



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**GRUPO ACADÉMICO
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**“PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL Y FORMAS
MÁS FRECUENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA DE ENERO 2013 A JUNIO 2020”**

TÉSIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

PRESENTA:

Dra. Cynthia Stephanie Guerra Pérez

Tutor: Dra. Corina Araceli García Piña

Asesores metodológicos:

**Dra. Patricia del Carmen Cravioto Quintana
Fis. Mat. Fernando Galván Castillo**

**EXAMEN FINAL EL 25 DE OCTUBRE DE 2021,
EN INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



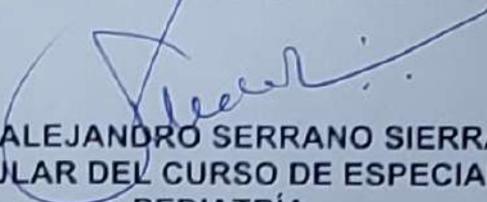
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

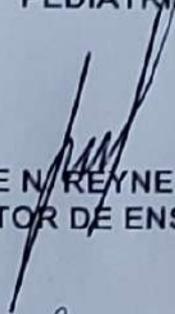
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

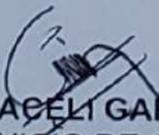
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

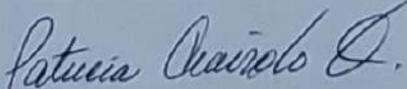
TÍTULO DE TESIS
"PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL Y FORMAS
MÁS FRECUENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA DE ENERO 2013 A JUNIO 2020

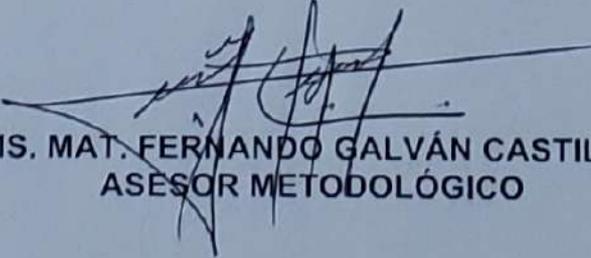

DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRÍA


DR JOSE N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA


DR MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO


DRA CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CLÍNICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO


DRA PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA
ASESORA METODOLÓGICA


FIS. MAT. FERNANDO GALVÁN CASTILLO
ASESOR METODOLÓGICO

RESUMEN

Se obtuvieron 849 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión de nuestro estudio dentro del periodo 2013-2020; donde el grupo de edad más interconsultado fue el de 1-5 años tanto para hombres como mujeres con el 41.81%. En el 51.47% se identificó alguna de las variedades de maltrato infantil, mientras que en el 19.78% no se encontró maltrato infantil pero se identificaron factores de riesgo de maltrato y el 10.71% de los pacientes no se presentaron a revaloración.

De los 437 pacientes en los que se identificó maltrato infantil, el 57.43% son mujeres y el 42.56% son hombres, por lo que nuestro trabajo no coincide con otras publicaciones donde se ha detectado que el abuso es más frecuente en niños. Así mismo, se encontró que el 44.85% de los pacientes son menores de 5 años y los escolares y adolescentes representan el 28.37% y 26.77% respectivamente; lo cual concuerda con otras publicaciones.^{6, 8}. La variedad más encontrada de maltrato en ambos sexos fue la negligencia en el 52.86%. A excepción del grupo de mujeres mayores a 11 años, en el cual la variedad encontrada con mayor frecuencia fue el abuso sexual en el 44.15%. Encontrándose en los otros grupos de mujeres que la segunda variedad más común después de la negligencia, es el abuso sexual en el 31.15%, lo cual concuerda con lo publicado por la UNICEF^{12,13} Jui-Ying F, et al¹⁴. En el caso de los hombres la segunda forma más común de abuso fue el maltrato físico en el 27.9% lo cual se ha reportado en múltiples publicaciones.^{6, 14}

Como conclusión, el sexo predominante encontrado fue el femenino y el grupo de edad fue menores de 5 años. La variedad más encontrada en ambos sexos fue negligencia, mientras que la segunda más frecuente en mujeres es el abuso sexual y en hombres el maltrato físico. Una parte importante de la población no presentó maltrato infantil, sin embargo presentaron factores de riesgo, pudiendo elevar en el futuro la prevalencia de pacientes con maltrato. Así mismo, de los pacientes que presentaron maltrato, un número importante presentaba una patología previa, lo cual puede ser de utilidad en investigaciones futuras para asociar enfermedades con la prevalencia del maltrato infantil.

ÍNDICE

1. Marco teórico.....	5
2. Definición del problema de salud a tratar	20
3. Justificación.....	20
4. Objetivo General y Específicos	21
5. Material y Métodos	21
6. Resultados	24
7. Discusión	28
8. Conclusión	30
9. Limitaciones del estudio	31
10. Bibliografía.....	31



PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL Y FORMAS MÁS FRECUENTES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DE ENERO 2013 A JUNIO 2020

AUTORES

Alumno: Cynthia Stephanie Guerra Pérez

Tutora: Dra. Corina Araceli García Piña

Asesores metodológicos: Dra. Patricia del Carmen Cravioto Quintana y Dr. Fernando Galván Castillo

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y 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

EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

En 1962, el Dr. Henry Kempe describió el síndrome del niño maltratado, el cual refirió debería sospecharse en cualquier niño con evidencia de fractura de cualquier hueso, hematoma subdural, falla de medro, hematomas en tejidos blandos, cualquier muerte súbita o en cualquier lesión en la cual el grado de la lesión es discordante con la historia relatada por el cuidador ²

Fue hasta en 1999 que la OMS lo clasifica como un problema de salud pública mundial³. En un estudio realizado en 2013 por Stoltenborgh, se documentó la prevalencia internacional de abuso físico de 226 casos por cada 1,000 niños, sin diferencias aparentes entre géneros⁴.

Además, se ha encontrado que hasta el 13% de los niños maltratados corresponden a pacientes con discapacidades, incluyendo la discapacidad intelectual, emocional (incluido el espectro autista), con alteraciones visuales o auditivas, trastornos del aprendizaje, discapacidades físicas, trastornos del comportamiento o cualquier otra condición médica que afecte la funcionalidad, desarrollo o requiere atención médica especial⁵.

En un reporte en 2010 se reportaron 1,560 muertes de niños por maltrato, con una tasa de 2.07 por cada 100,000 niños vivos en Estados Unidos de América⁶. A pesar de que el maltrato rara vez lleva a ser fatal, suele afectar en su mayoría a menores de 3 años, encontrándose en este grupo de edad hasta el 71% de las muertes⁷.

En el Innocenti Report por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se demostró que 3,500 niños menores de 15 años mueren anualmente por maltrato infantil (principalmente en sus variedades de abuso físico y negligencia) en países industrializados. Además se encontró que EUA, México y Portugal tenían 10-15 veces más fatalidades secundarias al maltrato infantil ⁸.

En México en 1997 se fundó la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) para desarrollar acciones de asistencia, docencia e investigación sobre el tema ⁹. A pesar de esto, en un estudio en México se encontró que de 20 instituciones, sólo en 6 se documentó el contenido de maltrato infantil en sus planes de estudio y en 7 planes de estudio de 4 especialidades (pediatría, imagenología diagnóstica y terapéutica, psiquiatría y medicina familiar) ¹⁰.

En 1999 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud, en la cual se declara que la notificación legal de violencia familiar es obligatoria para todo el personal de salud que labora en el Sistema Nacional de Salud, la cual se modificó en 2005 con la Norma Oficial Mexicana NOM- 046-SSA2-2005 "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención"¹¹.

En 2003, la UNICEF publicó los datos de mortalidad infantil por maltrato en 27 países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) México ocupó el primer lugar. ¹⁰ Posteriormente la Secretaría de salud de México publicó el Informe Nacional sobre Violencia y Salud donde refiere que dos menores de 14 años mueren al día por causas relacionadas con la violencia familiar, sin que esa tendencia se haya modificado desde 1979. ¹⁰

En la Clínica CAINM en el INP se estima que, en nuestro país, uno de cada diez niños sufre alguna forma de maltrato y que de éstos solamente uno de cada 100 es detectado y eventualmente atendido por las instituciones ¹⁰

En una encuesta realizada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se encontró que para el 40.2% de los encuestados es justificable golpear a un niño cuando se porta mal y un 25.3% señaló que se justifica cuando es necesario educarlo ¹².

Mientras que la UNICEF reportó que cerca de 300 millones de niños de 2 a 4 años en todo el mundo (3 de cada 4) son habitualmente víctimas de algún tipo de disciplina violenta por parte de sus cuidadores; 250 millones (alrededor de 6 de cada 10) son castigados por medios físicos.¹³ A nivel mundial, 1.100 millones de cuidadores (o algo más de 1 de cada 4) dicen que el castigo físico es necesario para criar o educar adecuadamente a los niños.¹³

Con los años se han propuesto múltiples clasificaciones para el maltrato infantil, en 2009 la OMS publicó el manual llamado Prevención del Maltrato Infantil²⁵ en el cual clasifica el maltrato infantil de la siguiente forma:

- **Maltrato físico:** El abuso físico de un niño puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Se incluyen en este concepto los golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia. Gran parte de la violencia infantil en el hogar responde al propósito de castigar al niño.²⁵
- **Abuso sexual:** puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.²⁵
- **Maltrato emocional o psicológico:** Los abusos emocionales y psicológicos pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como en una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo dañarán muy probablemente la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Se incluyen en esta categoría: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de

rechazo o de trato hostil.²⁵

- Negligencia: Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Incluyendo en esta categoría el hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de daños en la medida de lo posible.

25

Dentro de estas variedades, se ha registrado que la negligencia es la más prevalente, presentándose hasta en el 71% de los casos de maltrato infantil, por sí sola o en combinación con cualquier otra variedad de maltrato, mientras que el abuso físico se encuentra hasta en el 48% de los casos.⁸ En otros estudios se ha encontrado una prevalencia de 76.7% en pacientes víctimas de la negligencia por su cuidador y 25.1% sufrió abuso físico.⁶ Mientras que en un meta-análisis realizado en Taiwán se encontró que la variedad de abuso psicológico fue la más prevalente, presentándose en 26.7% de los casos, seguida por la variedad abuso físico en el 17.7%, negligencia en el 16.3%, y por último el abuso sexual en el 11.8%.¹⁴

Generalmente, los hombres reportan más casos de abuso físico que las mujeres (54% y 42% respectivamente), y las mujeres reportan más casos de abuso sexual que los hombres (22% y 11% respectivamente).¹⁴ Los Hombres tienen mayor tasa de mortalidad que las mujeres (2.5/100,000 y 1.7/100,000 respectivamente). Mientras que los niños menores de 1 año tienen la tasa de mortalidad más alta la cual es de 19 por cada 100,000.¹⁵

Se calcula que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han tenido relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico.¹⁶ Además, el mismo reporte menciona que en la mayoría de los países, los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que estas corren con mayor riesgo de infanticidio, abuso sexual y abandono.¹⁶

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores que incrementan el riesgo de maltrato infantil, tales como que los padres, madres o cuidadores principales hayan sufrido tratos abusivos o descuido en la infancia, consuman drogas o abusen del alcohol, influyan o sufran otras formas de violencia, como la violencia al a pareja. ; así mismo también se ha encontrado que vivir en comunidades que tienen altas tasas de desempleo, carecen de servicios de apoyo para familias y tienen un alto grado de tolerancia a la violencia también se encuentran asociadas al maltrato infantil ²⁵

Podemos dividir en 4 categorías, según la OMS²⁵, los factores de riesgo asociados al maltrato infantil:

- Factores individuales
 - Factores inherentes al niño: niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, o con alguna discapacidad
 - Factores inherentes a la familia: padres jóvenes, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, problemas relacionales, familia numerosa conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social, situación de estrés,
- Factores relacionales: inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño; • problemas de salud física, de inmadurez o de salud mental de un miembro de la familia; , ruptura familiar, violencia en la familia, aislamiento social; discriminación contra la familia por razones de raza, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o forma de vida, participación en actividades delictivas o violentas en el ámbito comunitario.
- Factores comunitarios: tolerancia de la violencia, desigualdad de género o social en la comunidad, inexistencia o insuficiencia del hogar, carencia de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones altos niveles de desempleo, pobreza cambios de entorno frecuentes; fácil acceso al

alcohol, comercio de estupefacientes en el entorno cercano, políticas y programas institucionales inadecuados que propician maltrato infantil. ²⁵

- Factores sociales: políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, normas sociales y culturales que promueven o glorifican la violencia hacia los Otros, normas sociales y culturales que imponen unos roles de género rígidos para hombres y mujeres, normas sociales y culturales que rebajan la importancia del niño en las relaciones entre padres e hijos; existencia de pornografía infantil, prostitución infantil o trabajo infantil ²⁵

El principal factor de riesgo es la edad, presentándose principalmente en menores de 4 años⁶ otros factores de riesgo asociados que se han encontrado son la prematuridad, productos de embarazo gemelares, hiperactividad, tener una madre joven, antecedente de abuso en el hogar¹⁷, la pobreza, el estrés, abuso de sustancias⁸, el hacinamiento¹⁶ y padres que disciplinan físicamente a sus hijos.⁴

El padre, padrastro, novio o pareja masculina de la madre fueron los perpetradores más comúnmente identificados de maltrato, encontrándose presentes hasta en el 18.5% de los casos, mientras que las figuras femeninas tales como la madre, madrastra, o novia del padre se encontraron en el 11.2%, de los casos. Además se encontró que hasta el 9.1% sufre abuso por algún otro familiar tales como hermanos y abuelos entre otros.¹⁷ Mientras que el lugar más común donde ocurrió el maltrato fue el hogar.¹⁴

Así mismo, la OMS menciona la existencia de factores de protección ²⁵, entre los cuales encontramos la vinculación sólida del lactante a un familiar adulto; buena atención de los padres durante la infancia, alejamiento de los círculos de delincuencia o del abuso de sustancias; una relación afectuosa y de apoyo de un progenitor respetuoso; y la ausencia de tensiones causadas por abusos.

FISIOPATOLOGÍA

No aplica

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Un indicador importante de maltrato es la discrepancia entre la versión dada por el cuidador y los hallazgos encontrados en la exploración física.² Las manifestaciones clínicas del maltrato infantil, dependen de la variedad del maltrato, en general, los pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, bajo rendimiento escolar, ansiedad y/o depresión entre otras.²¹ En el caso del abuso físico, la piel es el tejido más afectado ^{2, 18,} seguido por el tejido esquelético.²

En cuanto su evaluación, dirigida, la OMS propone observar y determinar lo siguiente ²⁵:

- Determinar si presenta lesión física:
 - Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura.
 - Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido).
- Realizar siempre las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿cuándo se produjeron las lesiones?, ¿cómo corrige a su hijo?, ¿Cómo solucionan los conflictos en el hogar?.
- Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
- Determinar si el niño expresa espontáneamente que es víctima de
- maltrato.
- Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.
- Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño.
- Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.
- Determinar si el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes,

cabello, uñas.

- Determinar si el niño está descuidado en su salud: la consulta es tardía para la causa, el esquema de vacunación está incompleto, o el niño se encuentra desnutrido.

La ubicación de las lesiones puede sugerir trauma no accidental, las lesiones en partes del cuerpo protegidas como la región glútea, los muslos, el torso, las orejas y el cuello sugieren abuso.¹⁸ La probabilidad de tener estas lesiones por accidentes, así mismo, depende de las capacidades del niño, es decir, los hematomas son raros en un lactante que todavía no logra deambular.¹⁹ (Fig. 1)



Fig. 1. Múltiples hematomas en diferentes estados de resolución. Evaluation of Physical Abuse in Children. Pressel D, *Am Fam Physician*. 2000 May 15;61(10):3057-3064.

La forma o patrón de la lesión también puede sugerir abuso, como lo es en el caso de uso de cinturones, cables de teléfono, marcas de mano, (Fig. 2) o como en el caso de las quemaduras, con quemaduras circulares por un cigarrillo o en patrón en guante o calcetín (Fig. 3)^{18, 19}

Otros hallazgos de abuso que podemos encontrar en los pacientes incluyen hematomas subdurales (Fig. 4), hemorragias retinianas (Fig 5), falla de medro, entre otros^{2, 20} (Tabla 1).

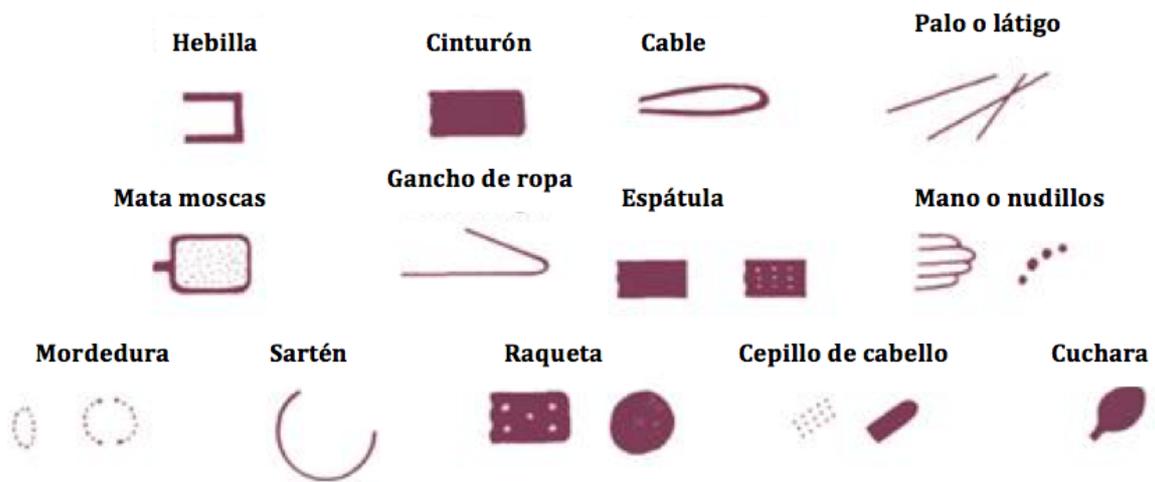


Fig. 2. Adaptado de Karthika S. (2018) Crarionfacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide



Fig. 3. Quemadura en “guante”. Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review. doi:10.1016/j.burns.2004.03.019

El resultado de este maltrato está asociado a múltiples alteraciones durante la infancia y la adultez.²² Se ha relacionado con bajo desempeño académico, trastornos depresivos y de ansiedad, agresividad, así como con trastornos adaptativos con comportamientos de riesgo. Además, el abuso psicológico se relaciona con miedo al rechazo por otros, lo que produce ansiedad o aislamiento social a comparación de niños que no sufrieron maltrato.²²

En cuanto a la negligencia, se han hecho asociaciones inversamente proporcionales en el área cognitiva y directamente proporcionales en trastornos del comportamiento.²²

Todas las formas de maltrato infantil están asociadas a un aumento en el abuso de sustancias hasta en el 45% de los pacientes. ¹⁵

Lesiones sugestivas de abuso	Fracturas por avulsión en metafisis de huesos largos (Fig. 6)
	Fracturas costales, principalmente de costillas posteriores (Fig 7)
	Fracturas de cráneo complejas o conminutas
	Fracturas espiroidales
	Cualquier fractura en un paciente que no puede deambular
	Antecedente de diversas lesiones que se pensaron accidentales
	Retraso en la búsqueda de atención médica
	Culpar a otro niño o un animal por la lesión.
	Ausencia del cuidador que presenciara el momento de la lesión

Tabla 1. Tomado de Pomeranz E (2018) Child Abuse and Conditions That Mimic It

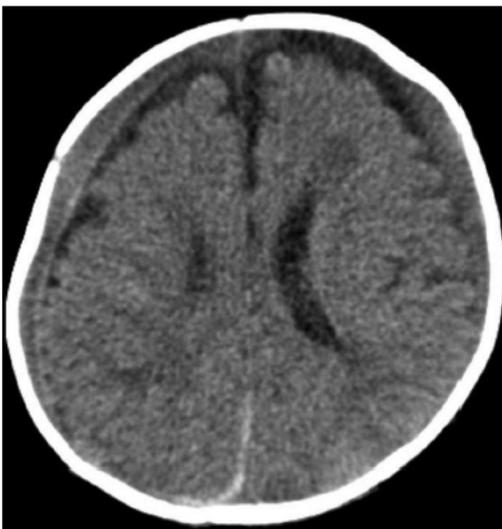


Fig. 4. TAC de cráneo con hemorragias subdurales agudas y en resolución. Tomado de Pomeranz E (2018) Child Abuse and Conditions That Mimic It



Fig. 5 Hemorragias retineanas extensas (cortesía de la Universidad de Michigan). Tomado de Pomeranz E (2018) Child Abuse and Conditions That Mimic It

En cuanto al interrogatorio, la entrevista debe llevarse por separado con cada uno de los cuidadores. Debe permitírsele que describa el evento sin interrupción, así como se deben preguntar los detalles del mecanismo de lesión, los eventos que llevaron a la lesión y la presencia o ausencia de un cuidador que pudiera observar el momento de la lesión. ¹⁹

Los datos del relato que deberían preocupar al personal de salud incluyen: ausencia de historia de trauma o una historia que no sea consistente con la severidad, patrón o periodo de tiempo de la lesión; una lesión que no corresponda con las capacidades motoras del niño; historias múltiples, diferentes o que son modificadas; historias que discrepan en el mismo cuidador o entre los cuidadores; entre otras.¹⁹



Fig. 6. Fracturas de ulna y radio bilaterales en diferentes estadios de consolidación. Las flechas señalan callo óseo de fracturas anteriores. Tomado de: Evaluation of Physical Abuse in Children. Pressel D, *Am Fam Physician*. 2000 May 15;61(10):3057-3064.

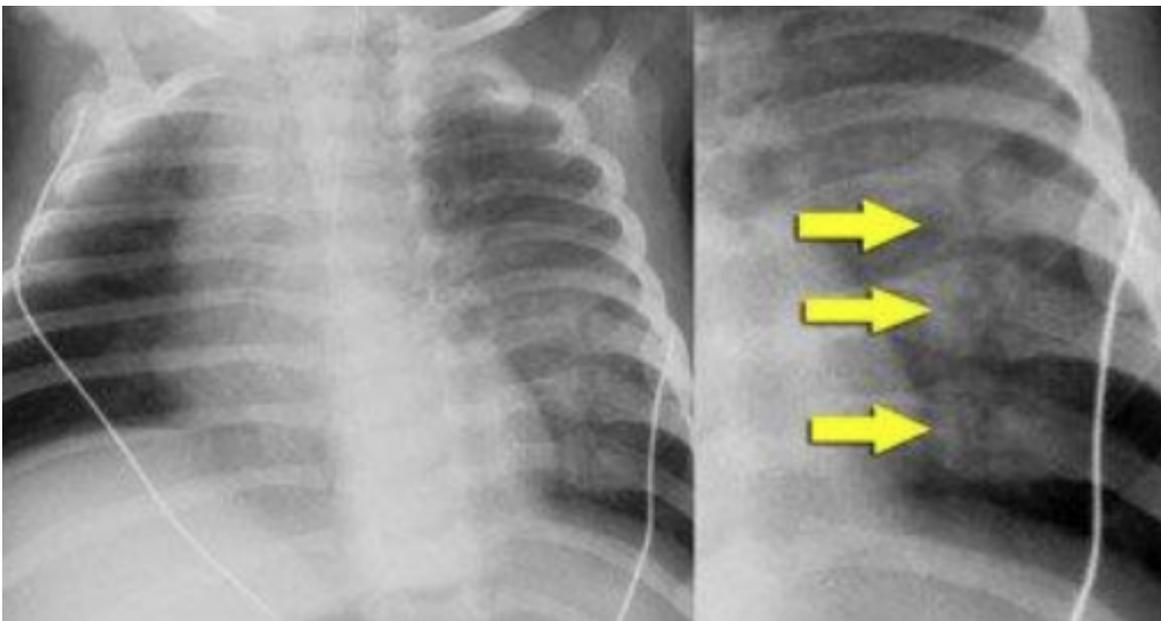


Fig 7. Múltiples fracturas costales. Las flechas señalan las zonas con fracturas posteriores. Tomadas de Pomeranz E (2018). *Child Abuse and Conditions That Mimic It*

Además de obtener una historia detallada del episodio, se recomienda obtener los antecedentes personales patológicos, no patológicos, del neuro-desarrollo y

alimenticios del paciente para identificar factores de riesgo de abuso físico o poder realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías.¹⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La evaluación en pacientes con sospecha de maltrato infantil puede ser difícil, un diagnóstico erróneo puede ser tan devastador para la familia como para el niño.

Existen diversas condiciones que pueden semejar físicamente las alteraciones de abuso (tabla 2), por lo cual es de suma importancia realizar un interrogatorio extenso y una exploración física minuciosa que nos apoye con los probables diagnósticos diferenciales. Siempre recordando que los pacientes con alteraciones de base no se encuentran exentos presentar maltrato infantil.¹⁸

Los niños con antecedente de lesiones tipo hematoma fácilmente deben recibir abordaje hematológico que incluya biometría hemática, tiempos de coagulación y de sangrado para descartar hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y púrpura trombocitopénica idiopática y de Henoch-Schönlein, Si a pesar del interrogatorio clínico, exploración clínica y valoración de laboratorios, aún no existe certeza diagnóstica, se deberá considerar referir a un especialista. ¹⁸

Hematológico	Hemofilia
	Púrpura trombocitopénica idiopática
	Enfermedad de Von Willebrand
	Púrpura de Henoch-Schönlein
Dermatológico	Fitodermatosis
	Manchas mongólicas
	Malformaciones vasculares
	Necrosis grasa subcutánea
Infeccioso	Impétigo ampolloso
	Síndrome de la piel escaldada por Estafilococo

Tabla 2: Diagnóstico Diferencial en Maltrato infantil, Variedad Abuso Físico. Adaptado de: Pressel D, Evaluation of Physical Abuse in Children. Am Fam Physician. 2000

TRATAMIENTO

En 2016 diez asociaciones, incluyendo la OMS, CDC, OPS y UNICEF entre otras, presentaron INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas, “basadas en la mejor evidencia disponible en el momento para ayudar a los países y las comunidades a centrarse más en los programas de prevención y los servicios que ofrecen las mayores posibilidades de reducir la violencia de la niñez”²⁶ Estas siete estrategias comprenden las siguientes:

1. Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes. Lo anterior para prohibir y prevenir la violencia contra los niños, reducir el consumo excesivo de alcohol y limitar el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y otras armas.
2. Normas y valores. Promoviendo así las relaciones interpersonales no violentas, respetuosas, enriquecedoras, positivas y equitativas en cuanto a l género para toda la población infantil y adolescente.
3. Seguridad en el entorno. Creando y manteniendo entornos físicos y sociales seguros donde se reúnan y pasen su tiempo los niños y jóvenes.

4. Padres, madres y cuidadores reciben apoyo. Reduciendo las prácticas de crianza severas y creando relaciones positivas entre padres, madres e hijos.
5. Ingresos y fortalecimiento económico. Mejorando la seguridad y la estabilidad económica de las familias, con la consiguiente reducción del maltrato infantil y de la violencia en pareja
6. Respuesta de los servicios de atención y apoyo. Mejorando el acceso da servicios de salud, bienestar social y justicia penal de buena calidad, incluida la denuncia de los casos de violencia, a fin de reducir el impacto de la violencia a largo plazo.
7. Educación y aptitudes para la vida. Aumentando el acceso a una educación que sea más eficaz, equitativa en cuanto al género, el aprendizaje social y emocional y la adquisición de aptitudes para la vida, y garantizando así, que los entornos escolares sean seguros y propicios.

La atención médica incluye, según la normativa en nuestro país, “la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores”¹¹.

La atención médica deberá provenir de prestadores de servicios de atención médica sensibilizados y capacitados, conforme a la capacidad resolutive de la unidad; la cual deberá incluir la atención integral a los daños físicos y psicológicos, refiriéndose, en caso de ser necesario, a otros servicios y/o instituciones con mayor capacidad resolutive¹¹.

Así mismo, se deberá elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM- 046-SSA2-2005, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual ¹¹.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de maltrato infantil y cuáles son las formas más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría?

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la UNICEF, en la Convención sobre los Derechos del Niño, “Es obligación del Estado proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por padres, madres o cualquiera otra persona responsable de su cuidado, y establecer medidas preventivas y de tratamiento al respecto” ²⁴

Por lo anterior, es imperativo sensibilizar al personal de salud sobre el impacto en la calidad de vida de un niño maltratado. El realizar intervenciones para poder prevenir y atender adecuadamente el maltrato infantil, sólo se logra al conocer el problema adecuadamente para establecer acciones que prevengan el maltrato, se atiendan de manera adecuada en caso de que ya haya ocurrido, o canalicen a los servicios pertinentes para su seguimiento y rehabilitación.

El conocer las distintas formas de maltrato infantil y las formas más frecuentes, así como los grupos mayormente afectados, los principales agresores, entre otros, permitirá implementar estrategias integrales a nivel institucional que garanticen el cumplimiento de los Derechos del Niño, facilitar su diagnóstico, establecer un tratamiento adecuado y su notificación de acuerdo a las leyes en nuestro país, así como diseñar programas de prevención primaria.

4. OBJETIVOS.

a) Objetivo General

El objetivo general de la investigación es estimar la prevalencia del maltrato infantil y determinar las formas más comunes de presentación en el Instituto Nacional de Pediatría a través de la Clínica de Atención Integral al Niño maltratado de enero 2013 a junio 2020

b) Objetivos Específicos

- a. Identificar a los pacientes en mayor riesgo, separándolos por grupo de edad y sexo.

HIPÓTESIS

No aplica

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Clasificación de la investigación. Se propone un diseño de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio: Pacientes con diagnóstico de maltrato infantil valorados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de enero 2013 a junio 2020

-Criterios de inclusión. Los expedientes de los pacientes que cumplan con el diagnóstico de maltrato infantil variedad maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual o negligencia en pacientes recién nacidos a 18 años, población femenina y masculina en el periodo de enero 2013 a junio 2020.

-Criterios de exclusión. Se excluirá del estudio a los pacientes con expedientes clínico electrónicos con menos del 80% de los datos requeridos o que no cumplan con el diagnóstico confirmado.

Las variables que se incluirán en el presente estudio se enumeran a continuación

TABLA DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Medición de la Variable
Edad	Es el tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual. La importancia de esta variable es que a menor edad de aparición de la EI en el paciente la enfermedad es más deformante y limitante	Intervalo	Años
Sexo	Estará acorde a los genitales externos del paciente. Ésta variable es importante para determinar la frecuencia en el género	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Maltrato físico	Uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño	Nominal	1= Si 2= No
Maltrato psicológico	Tanto incidentes aislados como en reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo	Nominal	1= Si 2= No

Negligencia	Incidentes aislados y/o reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia, cuando están en condiciones de ofrecérselo, con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes: salud; educación; desarrollo emocional; nutrición; hogar y condiciones de vida seguras.	Nominal	1= Si 2= No
Maltrato sexual	Participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales.	Nominal	1= Si 2= No
Previamente sano	Completo bienestar físico, mental y social previo al evento de maltrato	Nominal	1= Si 2= No

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

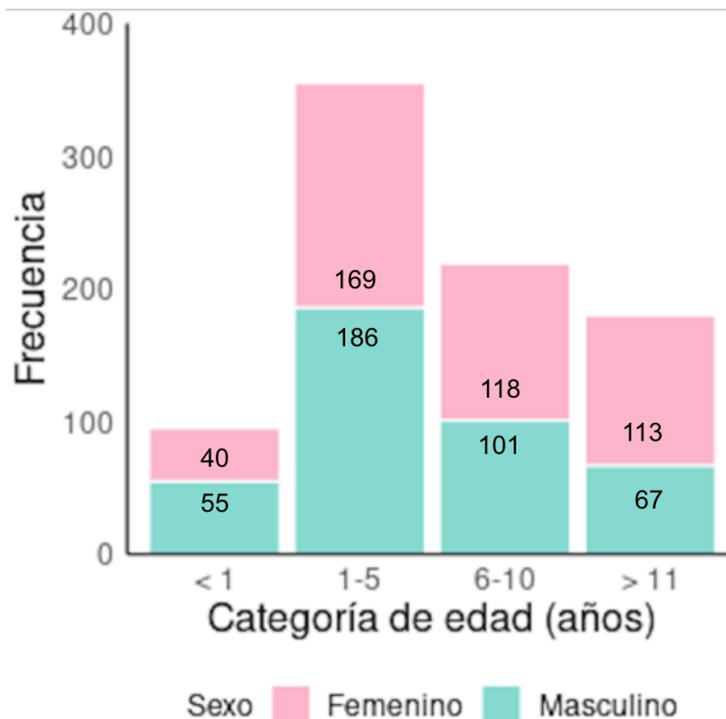
Pacientes pediátricos con sospecha de maltrato infantil en el periodo de enero 2013 a junio 2020

ANALISIS ESTADISTICO.

En una primera fase se elaboró una base de datos en el programa Excel la cual posteriormente se transportó al programa estadístico SPSS VERSION 21 a través del cual se realizó el análisis de la información.

6. RESULTADOS

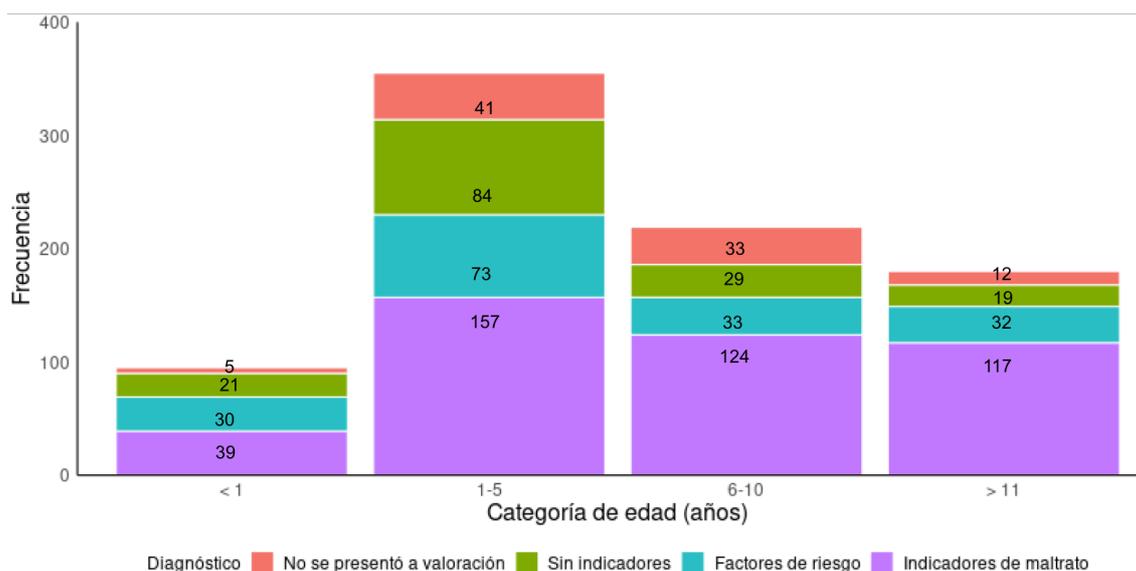
Se obtuvieron 849 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión de nuestro estudio dentro del periodo 2013-2020, al ser: expedientes clínicos electrónicos de pacientes interconsultados por sospecha de maltrato infantil en pacientes recién nacidos a 18 años, población femenina y masculina en el periodo de enero 2013 a julio 2020 que cumplieron con diagnóstico confirmado.



Gráfica 1. Pacientes incluidos en el estudio, por sexo y edad

De los 849 pacientes incluidos en el estudio, 51.82% corresponden a mujeres (n= 440) y 48.17% hombres (n=409). El grupo de edad más interconsultado fue el de 1-5 años tanto para hombres como mujeres que representa el 41.81% de nuestra población de estudio (n=355) (Gráfica 1). En el 51.47% de nuestra población (n=

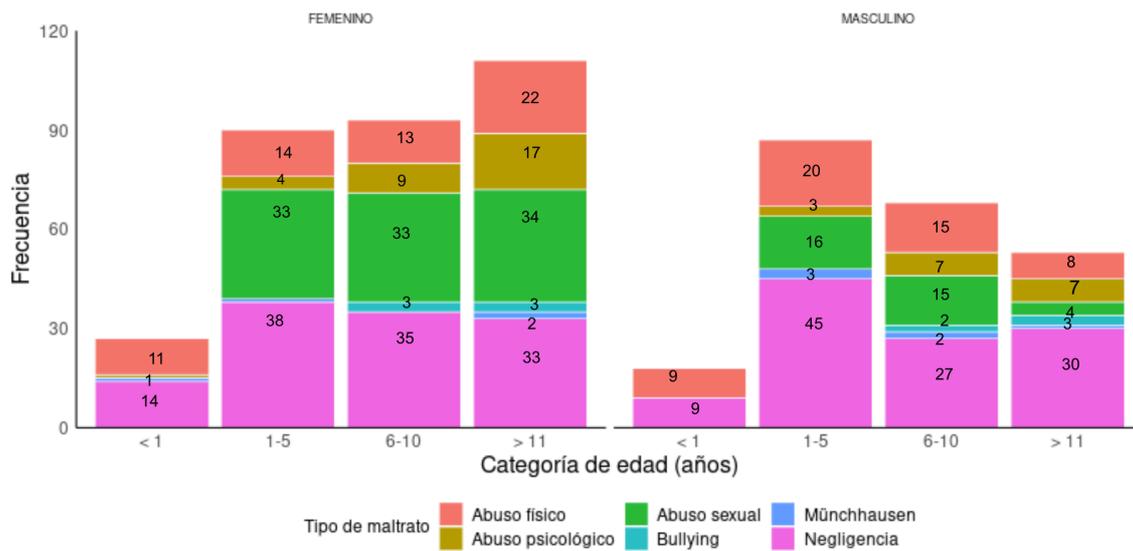
437) se identificó alguna de las variedades de maltrato infantil, mientras que en el 19.78% de pacientes (n= 168) no se encontró maltrato infantil pero se identificaron factores de riesgo de maltrato, por lo que estos pacientes se encuentran susceptibles a sufrir un evento de maltrato en el futuro. Así mismo, se encontró que el 10.71% de los pacientes (n= 91) no se presentaron (NSP) a revaloración por lo que podría subestimarse en estos pacientes el diagnóstico de maltrato (Gráfica 2).



Gráfica 2. Diagnóstico de pacientes por categoría de edad

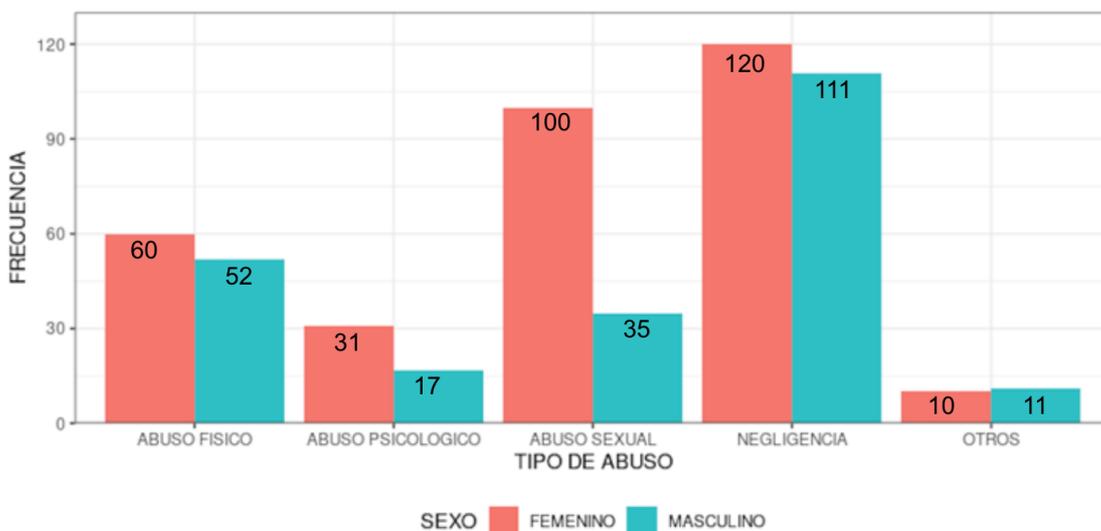
De los 437 pacientes en los que se identificó maltrato infantil (gráfica 4). El 57.43% corresponde mujeres (n=251) y el 42.56% a hombres (n=186). Así mismo, se encontró que el 44.85% (n= 196) de nuestra población es representada por menores de 5 años, a comparación de los escolares quienes representan el 28.37% (n= 127) y adolescentes con el 26.77% (n=117) de los pacientes en quienes se identificó alguna variedad de maltrato.

En ambos sexos, la variedad negligencia se encontró con mayor frecuencia respecto a las otras variedades de maltrato en el 52.86% (n= 231). A excepción del grupo de mujeres mayores a 11 años, en la cual el abuso sexual se encontró con mayor frecuencia en el 44.15% (n= 34) a comparación de la negligencia, encontrada en el 42.85% (n=35)

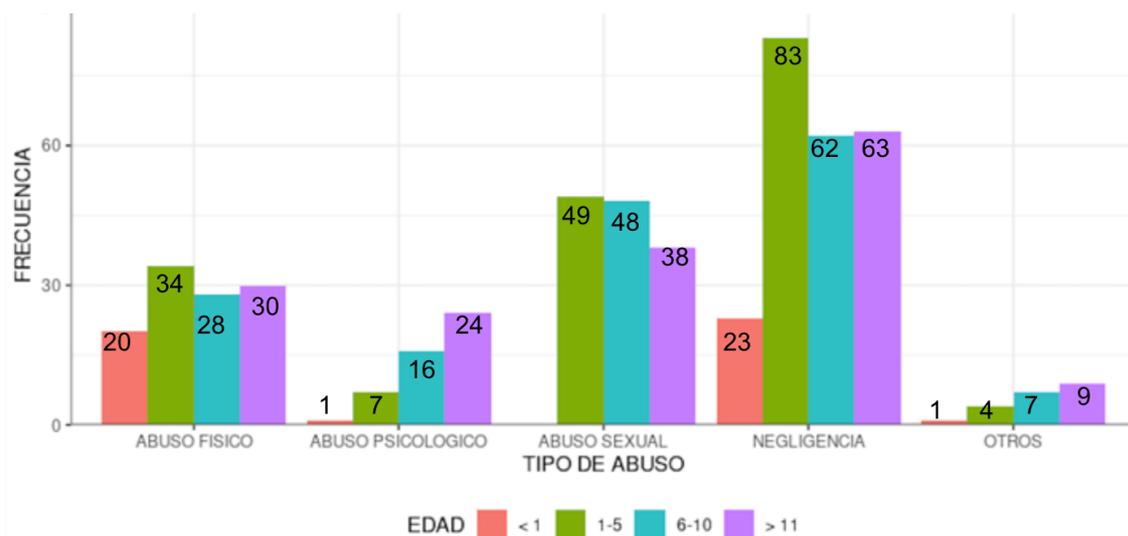


Gráfica 3. Variedad de maltrato presentado en pacientes por sexo y edad

En pacientes mujeres (gráfica 3), la segunda variedad más presentada fue abuso sexual (gráfica 4), encontrándose en el 31.15% (n=100) de las pacientes, seguido de la variedad maltrato físico en el 18.69%(n=60), variedad maltrato psicológico en el 9.65% (n=31) y por último trastorno Munchausen y Bullying que representan 1.24% y 1.86% respectivamente. Esto a excepción del grupo de menores de un año, en la cual la segunda variedad más común fue abuso físico en el 50% (n=11) y la tercera con abuso psicológico en un paciente, sin encontrarse variedades abuso sexual, Munchausen ni Bullying en este grupo de edad (gráfica 5).



Gráfica 4. Frecuencia de maltrato por el sexo de pacientes



Gráfica 5. Variedad de maltrato por grupos de edad

En pacientes hombres (gráfica 3), la segunda variedad más encontrada es maltrato físico en el 27.9% (n=52), la tercera variedad más encontrada es abuso sexual 18.81% (n= 35), seguido de abuso psicológico 9.13% (n= 17), y por último Munchausen y Bullying 3.22% y 2.68% respectivamente (gráfica 4). Esto a excepción del grupo de edad de menores de un año, en los cuales el abuso físico y negligencia se encontró en el 52.94% de pacientes (n=9) para ambos, y no se encontró maltrato físico, abuso sexual o Munchausen ni Bullying en este grupo de edad (Gráfica 5).

En cuanto a lo anterior, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes y la variedad de maltrato infantil (χ^2 g.l. =4, $\alpha=0.05=20.47$, $p<0.001$), así como la edad y la variedad maltrato (χ^2 g.l.=8, $\alpha=0.05=16.273$, $p<0.039$).

7. DISCUSIÓN

El maltrato infantil se encuentra frecuentemente infradiagnosticado en nuestro país. En nuestro estudio se encontró que en el 10.71% de los pacientes no se presentaron a su cita valoración (NSP), por lo cual no se incluyeron en el estudio. Lo anterior ya ha sido mencionado por otros autores, como se refiere por Pérez et al¹⁰, quienes reportan que uno de cada diez niños sufre alguna forma de maltrato, sin embargo, sólo uno de cada 100 es detectado o reportado y atendido.

Debido a que el diagnóstico de maltrato infantil, debido a sus múltiples variedades y presentaciones, puede ser difícil de realizarse, es de suma relevancia conocer las señales de advertencia²⁰. En nuestro estudio se encontró que en el 19.78% (n= 168) de los pacientes no se encontraron indicadores de maltrato infantil al momento del estudio, sin embargo, se les identificaron factores de riesgo, por lo cual es necesario continuar el seguimiento de estos pacientes por parte de la clínica de maltrato para detectar oportunamente en el futuro la presencia de maltrato en estos pacientes.

En la investigación realizada para esta tesis, se encontró que de los pacientes que sufren alguna variedad de maltrato, la mayoría son mujeres 57.43% (n=251). Nuestro trabajo no coincide con otras publicaciones en donde se ha detectado que el abuso físico es más frecuente en niños. ^{8, 17.}

Dentro de los grupos de edad de pacientes que presentaron maltrato, los menores de 5 años representan el 44.85% (n= 196) de nuestros pacientes positivos para maltrato, a diferencia de los escolares con el 28.37% (n= 127) y adolescentes con el 26.77% (n=117). Lo cual concuerda con lo encontrado por Ross A, et al⁸, quienes reportaron que el 30% de las víctimas reportadas eran menores de 2 años, así como lo reportado por Douglas E, et al⁶, quienes reportaron que el 47.7% de las víctimas fueron menores de un año y el 79.4% fueron menores de 4 años.

Se encontró que el que el tipo de maltrato más frecuentemente encontrado es la variedad negligencia, presentado en el 52.86% (n= 231) de nuestros pacientes. Lo anterior coincide con la literatura internacional, ya que múltiples estudios han reportado mayor prevalencia de la variedad negligencia, tal como lo muestra Friedman L, et al¹⁷, en donde refiere que el tipo más común de maltrato fue por negligencia, y la lesión más común fue en sistema nervioso central con mortalidad del 9.86%. Así como Ross A, et al⁸, que reportaron hasta 71% de casos presentaron negligencia y Douglas E, et al⁶, que encontró en 2010 que de todas las víctimas el 76.7% sufrió maltrato variedad negligencia.

En el grupo general de mujeres, el segundo tipo de maltrato más presentado fue el abuso sexual encontrándose en el 31.15% (n=100) de nuestra población femenina; lo cual concuerda con lo publicado por la UNICEF^{12,13}, quien menciona que los delitos sexuales son principalmente ejercidos contra las niñas y adolescentes, reportando que para el delito de tocamientos ofensivos, 74 de cada 100 víctimas fueron niñas, y de los casos de violación sexual, en 67 de cada 100, la víctima fue una niña. También se reportó por Jui-Ying F, et al¹⁴ quienes compararon la presencia de abuso sexual en mujeres, presentado en el 16-22% de su población femenina, a diferencia del 4-11% de su población de hombres.

Sin embargo, se encontró que en el grupo de mujeres menores de un año la segunda variedad más común fue la variedad maltrato físico, encontrándose en el 50% (n=11), lo cual coincide con lo publicado por Jui-Ying F, et al¹⁴

Mientras que, en el grupo de hombres, la segunda variedad más encontrada fue el maltrato físico en el 27.9% (n=52), lo cual se ha reportado en otros estudios tal como se menciona por Douglas E, et al⁶, quien encontró que el 25.1% sufrió abuso físico. Así como Jui-Ying F, et al¹⁴ quienes reportan la presencia de abuso físico en hombres en el 5-54% de sus pacientes, a diferencia de las mujeres quienes presentaron maltrato físico en el 4-42%

A excepción del grupo de hombres menores de un año en el cual se encontró que la variedad abuso físico y negligencia se encontraron con la misma frecuencia en el 52.94% de pacientes (n=9), sin encontrarse estudios que apoyen la relación encontrada en nuestro estudio.

8. CONCLUSIÓN

El maltrato infantil es un problema muy común en nuestra población, siendo frecuentemente sub-diagnosticado debido a múltiples causas, incluyendo a la complejidad del diagnóstico debido a sus múltiples presentaciones.

De los pacientes dentro del periodo 2013 a 2020 de un hospital de tercer nivel de atención pediátrico de la Ciudad de México que se incluyeron en el estudio, el sexo predominante fue el femenino y el grupo de edad predominante fue menores de 5 años.

La variedad más encontrada dentro de ambos sexos y los diversos grupos de edad, fue la variedad negligencia; mientras que la segunda más común en mujeres fue el abuso sexual y la segunda más común en hombres fue el abuso físico.

Una parte importante de la población de nuestro estudio no presentó maltrato infantil, sin embargo, presentaron factores de riesgo, pudiendo elevar en el futuro la prevalencia de pacientes con maltrato. Por lo anterior, es importante la identificación y seguimiento de estos pacientes.

Para finalizar, de los pacientes que presentaron maltrato infantil, un gran número presentaba una patología previa, lo cual puede ser de utilidad en futuras investigaciones, para asociar enfermedades con la prevalencia de maltrato.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido a que se trata de un estudio realizado en un tercer nivel de atención médica, con la base de datos tomada del expediente clínico electrónico a partir de pacientes interconsultados por sospecha de maltrato infantil del 2013 a 2020, el diagnóstico de maltrato puede estar sub-diagnosticado debido a pacientes con maltrato que no se interconsultaron de otros servicios a la clínica de maltrato, pacientes los cuales no se presentaron a su consulta de valoración de primera vez o de seguimiento en la clínica de maltrato o inclusive pacientes en quienes se diagnosticó maltrato infantil pero no cuentan con el diagnóstico documentado en el expediente clínico electrónico.

10. BIBLIOGRAFIA.

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil [Internet]: 2016 Sept 30. [Ultima actualización 2016 septiembre 30; Fecha de la Cita 2019 Agosto 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Kempe H, Silverman F, Steele B, et al. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 1962 Julio 7;181:17-24.
3. Loredó A. Maltrato infantil: ¿conocer su impacto económico favorece su prevención?. Acta Pediatr. Méx. 2016 ene/feb; 37 (1): 1-3.
4. Stoltenborgh M, Bakermans-Krakenburg M, Van Ijzendoorn M, et al. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013 Abril 18;48(2):81-94
5. Nowak C. Recognition and Prevention of Child Abuse in the Child with Disability. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2015 Dic;169(4):293-301
6. Douglas E, Mohn B. Fatal and non-fatal child maltreatment in the US: An analysis of child, caregiver, and service utilization with the National Child Abuse and Neglect Data Set. Child Abuse Negl. 2014 Enero;38(1):42-51

7. Farrel C, Fleeger E, Monuteaux M, et al. Community Poverty and Child Abuse Fatalities in the United States. *Pediatr Rev.* 2017 May;139(5).
8. Ross A, Juarez C. A brief history of fatal child maltreatment and neglect. *Forensic Sci Med Pathol.* 2014 Sep;10(3):413-22.
9. Loreda A, Villanueva H, Aguilar M, et al. Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2016 Agosto; 73 (4): 219-227
10. Pérez J, Flores L, García C, et al (2015). Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. *Acta Pediatr Mex* 2015; 36 (2):61-71.
11. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. *Diario Oficial de la Federación.* Ciudad de México, 16 de abril de 2009.
12. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
13. UNICEF. Una situación habitual Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes. Nueva York, Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), División de Datos, Investigación y Políticas Noviembre de 2017
14. Jui-Ying F, Yi-Ting C, Hsin-Yi C, et al. Prevalence of different forms of child maltreatment among Taiwanese adolescents: A population-based study. *Child Abuse Negl.* 2015 Abr;42:10-9
15. McCarroll J, Fisher J, Cozza S. Characteristics, Classification, and Prevention of Child Maltreatment Fatalities. *Mil Med.* 2017 Enero;182(1):e1551-e1557
16. Pinheiro, P. Informe mundial sobre la violencia en contra de los niños y las niñas. Nueva York, Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): 2006 Agosto 19.

17. Friedman L, Sheppard S, Friedman D. A retrospective cohort study of suspected child maltreatment cases resulting in hospitalization. *Injury*. 2012 Nov;43(11):1881-7.
18. Pressel D. Evaluation of Physical Abuse in Children. *Am Fam Physician*. 2000 Mayo 15;61(10):3057-64.
19. Glick J, Lorand M, Bilka K. Physical Abuse of Children. *Pediatr Rev*. 2016 Abril; 37(4): 146-158.
20. Pomeranz E. Child Abuse and Conditions That Mimic It. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Dic;65(6):1135-1150
21. Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev*. 2017 Marzo;38(3):105-118
22. Font S, Berger L. Child Maltreatment and Children's Developmental Trajectories in Early to Middle Childhood. *Child Dev*. 2015 Mar-Abr;86(2):536-56.
23. Nagarajan S. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. *J Forensic Dent Sci*. 2018 Jan-Apr;10(1):5-7.
24. UNICEF. Convención Sobre los Derechos del Niño. Madrid: UNICEF Comité Español. Junio de 2006.
25. Butchart, Alexander. II. Kahane, Tony. Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. Francia: 2009.
26. Organización Mundial de la Salud. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. World Health Organization. Suiza: 2016