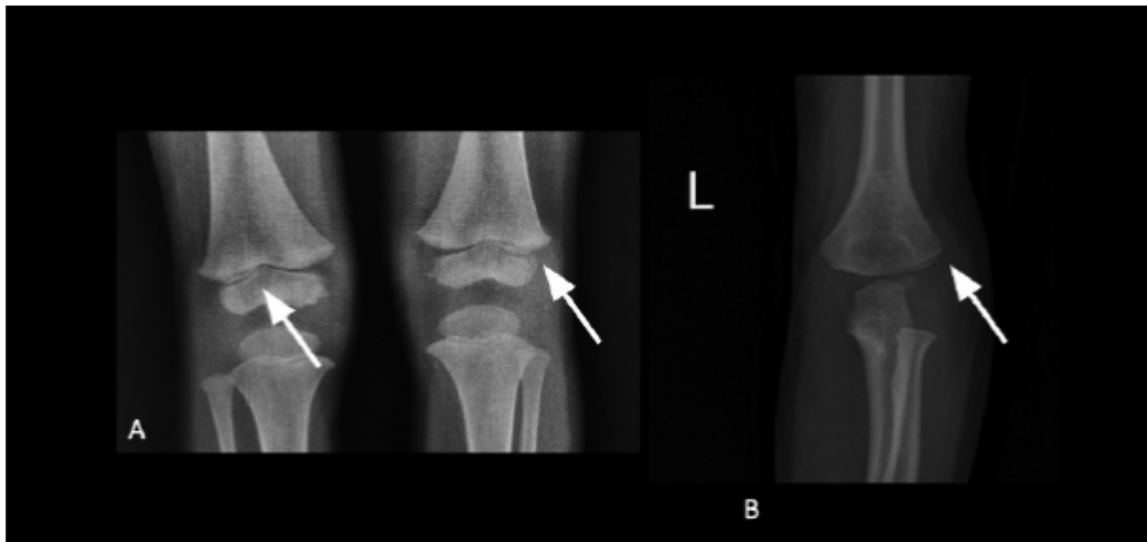


Figura 2: Radiografía frontal de ambas rodillas y codo izquierdo. Fracturas metafisiarias en asa de cubo (flechas) A: Distales al fémur B: Distales al húmero.

Tomada de: Branda MC, Fernández L. Child maltreatment and violence. Contributions from radiologists to a comprehensive multidisciplinary approach. (13)



Figura 3: Tomografía axial computarizada cerebral sin contraste. A: Hematoma subdural con desplazamiento de la línea media. B: Hemorragia subaracnoidea. Tomada de: Branda MC, Fernández L. Child maltreatment and violence. Contributions from radiologists to a comprehensive multidisciplinary approach. (13)

El pronóstico de este síndrome es en general malo, ya que además de que la mortalidad es de aproximadamente 15-38% de los casos, hasta el 65% tendrá discapacidades neurológicas como secuela.¹⁶ Es vital que además del tratamiento que requiera cada caso, el puericultor guíe y apoye al tutor para que el menor acuda a terapia de rehabilitación para recuperar en la medida de lo posible las funciones afectadas.

Maltrato psicológico o emocional

Cualquier acción u omisión, ya sea aislada o recurrente que genere alteraciones en la salud o integridad emocional o psiquiátrica, por ejemplo, decirle a un niño que no es suficiente, que es tonto, que no merece ser amado, etc.^{11,12}

El maltrato psicológico afecta a corto y mediano plazo las habilidades, autoestima, capacidad de relacionarse, confianza en sí mismos y limita el desarrollo potencial de los niños que lo sufren.¹¹

La mayoría de los datos que se tienen y mencionan en diferentes literaturas aseguran que el maltrato emocional tienen grandes efectos tanto a corto como a largo plazo, incluyendo

alteraciones en la conducta y la personalidad, que de forma inicial se pueden manifestar con timidez, baja autoestima, dificultad para las relaciones interpersonales y, más adelante, ya en la etapa escolar se vuelve más evidente, además afectando también su desempeño académico e incluso propiciando ambientes peligrosos como la delincuencia o trastornos por abuso de sustancias ilícitas.¹⁰

Dentro de los tipos de maltrato infantil que se reconocen, la violencia emocional es probablemente la más difícil de reconocer, por lo que en la mayorías de las ocasiones no se logra diagnosticar o evidenciar, ya que ésta no genera lesiones físicas. No hay una definición operacional universal exacta que la diferencie de la crianza deficiente y, muy importante, aún hay la creencia de que esta forma de violencia no genera repercusiones severas y en muchas ocasiones ni siquiera se reconoce como algo alarmante y peor aún, hay gente que aún normaliza y fomenta este tipo de agresiones.¹⁷

Tabla 4. Ejemplos de conductas o frases que fomentan el maltrato emocional
Menospreciar, humillar o amenazar
Castigos o "disciplinas" excesivas (incluso sin llegar al maltrato físico)
Llevarle con nombres que podrían lastimarlo (inútil, estúpido)
Amenazar con dañar algo que es importante para él (su objeto favorito, lastimar/regalar a su mascota).
Exposición a violencia doméstica aunque no sea de forma directa.

Basada en el texto Saucedo-García JM, Maldonado-Durán JM. El abuso psicológico al niño en la familia.¹⁷

Como ya se mencionó, resulta sumamente complejo identificar este tipo de maltrato, por lo que se presenta a continuación una tabla con sus principales indicadores, sin olvidar que la parte más importante será siempre realizar un interrogatorio completo a los padres, analizando el contexto social y familiar para lograr detectar y actuar a tiempo.

Tabla 5. Indicadores de maltrato emocional en niños
Retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual
Cansancio
Somatizaciones
Problemas de lenguaje

Fobias
Autoestima baja
Sentimientos de miedo e ira
Tristeza/Depresión

Finalmente es vital que al identificarlo podamos sugerir un seguimiento psicológico y de guía para la crianza dirigido a los padres o cuidadores, así como contención al niño para minimizar daños tanto inmediatos como futuros y romper con el ciclo de violencia y así evitar que en un futuro, sea el propio niño quien lo perpetúe.

Negligencia

También conocida como "descuido", es la forma más frecuente de maltrato infantil, incluye cualquier conducta en la que el padre o cuidador (cuando se encuentra en condiciones de hacerlo), no vele por la salud, educación, nutrición, vivienda, bienestar emocional y condiciones seguras de vida, generando consecuencias como desnutrición, detención del crecimiento, enfermedades múltiples e incluso la muerte.^{11, 12}

La negligencia se puede ver de muchas formas y en muchos contextos, por lo que se puede clasificar de la siguiente manera:

Tabla 6. Tipos de negligencia en el maltrato infantil

Tipo de negligencia	Definición y ejemplificación
Física	No proporcionar alimentos, ropa, refugio, seguridad física o cualquier condición que pueda evitar que el niño se mantenga saludable y seguro.
Emocional	Falta de amor, afecto, consuelo y apoyo para que se sientan protegidos y seguros.
Médica	Falta de controles periódicos con el médico, no buscar atención médica cuando lo requieren (ya sea o no de urgencia), no darles los medicamentos que requieren o los cuidados que requieren si tienen alguna enfermedad aguda o crónica.
Educativa	No ofrecer escolarización regular.
En la supervisión	No vigilar a los niños ni protegerlos de peligros del hogar, en la escuela, o en sus alrededores.

Basada en el texto Stirling J, Gavril A. Entender el abuso y la negligencia infantil: explicación de la política de la AAP.¹⁸

De igual forma, vale la pena recordar que las consecuencias de la negligencia pueden llegar a ser mucho más graves mientras menor o más dependiente sea el niño, por ejemplo, los recién nacidos y lactantes podrían sufrir de hipoglucemia, alteraciones electrolíticas o incluso la muerte si no son alimentados de forma regular y, en un contexto distinto, un niño de la edad que sea que esté diagnosticado con alguna enfermedad crónica, si no recibe su tratamiento en tiempo y forma podría tener consecuencias fatales.

Dado lo anterior es de suma importancia analizar el contexto de cada niño e individualizar su caso, recordando que también se debe evitar la criminalización de los cuidadores y ser conscientes del contexto social y personal en el que se encuentran, ya que la mayoría de las veces no son negligentes de forma consciente, sino que por carencia de recursos económicos, tiempo, experiencia como padres o tutores y ausencia de redes de apoyo, pueden ocasionar descuidos. Como médicos puericultores, tenemos la responsabilidad de analizar y servir como guía y apoyo para generar un plan de acción que evite que se perpetúen. Se presentan en la siguiente tabla, de forma más detallada, factores de riesgo que contribuyen a la negligencia.

Tabla 7. Factores de riesgo que contribuyen a la negligencia

Derivados del entorno	Pobreza socioeconómica: dificultad económica por parte de los padres para proporcionar un entorno seguro y cubrir las necesidades básicas de los niños. Ejemplo: alimentos, ropa, dentista, lentes, material escolar, computadora, internet, eventos recreativos, transporte.
	Diferencias culturales: Las formas de crianza pueden cambiar según la comunidad o grupo étnico, como las responsabilidades y roles que se asignan por edad y género, así como métodos de disciplina y educativos, además puede haber desconocimiento o poco alcance a recursos por barreras geográficas y lingüísticas.
Derivados de circunstancias familiares	Adicciones en los padres o cuidadores: Alto potencial de negligencia parental. Puede ocurrir incluso desde antes del nacimiento (maltrato fetal), el menor tiene mayor riesgo de problemas sociales, psicológicos y conductuales. Generalmente los padres temen a ser sancionados o que les quiten la tutela, por lo que tardan mucho en buscar ayuda. Frecuentemente ocurre un fenómeno llamado "parentalización de los hijos" en el que los hijos mayores se ven obligados a cuidar de sus hermanos.
	Divorcio de los padres: Conlleva alteraciones emocionales en los padres, que pueden llegar a afectar su capacidad para satisfacer las necesidades emocionales de los hijos. Suele haber falta de coordinación y problemas para comunicarse y tomar decisiones respecto a los niños, aunado a la reorganización de vivienda, esto provoca que no reciban la atención que requieren, además del impacto emocional y sensación de abandono que

	recae en ellos por la separación del núcleo familiar.
	Inmadurez parental: Falta de madurez emocional, psicológica y conciencia social en los padres, otorgan solamente cuidados destinados a la supervivencia. Presentan dificultades en la toma de decisiones y para priorizar las necesidades de los hijos sobre las propias, además constantemente experimentan estrés y cambios de humor, por lo que no proporcionan un ambiente emocional seguro y estable.
	Sobreprotección y falta de límites: Los padres intervienen y tratan de controlar las acciones y entorno de los niños con protección exagerada que evita que vivan experiencias esenciales para su crecimiento, autonomía, resiliencia y toma de decisiones. Generalmente se vuelven personas inseguras de sí mismas e incapaces de resolver problemas, incluso cotidianos. En el caso de los padres que son sumamente permisivos y no definen reglas, crían niños que en el futuro ignoran las necesidades y preferencias de los demás, desde muy temprana edad deciden qué comer, dónde estar, qué actividades realizar, sin restricciones aún si éstas no son convenientes o son perjudiciales.
	Familias monoparentales: La responsabilidad de la crianza y la falta de apoyo por uno de los padres por la causa que sea, afecta la capacidad del tutor para satisfacer las necesidades de los niños. La necesidad de equilibrar el trabajo, la vida doméstica y la crianza puede resultar en el descuido de alguno de estos aspectos por falta de tiempo y energía para cumplirse, además en las familias monoparentales suele haber más riesgo de pobreza económica, con las consecuencias que ésta conlleva.
	Progenitores con discapacidad: Supone un desafío adicional a los ya mencionados, ya sea por limitaciones de movilidad, dificultades para la comunicación e interactuar o alteraciones mentales graves se ve mermada la capacidad para la crianza, aunado a que estas personas son más propensas a exclusión y discriminación.
Derivados de la salud	Discapacidad: Cualquier condición de discapacidad aumenta el estrés familiar, ya que aún en el mundo actual no existe la concientización ni el acceso a recursos y capacitación para que los niños con discapacidad sean criados acorde a sus necesidades. Los factores más asociados que dificultan el reconocimiento del maltrato infantil en este grupo son: 1. Cuidadores diferentes que cambian con frecuencia. 2. A menudo son pacientes familiarizados con el dolor pero que no saben identificar situaciones de riesgo. 3. Dificultades para comunicar lo que les molesta. 4. Estado de sumisión y dependencia.
	Enfermedad crónica: Las enfermedades crónicas como el asma, diabetes, epilepsia, autismo, problemas visuales, etc. son un factor de riesgo también reconocido para sufrir maltrato. En la mayoría de las ocasiones se debe a la poca confianza que tienen los padres en la capacidad para controlar la enfermedad de su hijo y mantenerlo a salvo, y en otras ocasiones es debido a que los padres minimizan o niegan los problemas del menor.
	Enfermedades raras: Este grupo, además de los problemas que conlleva

	una enfermedad crónica, se enfrentan a problemas sociales como la exclusión y la discriminación, presentando dificultades incluso para que les sea dado un diagnóstico.
--	---

Basado en el texto De la Torre Quiralte MLL, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap. Maltrato infantil por negligencia (más allá de lo obvio) (I): factores de riesgo del menor y de su entorno.¹⁹

Otro aspecto importante a mencionar, es que cuando detectamos un caso de negligencia es necesario realizar un abordaje completo que incluya también a los hermanos del paciente y menores que vivan con él, ya que probablemente también son afectados.¹⁹

Como médicos puericultores, lo más importante cuando se detecta este tipo de maltrato, es dar un seguimiento constante tanto al niño como a sus cuidadores, con el fin de guiarlos y empoderarlos con herramientas que les ayuden a la crianza respetuosa y en caso de que no se logre dicho objetivo, notificar a las autoridades correspondientes para salvaguardar la vida y el bienestar del menor.

Abandono

Habla del desamparo injustificado que puede poner en peligro la salud y la integridad del menor, es decir, todo acto en el que no se satisfacen las necesidades físicas y emocionales básicas.^{11, 20}

Para abordar este tipo de maltrato es imperativo iniciar comentando que tiene tanto impacto el abandono materno como el paterno; se debe mencionar que a pesar de que en la actualidad ha habido avances en cuanto a igualdad y equidad de género, la sobrecarga materna sigue siendo preocupante. Es tarea del puericultor analizar el ambiente del niño, identificando y promoviendo la participación física y emocional de ambos padres tratando de incluir siempre al padre, para que tanto mamá como papá sepan información del menor y estén enterados sobre lo más importante en su vida, como son temas escolares, de salud (citas médicas, vacunas, enfermedades que ha padecido, alergias), gustos, amistades y estar tan involucrado en la vida del menor como la madre.

Tipos de abandono

*Abandono físico: Falta de supervisión adecuada para la seguridad del niño.

*Abandono médico: Negarle al niño la atención médica y cuidados que requiera.

*Abandono educativo: Incumplimiento de leyes del estado respecto a la educación obligatoria.

*Abandono emocional: Ignorar las necesidades sociales y sentimientos del niño.²¹

Tabla 8. Señales de alarma para sospechar maltrato por abandono.
Antecedente de hijo no deseado.
Ropa inadecuada para el clima y ocasión.
Falta de atención médica y odontológica.
Desnutrición (importante analizar estado socioeconómico y presencia de enfermedades).
Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual.
Constante fatiga, sueño y hambre.
Ausencia de registro, acta de nacimiento, cartilla de vacunación.

Basada en el texto Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil.¹¹

Tanto el abandono físico como el resto de los tipos representan consecuencias graves sobre todo para el desarrollo mental y madurez emocional, la ausencia de uno o ambos padres funge directamente como un factor decisivo en la vida del niño. Como puericultores es nuestro deber dar acompañamiento tanto a padres como a hijos y constantemente actualizarnos en estos temas para poder otorgarles la información necesaria para mejorar, en la medida de lo posible, su calidad de vida, siempre prefiriendo la mejora del ambiente familiar con el apoyo de instituciones dedicadas al bienestar de la niñez y las familias, antes de recurrir a instancias legales.

Abuso sexual infantil (ASI)

Puede ser definido como cualquier exposición o contacto de tipo sexual, ya sea completado o intentado por parte de una figura de autoridad, cuidador, adulto o niño mayor (figura de poder).²² La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en su manual clínico sobre cómo responder al ASI menciona que éste incluye:

*Abuso sexual sin contacto (amenazas o acoso sexual, exhibicionismo, exposición a pornografía).

*Abuso sexual con contacto que incluye relaciones sexuales (agresión o violación sexual).

-Agresión sexual: Uso de la fuerza física o de otro tipo para intentar o lograr una penetración sexual.²³

-Violación sexual: Penetración forzada de la vulva, vagina o el ano.²³

*Abuso sexual con contacto que excluye relaciones sexuales (tocamientos, caricias inapropiadas).^{11,12,22}

El abuso sexual abarca los aspectos ya mencionados, y es considerado un problema de salud pública y violación a los derechos humanos, tanto por sus consecuencias a corto y a largo plazo, como por su naturaleza silenciosa.

A nivel mundial, entre el 3% y el 17% de los hombres y entre el 8% y 31% de mujeres han experimentado abuso sexual antes de los 18 años de edad.²⁴ La mayoría de las literaturas coinciden en que las mujeres tienen mayor riesgo y, que el lugar más frecuente donde ocurre dicho abuso es el hogar. Los perpetradores son en su mayoría hombres.²²

Es muy frecuente que los niños y niñas que son víctimas de maltrato sexual se queden callados. A menudo el abuso sexual usa la manipulación y maltrato emocional más que la violencia física, puede iniciar con palabras o conductas exhibicionistas, escalando a caricias, tocamientos y otras formas físicas, durando incluso años. A cortas edades no saben identificar lo que es correcto o incorrecto, por ejemplo, no saben que otras personas no deben tocarles los genitales, ni comprenden nada sobre la respuesta sexual, por lo que pueden normalizarlo si lo viven de forma recurrente, sobre todo tomando en cuenta que la mayoría de los casos ocurren en casa y por una persona conocida. Cuando son niños mayores o incluso adolescentes, pueden llegar a sentirse culpables y avergonzados, en algunas ocasiones el agresor los manipula o amenaza para silenciarlos.¹²

En cada país, incluso en cada ciudad, la forma de intervenir y los protocolos a seguir son distintos, pero en todos es necesario realizar una notificación médico-legal, más adelante veremos el papel del puericultor en estos casos. Al ser un tema con tanto impacto social, emocional y físico desde el momento en que ocurre y por lo general para toda la vida de quien lo sufre, es de vital importancia saber identificar los signos de sospecha para evitar que, como en muchos casos sucede, siga ocurriendo.

Tabla 9. Signos y síntomas sugerentes de abuso sexual infantil
Ropa interior manchada o rota.
Dificultad para caminar o sentarse.
Irritación, dolor, prurito o lesiones en zonas genital y/o anal.
Cuerpos extraños en la vagina o el ano (puede manifestarse como flujo vaginal fétido).

Enfermedades de transmisión sexual.
Infecciones del tracto urinario o cavidad oral.
Embarazo.
Señales de precocidad sexual.

Basada en los textos Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil.¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud.¹²

Todas las conductas fuera de lo común como aislamiento, llanto fácil, enuresis, cambio del comportamiento escolar (por ejemplo, ya no querer asistir al colegio), deben ser alertas para investigar más a fondo la situación.

Como médicos puericultores, podemos llegar a ser el primer contacto con las víctimas, siendo de suma importancia reconocer que aunque nuestro trabajo es velar siempre por el bienestar del niño, tenemos limitaciones. Es por eso que existen algoritmos y pasos a seguir y debemos siempre apoyarnos del área de trabajo social, de psicólogos especialistas en interrogatorio forense, paidopsiquiatras, ginecólogos, urgenciólogos pediatras, infectólogos y médicos legales, para así formar el equipo multidisciplinario adecuado para cada paciente.

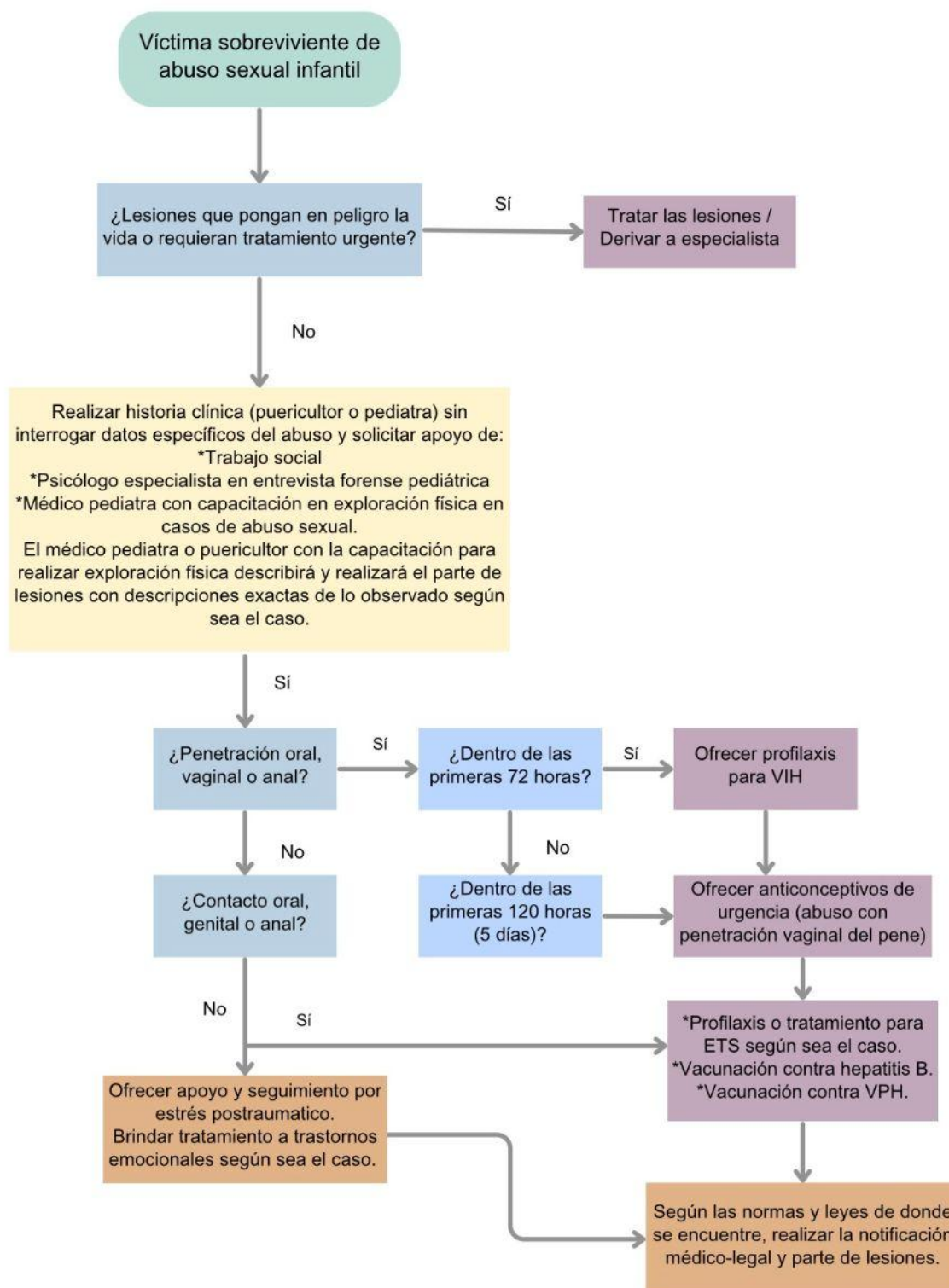
¿Qué hacer cuando acude un paciente víctima de abuso sexual?

Para que sea más útil y fácil de comprender, se presentará un algoritmo basado en distintas referencias de los pasos a seguir. (Algoritmo 1)

En la mayoría de las ocasiones, algunas partes del algoritmo podrán hacerse de forma simultánea, por ejemplo, ir realizando la notificación al ministerio público mientras se realiza la intervención por parte del psicólogo, de igual forma podría conseguirse el tratamiento profiláctico (en caso de requerirse) mientras se realiza la exploración física. Son algunos ejemplos para optimizar el tiempo, para que la víctima reciba la mejor atención lo antes posible, con el fin de que sea menos traumático y evitar la revictimización.

Dependiendo de la legislación y el lugar en donde nos encontremos, si la víctima se encuentra embarazada, se le debe ofrecer la opción de un aborto seguro, por supuesto siempre con el apoyo del servicio de ginecología y obstetricia y todo el apoyo psicológico y /o psiquiátrico que pudiera requerir a lo largo del proceso.

Algoritmo 1. Pasos a seguir por el médico puericultor y su equipo multidisciplinario ante una víctima de abuso sexual.



Basado en los textos: Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.¹¹ Cómo

responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS.²³

El manejo profiláctico que se utilice dependerá del lugar donde nos encontremos y los recursos que haya, en caso de requerirlo se dará tratamiento antibiótico para infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y sífilis (de ser posible y contar con la prueba rápida de sífilis, deberá realizarse lo antes posible junto con la de VIH). Algunas referencias recomiendan el tratamiento simplemente por la exposición al riesgo y otros mencionan que se brindará solo en caso de exudado genital u otras manifestaciones infecciosas, ambas recomendaciones aún son débiles y se requieren más estudios al respecto para recomendar una u otra.²³

En cuanto al tratamiento profiláctico postexposición para VIH, como se menciona en el algoritmo, éste será otorgado a las víctimas de abuso sexual con penetración oral, vaginal o anal con un pene tras las primeras 72 horas del incidente, el tratamiento consta de 28 días con los fármacos antiretrovirales (esquema triple es el preferido), se debe iniciar el manejo lo antes posible. Se explicarán al paciente y a sus cuidadores los riesgos y efectos adversos que puede conllevar el consumo de dichos medicamentos y se deberán llevar controles con estudios de laboratorio (al ingreso se realizará una prueba rápida de VIH si se cuenta con disponibilidad).²³

Algo que vale la pena mencionar, es que el examen físico, sobre todo la exploración de región genital y lesiones debe priorizarse como una “emergencia” urgente o no urgente, deberá realizarse de forma calmada y únicamente por un médico capacitado en estos casos específicos, previamente hablado y obtenido el consentimiento del menor.²⁵

Algunos estudios muestran que la recolección de evidencia con ADN es más significativa y útil cuando se recoge las primeras 24 horas, sin embargo ha habido hallazgos también si se realiza las primeras 72 horas, será cuestión de cada caso, en qué momento llega y con qué rapidez se puede avanzar en el proceso, siempre priorizando el bienestar de la víctima.²⁵

Aún falta homogeneizar los procedimientos y las pautas a seguir, al menos en México. El abuso sexual es un tema delicado y con muchas repercusiones tanto en la víctima como en su entorno actual y futuro, aún en la actualidad se cuenta con pocas estadísticas y poco fidedignas por muchas causas, sin embargo esa no es razón para no estudiarlo y analizarlo, ya que es esa la única manera de poder intervenir y prevenir.

Consecuencias del maltrato infantil

Cuando se quiere dimensionar la importancia de un tema, se debe reflexionar sobre las consecuencias que éste tiene en las personas, su entorno y la sociedad. El maltrato infantil es un tópico extenso y en realidad, poco hablado.

Son pocas las estadísticas confiables sobre la cantidad de menores que fueron o son víctimas de esta situación, pero las consecuencias a corto y largo plazo son verdaderamente alarmantes.

Como primer punto y para ampliar nuestra perspectiva, es de utilidad explicar la teoría polivagal, descrita por Stephen Porges, en la que a partir de varios fundamentos de psicoanálisis y respuesta fisiológica al trauma, se menciona que está demostrado que el estrés y el constante estado de encontrarse “bajo amenaza” mantiene activo de forma persistente el sistema nervioso autónomo (sistema de huida ante situaciones de emergencia), con todos los procesos hormonales y cambios fisiopatológicos que éste conlleva, dejando como objetivos secundarios el crecimiento, el desarrollo y otras funciones homeostáticas, ya que el objetivo principal es la supervivencia.²⁶ Esto explica en parte, por qué los niños víctimas de malos tratos suelen tener un crecimiento y desarrollo comparablemente menor que los niños promedio de su edad, y también, que sus habilidades cognitivas suelen estar muy por debajo, esto afecta a niños de todas las edades.²

Para el resto de las edades, se presentan las principales consecuencias por grupos de edad en la siguiente tabla:

Tabla 10. Consecuencias del maltrato infantil por edades	
0 a 2 años	Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer (puede haber el antecedente de falta de control prenatal y/o consumo de sustancias dañinas durante el embarazo). Infanticidio o muerte consecuente del maltrato perinatal. Retraso del crecimiento y el desarrollo (sobre todo el aspecto motor y del lenguaje), llanto inconsolable e irritabilidad. Dificultad para crear vínculo madre-hijo y con adultos de la edad de sus padres. Grupo de mayor riesgo para maltrato físico (fracturas, quemaduras, hemorragias, intoxicaciones, etc.).
2 a 5 años	Problemas del sueño, control de esfínteres, alteraciones de la alimentación.

	Dificultades para la socialización y mala conducta escolar. Problemas de aprendizaje, hiperactividad, agresividad, somatizaciones, tristeza, sensación de culpa.
6 a 12 años	Agresividad, mala conducta, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fobias, bajo rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, somatizaciones, inversión del rol padre-hijo, desapego, dificultad para relacionarse con pares.
13 a 18 años	Trastornos de la conducta alimentaria y afectivos, inestabilidad emocional. Dificultades emocionales como: ataques de ira, dificultad para comunicación y expresión de sentimientos, apatía, fracaso escolar, abuso de sustancias, violencia dentro y fuera del hogar, huida del hogar, autolesiones, intentos suicidas, asunción del rol de cuidado de hermanos y/o padres, sexualidad precoz. Alto riesgo de perpetrar o experimentar violencia en el noviazgo. En las mujeres: embarazos adolescentes y no deseados. En los hombres: conducta violenta hacia la madre o la pareja.
Edad adulta	Riesgo elevado de trastornos de la conducta alimentaria o enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares), adicciones, trastornos psicóticos o por inestabilidad emocional, depresión, violencia intrafamiliar.

Modificada de Actualización PAPPS 2024. Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia.²

Los niños que sufren de violencia de cualquier tipo suelen ser personas con poca estabilidad emocional que más tarde podrán repetir y perpetuar el ciclo de violencia, más adelante manifestándose como víctima o victimario de violencia en el noviazgo, violencia intrafamiliar y problemas psicológicos que los pueden llevar a consumo de sustancias ilícitas, adicciones, depresión y altas tasas de suicidio.

Plan de acción desde el punto de vista del puericultor

Hablar y profundizar en este tema no sería de gran utilidad si no hubiera un plan para contrarrestar el problema. Como médicos puericultores, nuestra tarea principal es acompañar a los pequeños a lo largo de su crecimiento, haciendo lo posible por asegurar su bienestar físico y emocional, es entonces que un niño con un ambiente de tranquilidad, respeto y protección logra su máximo potencial, siendo una ventaja tanto para él, como para su entorno y la sociedad.

¿Qué podemos hacer desde nuestro consultorio?

No se detecta lo que no se piensa. Es por eso importante que el primer paso sea actualizarnos y leer sobre el tema, los datos de alarma, las banderas rojas (como fracturas inusuales, historial de ingresos hospitalarios, cambios en el comportamiento, nuevos miedos o inseguridades) y preguntar en la consulta cómo es la conducta del niño, cómo se relaciona con sus pares y con los mayores, qué le asusta, qué le gusta, si ha tenido cambios en su manera de comportarse tanto en casa como en la escuela, con quién convive, quién lo cuida cuando los padres no están y cómo es la relación tanto con el padre como con la madre.

En ocasiones seremos la única persona en el entorno de un menor que podría identificar signos o señales de maltrato infantil, por lo que es más que trascendental que no pasemos por alto lo que no sea usual, tanto en la exploración física como en la anamnesis y que aunque el paciente acuda por algo en específico, lo revisemos completo bajo la supervisión y acompañamiento de su cuidador.

Se menciona en la siguiente tabla una serie de propuestas para una mejor atención del puericultor al niño, niña y adolescente (NNA), así como sus padres o cuidadores:

Tabla 11. Prácticas del puericultor para mejorar la atención de NNA en casos de sospecha de maltrato infantil.
Atender al niño y a sus acompañantes en un ambiente de calma, solitario y que le genere confianza y seguridad al menor.
Realizar un interrogatorio completo que incluya los aspectos sociales y emocionales del paciente.
Permitir que el paciente opine y participe en la consulta y en las decisiones.
No emitir juicios ni contra el menor, ni contra los cuidadores y abusadoras.
Conocer el contexto social, económico y cultural en el que se encuentra el paciente, ya que en muchos casos los casos de negligencia o abandono están íntimamente relacionados a dicho aspecto.
Explicar con lenguaje sencillo y de forma concreta tanto a cuidadores como a menores y resolver todas las dudas que surjan.
Cuando se presente una víctima de maltrato infantil (sobre todo físico y/o ASI) evitar los múltiples interrogatorios, exploraciones físicas y tiempos largos de espera, ya que todo lo anterior genera revictimización.
Evitar que los pacientes tengan que acudir a distintos servicios del hospital o a distintos

hospitales, volviéndose un proceso tedioso y agotador tanto física como emocionalmente para los niños y sus tutores.
Actualizarse constantemente en cuanto a definiciones y procesos a llevar a cabo en los casos sospechosos o confirmados de maltrato infantil.
Informar sobre los datos de alarma a los padres o cuidadores, empoderarlos para que sepan identificarlos, prevenirlos o si ya está sucediendo, acudir al lugar adecuado para intervenir.
Facilitar al paciente el acceso a servicios de psicología, paidopsiquiatría y trabajar en conjunto con el área de trabajo social.
Saber reconocer las limitaciones del puericultor, que aunque es una pieza clave en el reconocimiento y seguimiento del caso, requiere de un equipo multidisciplinario para que se haga el proceso lo mejor posible y de forma profesional para el bienestar del menor.

Además de lo mencionado, es necesario que como trabajadores de la salud, le demos la importancia que merece a este tema y fomentemos la investigación y realización de estudios epidemiológicos y científicos relacionados al maltrato infantil, para que tanto las estadísticas como el conocimiento de las causas y consecuencias del mismo queden esclarecidas y podamos ser verdaderos agentes de cambio en la prevención e intervención.

Discusión

En un estudio previamente mencionado, realizado en Madrid en 2019, de los casos de maltrato infantil que se investigaron en el área de urgencias, el 57.2% de las consultas fueron por otro motivo distinto al maltrato.⁸ Esto nos habla de la importancia de lo mencionado en el apartado anterior, es decir, de la detección de datos o señales alarmantes que se deben investigar más a fondo para confirmar o descartar malos tratos a pesar de que los pacientes acudan por otros motivos.

En un estudio realizado en 2024, enfocado en las autolesiones no suicidas y sus relaciones con la depresión, bullying y antecedentes de maltrato infantil, los investigadores concluyen que los hallazgos indican que el abuso emocional infantil tiene un impacto significativo en las personas, aumentando el riesgo de autolesiones no suicidas (tanto en personas deprimidas como no deprimidas). En este texto citan una frase impactante que demuestra que las vivencias de la infancia repercuten de forma directa en la salud física y funcional, al mencionar que “experimentar maltrato infantil y ser acosado puede modificar el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y otros sistemas de respuesta al estrés”.²⁷ Similar a lo que habíamos comentado previamente en la teoría polivagal, en la que hay modificaciones de las vías fisiológicas para que el cuerpo del niño se mantenga en constante estado de

alerta y estrés, sufriendo a largo plazo de alteraciones como falla en el crecimiento y alteraciones del desarrollo.

Otra prueba del gran impacto que tiene el maltrato en la niñez, se refleja en el estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría (México) en 2022, en donde se evaluó la frecuencia de malnutrición en niños y adolescentes víctimas de maltrato. Se concluyó, entre otras cosas, que efectivamente, la presencia de maltrato infantil, principalmente la negligencia) se relaciona directamente con la desnutrición, que a largo plazo se refleja en retraso del crecimiento (importante mencionar que un factor importante fue que el 75% de esta población tenía un nivel socioeconómico bajo). Particularmente en las niñas, ellas presentaron más que los hombres desnutrición aguda y retraso del crecimiento. En el caso de los adolescentes, se vio que presentaron con mayor frecuencia sobrepeso u obesidad que los niños escolares, aunque este hecho no queda completamente claro, ya que como variable el estudio se realizó en parte durante la pandemia de COVID19, por lo que hacen falta más estudios para comprobar dicha teoría, aunque ya hay otras literaturas que mencionan el elevado riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades crónicas con relación al maltrato infantil.^{2,28}

En otro estudio realizado en México por Valdez-Santiago y sus colaboradores, donde se entrevistó a 17,925 adolescentes, 2.5% reportó abuso sexual en la infancia. Se encontró que 76.5% de las víctimas de abuso sexual fueron mujeres, 72.7% tenían entre 15-19 años en el momento del estudio, de los cuales 15.1% consumieron al menos 100 cigarros a lo largo de su vida y 35.6% consumieron alcohol en exceso. 36.1% tuvo pensamientos suicidas y 35% presentó sintomatología depresiva en la última semana previa a la encuesta.²² Dicho estudio apoya lo mencionado en este texto y en la literatura, en la que sobre todo en la etapa adolescente, las adicciones y las conductas depresivas tienen un papel fundamental en la vida de las víctimas.

Un estudio realizado en Turquía en 2022, donde se entrevistó a estudiantes de primaria y a sus padres empleando una escala de la capacidad para decir "No" y una Escala de concienciación sobre el abuso sexual a los padres, reveló que mientras más conocían sobre mitos e información sobre el abuso sexual los padres, más era la posibilidad de que los niños rechazaran o fueran capaces de negarse a determinadas situaciones.²⁹ Lo que nuevamente refuerza el hecho de que facilitar el acceso a información fiable es la mejor herramienta de prevención.

Pocos son los estudios realizados en México actuales y enfocados en el maltrato infantil, por lo que es imperativo que el personal de salud se capacite y se fomente la realización de estudios, para recabar estadísticas y hacer labor de prevención y concientización a la población.

Conclusiones

Está claro que el maltrato infantil es un problema de salud pública que es silente, lo que no se puede detectar fácilmente o permanece oculto, es más perjudicial. Como parte de la sociedad y del medio de la salud, los médicos puericultores debemos ser los primeros en darle la importancia que requiere a este problema, que aún en la actualidad, puede llegar a ser normalizado o minimizado.

Aunque el maltrato físico y el sexual son los más impactantes, no son los más comunes y no debemos olvidar que la negligencia, el abandono y el abuso psicológico son enemigos más silenciosos y sutiles, pero en muchas ocasiones letales, por lo que se requieren de más campañas, talleres y grupos de apoyo que ayuden a los niños y a sus cuidadores a identificarlos, de igual manera es necesario que los puericultores sean quienes apoyen y den consejos sobre la crianza respetuosa en cada consulta de seguimiento, recordemos que la mayoría de los casos de negligencia no son llevados a cabo de forma consciente, sino que están más relacionados al contexto socioeconómico, cultural y a la falta de redes de apoyo. No debemos olvidar que el médico puericultor es acompañante, no juez y mucho menos, tiene el derecho de criminalizar a los padres, pues su papel es fungir como una red de apoyo.

Durante la consulta será necesario que, en la medida de lo posible, se involucre a todo el núcleo familiar, es decir, el paciente también tiene voz; debemos dejar de lado el adultocentrismo, en el que creemos que sabemos todo y que los niños por ser menores no tienen derecho a decidir ni a opinar en las situaciones que les afectan y competen a si mismos. Además, como se mencionó en el texto, la sobrecarga materna es un conflicto constante en el que por lo general, el padre se involucra sólo de manera económica o no se involucra en lo absoluto, por lo que se le tiene que dar la relevancia que merece al abandono paterno y, finalmente, no debemos dejar de lado a los hermanos de la víctima, ya que hay una alta probabilidad de que estén sufriendo la misma situación.

La mayoría de los agresores son familiares o conocidos cercanos al círculo social del niño, hay que educar y enseñar a los niños y a sus padres o cuidadores a no permitir conductas inapropiadas, hacer prevención primaria y trabajar en generar lazos y redes de apoyo para

que cuando un menor sufra de abuso pueda denunciarlo (aunque lo ideal es la prevención, ya que el acto de denuncia pone la responsabilidad y la carga sobre la víctima).

Urge que se hagan más estudios y tengamos datos más acertados y fidedignos sobre este tema para poder dimensionar su gravedad e intervenir de manera oportuna.

El puericultor debe siempre estar consciente que al ser un acompañante constante en la vida del niño, puede con su experiencia y su voz, cambiar el destino de un menor en situación de maltrato. Un trauma de pequeño puede moldear toda una vida.

Referencias bibliográficas

- 1) Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Báez-Medina V, Martín-Martín V, Monroy-Villafuerte A, et al. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Bol Med Hosp Infant Mex. 2001;58:251-258.
- 2) Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MDC, González García P, Salvador Sánchez L, Tizón García JL, Villamor Sagredo N; Grupo de Salud Mental del PAPPS. Actualización PAPPS 2024. Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia [Abuse of children and adolescence]. Aten Primaria. 2024 Nov;56 Suppl 1(Suppl 1):103127. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103127. PMID: 39613358; PMCID: PMC11705603.
- 3) Loredó-Abdalá A. Generalidades del maltrato infantil. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
- 4) Loredó-Abdalá A, Arciniega RR, Arias-González MT. Maltrato infantil: aspectos jurídicos en México. Gac Med Mex. 2019;155(6):629-634. doi: 10.24875/GMM.19005150. PMID: 31787765.
- 5) Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño. ONU; 1959. Traducción por Humanium <https://www.humanium.org/es/declaracion-1959/>
- 6) Guijarro-Espadas D, Cruz-Ortega E, Guijarro-Espadas A, Bernal-Hertfelder E, Guijarro-Jiménez A. Manual de puericultura y pediatría [Internet]. 2024. ISBN 978-84-09-62738-7 91-96, 172. Disponible en: https://www.sociedadpuericultura.com/_files/ugd/88cabe_117e2abd788f4a75a6f31bb043271918.pdf
- 7) OMS. Maltrato infantil 2022 [consultado 14 de Marzo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- 8) Solís-García G, Marañón R, Medina-Muñoz M, de Lucas-Volle Sara, García-Morín M, Rivas-García A. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. *Anales de Pediatría*. 2019; 91 (1): 37-41. DOI: 10.1016/j.anpedi.2018.09.013
- 9) Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes. México: Diario Oficial de la Federación; 2024
- 10) Pekarsky A. Generalidades sobre el maltrato infantil. Manual MSD versión para profesionales. 2022. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/maltrato-infantil/generalidades-sobre-el-maltrato-infantil>
- 11) Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México. 2006. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267953/diagnosticomaltratoinfantiljuvenil_V.pdf
- 12) Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326824>
- 13) Branda MC, Fernández L. Child maltreatment and violence. Contributions from radiologists to a comprehensive multidisciplinary approach. *Arch Argent Pediatr*. 2024 Jun 1;122(3):e202303026. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2023-03026.eng. Epub 2023 Jun 29. PMID: 37342982.
- 14) Andrade JR, Platt VB, Honicky M. Reports of Maltreatment in a Children's Hospital: Evaluation of the Epidemiological Profile and Its Relationship with the Outcome in Fractures. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)*. 2024 Apr 10;59(2):e269-e277. doi: 10.1055/s-0044-1785466. PMID: 38606138; PMCID: PMC11006522.
- 15) Cartocci G, Fineschi V, Padovano M, Scopetti M, Rossi-Espagnet MC, Gianni C. Shaken Baby Syndrome: Magnetic Resonance Imaging Features in Abusive Head Trauma. *Brain Sci*. 2021 Feb 1;11(2):179. doi: 10.3390/brainsci11020179. PMID: 33535601; PMCID: PMC7912837.
- 16) Laurent-Vannier A. Shaken Baby Syndrome (SBS) or Pediatric Abusive Head Trauma from Shaking: Guidelines for Interventions During the Perinatal Period from the French National College Of Midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2022 Nov;67 Suppl 1:S93-S98. doi: 10.1111/jmwh.13427. PMID: 36480666.
- 17) Saucedo-García JM, Maldonado-Durán JM. El abuso psicológico al niño en la familia. *Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista de Internet]*. 2016 Oct [citado 2025 Mayo 26];59(5):15-25. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500015&lng=es.

- 18) Stirling J, Gavril A. Entender el abuso y la negligencia infantil: explicación de la política de la AAP. American Academy of Pediatrics Council on Child Abuse and Neglect. 2024. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/at-home/Paginas/what-to-know-about-child-abuse.aspx>
- 19) De la Torre Quiralte MLL, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap. Maltrato infantil por negligencia (más allá de lo obvio) (I): factores de riesgo del menor y de su entorno. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:431-8. <https://doi.org/10.60147/67a5de9f>
- 20) Fortson, B. L., Klevens, J., Merrick, M. T., Gilbert, L. K., & Alexander, S. P. (2016). Prevención del maltrato y abandono infantil: Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y programas Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- 21) Maltrato y abandono infantil. California Childcare Health Program UCSF School of Nursing. 2006. Disponible en: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/ChildAbuseSP_new.pdf
- 22) Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes [Child sexual abuse in Mexico: risk behaviors and mental health indicators in adolescents]. Salud Publica Mex. 2020 Nov-Dec;62(6):661-671. Spanish. doi: 10.21149/11924. PMID: 33620963.
- 23) Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 24) Van Hemert MTC, de Jong PM, Vanaerschot G, Brouwer TR, Zoon JS, Gunst E. Posttraumatic stress disorder following childhood sexual and physical abuse: a study protocol for an 11-week randomised controlled trial comparing imaginal exposure and imagery rescripting. Eur J Psychotraumatol. 2024;15(1):2358683. doi: 10.1080/20008066.2024.2358683. Epub 2024 Jul 30. PMID: 39076139; PMCID: PMC11290290.
- 25) Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc

- Gynecol. 2016 Apr;29(2):81-87. doi: 10.1016/j.jpap.2015.01.007. Epub 2015 Feb 12. PMID: 26220352.
- 26) Porges SW. Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Front Integr Neurosci*. 2022 May 10;16:871227. doi: 10.3389/fnint.2022.871227. PMID: 35645742; PMCID: PMC9131189.
- 27) Wang H, Xu S, Wang S, Wang Y, Chen R. Using decision tree to predict non-suicidal self-injury among young adults: the role of depression, childhood maltreatment and recent bullying victimization. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2322390. doi: 10.1080/20008066.2024.2322390. Epub 2024 Mar 6. PMID: 38445506; PMCID: PMC10919298.
- 28) Martín-Martín V, Romo-González C, González-Zamora JF. Frequency of malnutrition in children and adolescents with child maltreatment. *Nutr Hosp*. 2022 Mar 29;39(2):282-289. English. doi: 10.20960/nh.03820. PMID: 34886674.
- 29) Kırbaş ZÖ, Şahin E. The relationship between parental awareness of sexual abuse and children's skills to say "no". *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024 Mar;100(3):180-187. doi: 10.1016/j.anpede.2024.01.013. Epub 2024 Feb 7. PMID: 38331677.