

Factores de riesgo asociados al síndrome de maltrato infantil en niños mexicanos atendidos en el Servicio de Urgencias

Risk factors associated with maltreatment syndrome in Mexican children seen at the Emergency Department

D. en C. Mireya Robledo Aceves^{a,b}, Dra. Nancy J. Jaime Maldonado^a,
Lic. Efrén Martínez Romero^b y Dr. Javier Á. Barriga Marín^{a,b}

RESUMEN

Introducción. El maltrato infantil es causa frecuente de hospitalización en países en desarrollo. Los niños que sufren algún tipo de abuso físico o psicológico pueden desarrollar problemas de adaptación social. Este estudio analiza los factores de riesgo asociados con el síndrome de maltrato infantil en niños hospitalizados en el Servicio de Urgencias.

Población y métodos. Estudio de casos y controles de niños con y sin maltrato infantil en una proporción 1:1, desde enero de 2015 a diciembre de 2016. Se analizaron los factores de riesgo más relevantes; se consideró estadísticamente significativo si la $P \leq 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 148 niños con maltrato y 148 sin maltrato. El maltrato fetal fue el más frecuente, seguido del abandono. El agresor, en la mayoría de los casos, fue un familiar o algún conocido del niño. Ser madre adolescente (*odds ratio* ajustado [ORa] 3,19; intervalo de confianza [IC] 95 %: 1,49-6,80), baja educación (ORa 4,70; IC 95 %: 2,33-9,45), ingresos económicos bajos (ORa 2,02; IC 95 %: 1,16-3,5), uso de drogas ilegales (ORa 15,32; IC 95 %: 6,22-37,7), niño con discapacidad (ORa 8,58; IC 95 %: 2,76-26,6) y menores de 2 años (ORa 2,08; IC 95 %: 1,20-3,63) fueron los factores de mayor riesgo para maltrato infantil.

Conclusión. Madres adolescentes con bajo nivel socioeconómico tienen mayor riesgo por parte del cuidador. La discapacidad es un factor de riesgo que se incrementa al doble en el análisis multivariado cuando se asocia madre adolescente y consumo de drogas ilegales.

Palabras clave: maltrato a los niños, factores de riesgo, niños.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.4>
Texto completo en inglés:
<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.4>

Cómo citar: Robledo Aceves M, Jaime Maldonado NJ, Martínez Romero E, Barriga Marín JA. Factores de riesgo asociados al síndrome de maltrato infantil en niños mexicanos atendidos en el Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(1):4-10.

- a. Departamento de Urgencias de Pediatría.
 - b. Grupo multidisciplinario para la atención de niños víctimas de maltratos.
- Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, México.

Correspondencia:
D. en C. Mireya Robledo Aceves:
myreace@yahoo.es

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 17-10-2018
Aceptado: 22-7-2019

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) se define como todas las formas de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o abandono que terminan como daño físico o psicológico que afecta la dignidad y el desarrollo infantil.¹ El MI es seguido por un comportamiento de aislamiento social que luego se asocia con enfermedades mentales, como ideación o intento suicida,^{2,3} bajo rendimiento académico, siendo víctima de violencia en el noviazgo o violencia doméstica,¹ delincuencia,⁴⁻⁶ dependencia del alcohol^{7,8} y uso de drogas ilegales.^{3,5,9}

Una de las principales secuelas de los niños que han sufrido algún tipo de maltrato es que se conviertan en padres que provoquen cualquier tipo de maltrato a sus propios hijos,² no solo como golpear o privar de las necesidades básicas, sino perpetuar el contacto con drogas ilegales, como marihuana, cocaína y anfetaminas, un problema social a nivel mundial y no únicamente de países considerados productores de drogas.

Existen múltiples estudios que buscan los factores de riesgo asociados con MI. Entre estos factores, uno de los más importantes son las características del cuidador, ya que él se convierte en el principal agresor o falla en el cuidado del menor y lo expone al riesgo. Entre los factores de riesgo del cuidador, está el hecho de ser madre adolescente. Se ha observado que, desde el embarazo, las madres menores de 18 años acuden en menor cantidad a sus citas a los servicios médicos con ausencia de prevención

de infecciones durante el embarazo, lo que pone en riesgo a sus hijos desde antes de la concepción.¹⁰

La presencia de violencia doméstica en la familia no solo favorece la violencia hacia el menor, sino que lo condiciona a que el actuar violento sea un comportamiento normal.² Se ha estudiado la pobreza económica como factor de riesgo de maltrato por la frustración de los padres ante su situación económica hacia los hijos; sin embargo, no es un factor claramente establecido.¹¹

Existen estudios que relacionan el uso de drogas por uno o ambos padres como uno de los principales factores de riesgo del MI, no solo por la condición social que se presenta en las personas adictas, como la pobreza económica o el descuido del menor, sino como favorecedor del uso de drogas en edades tempranas de sus propios hijos.²

La producción y dependencia de drogas presenta un serio problema en México. No se cuenta con información fidedigna de la distribución y el consumo de drogas en la población y existe poca información sobre la prevalencia de niños víctimas de maltratos.

Las salas de emergencia son el primer contacto donde se pueden detectar niños con MI y se pueden establecer los factores asociados de riesgo y preventivos para poder establecer medidas para el bienestar del menor, legales y preventivas. El objetivo principal de este estudio fue analizar y determinar los factores asociados con el síndrome de maltrato infantil (SMI) en los niños.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Estudio prospectivo de casos y controles que incluyó a niños de 0-15 años de edad hospitalizados por SMI en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I Menchaca", Guadalajara, Jalisco, México, durante el período comprendido de enero de 2015 a diciembre de 2016. Este Hospital de tercer nivel brinda atención médica a las personas de los pueblos rurales y urbanos del oeste de México. El Servicio de Urgencias cuenta con dos oficinas de consulta para evaluación del *triage* y 31 camas para pacientes en observación. 12 pediatras y 24 enfermeras atienden a los pacientes pediátricos que acudían al Servicio. Además, contaba con un Grupo Multidisciplinario para la Atención de Niños Víctimas de malos tratos (GMANM), constituido por un psicólogo, un toxicólogo pediatra, un radiólogo pediatra, un ginecólogo, dos trabajadoras sociales y un

departamento jurídico. Este personal evalúa a todos los pacientes que ingresan al Servicio de Urgencias para hacer el diagnóstico y el manejo subsecuente psicológico, social y legal de los niños con SMI.

El SMI fue definido como todas las formas de maltratos físicos, emocionales, abuso sexual, negligencia o abandono del menor que provocaran un daño a la salud, al desarrollo o a la dignidad del menor, de acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)-9* e *ICD-10*.¹ También se incluyó el maltrato fetal, que se definió como la ausencia de consultas médicas durante el embarazo, el maltrato físico o la ingesta de drogas por parte de la madre durante la gestación.¹⁰ El abuso psicológico hacía referencia a degradar la dignidad del menor y su autoestima hasta el punto de la ideación o el intento de suicidio.

Los niños control fueron menores de 15 años de edad sin historial de maltratos, hospitalizados por otras causas en el Servicio de Urgencias, en el mismo período que los niños considerados casos. Los controles sin maltrato fueron evaluados por el GMANM para determinar que no presentaban ningún tipo de maltrato físico o psicológico. Se incluyeron, en el estudio, todos los niños con datos clínicos y radiográficos de sospecha de MI evaluados por el GMANM en los que se confirmó el diagnóstico de SMI. Se excluyeron los niños con sospecha de MI en los que, después de la evaluación por el GMANM, se descartó completamente el diagnóstico de SMI. Se eliminaron los casos en los que no se logró realizar una evaluación completa por el GMANM en un expediente. Los niños con SMI se compararon con niños sin antecedentes de MI con una proporción 1 : 1 en forma consecutiva.

Datos demográficos y factores de riesgo

Los registros médicos de los niños incluidos en este estudio fueron revisados de forma independiente por dos pediatras y la información se recopiló mediante un cuestionario estandarizado. Se investigaron los siguientes datos demográficos: edad, género, fecha de nacimiento, edad gestacional, peso actual y al nacer, hospitalizaciones previas y antecedentes de enfermedades previas. Se entrevistó a los padres para buscar posibles factores de riesgo conocidos para el SMI, incluidos los siguientes: edad y grado de educación de los padres, ingreso semanal por familia en pesos mexicanos, estado civil de la madre, historial de abuso infantil, antecedentes

penales, uso de drogas ilegales en ambos padres, ser o haber sido cuidador de alguna persona discapacitada o acudir al programa Escuela para Padres de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Estaba dirigido a tutores legales de los menores de educación básica, mediante talleres de educación cívica y de valores sociales para un mejor rendimiento escolar del menor, en el que los padres acudían en forma voluntaria.

Análisis estadístico

Las variables del tipo de maltrato y los datos demográficos se expresaron con frecuencias y proporciones. En el análisis bivariado, se realizó la prueba de χ^2 y la razón de probabilidad (*odds ratio*, OR); para los factores de riesgo, se estableció con un intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %). Se expresó como OR crudo. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar la desviación explicada para las diferentes variables de interés; se utilizó el modelo de *backward*. Se expresó como OR ajustado $-(a)OR-$. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo. Los OR se ajustaron con las siguientes variables: ser madres adolescentes, uso de drogas ilegales y educación básica (primaria) para ambos padres. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 21.0.0.

Consideraciones éticas

El consentimiento informado se obtuvo de los padres de todos los niños en el momento de la evaluación clínica como evaluación habitual del Hospital y otro consentimiento para incluir los datos en la investigación. Además, los niños mayores de cinco años firmaron una carta de asentimiento de acuerdo con la Ley Federal en Materia de Investigación en Salud de los Estados Unidos Mexicanos. El Consejo de Investigación local y el Comité Ético del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" aprobaron el protocolo de estudio de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki, 2013.

RESULTADOS

Tipos de maltrato

Durante el período de estudio, se atendieron, en el Servicio de Urgencias, 148 niños con SMI. El 25 % de los casos fueron por maltrato fetal, seguido del abandono del menor por los padres con algún familiar, como la abuela o amigos, principalmente, vecinos (Tabla 1).

Factores de riesgo asociado a niños con síndrome de maltrato infantil

La Tabla 2 muestra las características sociodemográficas del grupo de estudio. La edad de los padres se dividió en tres grupos etarios. El nivel de escolaridad se clasificó por el tipo de población que se atendía en el Hospital en primaria (básica) completa o incompleta, secundaria y educación media superior (bachillerato). No se encontraron, en nuestra población, licenciaturas o posgrados. Hubo una asociación de riesgo con ser una madre adolescente (edad ≤ 19 años), educación básica de ambos padres, así como tener un ingreso semanal menor de 1500 pesos mexicanos, que correspondía a menos de 75 dólares. Por el contrario, se encontró una baja asociación con educación media superior de ambos padres y un ingreso semanal de 1501 a 2500 pesos mexicanos, y, al reajustar el OR con el uso de drogas ilegales, se perdía esta protección.

En los antecedentes de los padres, se encontró que haber cuidado a una persona con discapacidad, principalmente, a un familiar (con más frecuencia, a un hermano), antes de tener hijos y asistir al programa Escuela para Padres eran factores de baja asociación de riesgo con MI. Al reajustarlos con ser madre o padre adolescente y contar con educación de primaria, persistieron

TABLA 1. Casos de maltrato infantil de este estudio (N: 148)

Tipo de maltrato reportado	%	n
Maltrato fetal ^a	25	37
Negligencia o abandono por los padres	23,8	35
Abuso físico	18,2	27
Agresor		
Padre	29,6	8
Madre	29,6	8
Padraastro o madrastra	37	10
Otro familiar ^b	3,8	1
Abuso sexual	17,5	26
Agresor		
Abuelo	38,5	10
Padraastro	15,3	4
Otro familiar ^b	34,6	9
Otra persona no familiar ^c	11,6	3
Abuso psicológico por los padres	15,5	23
Total	100	148

^a Abuso fetal es la ausencia de control prenatal y uso de drogas durante el embarazo.

^b Tíos o primos. ^c Vecinos.

TABLA 2. Características socioeconómicas de los padres de los 296 niños estudiados

Características	Caso/control n = 148/148	Crudo OR (IC 95 %)	Ajustado ^a OR (IC 95 %)	p ^b
Edad materna				
Madre adolescente (≤ 19 años)	30/11	3,17 (1,45-7,05)	3,19 (1,49-6,80)	0,003 ^c
20-35 años	83/113	0,40 (0,23-0,64)	1,96 (1,05-3,64)	0,03 ^c
≥ 36 años	35/24	1,46 (0,91-2,33)	1,90 (0,77-4,64)	0,15
Nivel de escolaridad de la madre				
Básica (completa o incompleta)	68/31	3,12 (1,87-5,53)	4,70 (2,33-9,45)	0,0001 ^c
Secundaria	59/69	0,78 (0,47-1,24)	1,19 (0,74-1,94)	0,46
Media superior	21/48	0,34 (0,19-0,64)	2,88 (1,57-5,30)	0,001 ^c
Edad del padre				
Padre adolescente (≤ 19 años)	9/3	3,13 (0,76-14,9)	2,86 (0,72-11,28)	0,13
20-35 años	89/100	0,74 (0,45-1,23)	1,21 (0,73-1,98)	0,44
≥ 36 años	50/45	1,13 (0,67-1,90)	0,99 (0,59-1,66)	0,97
Nivel de escolaridad del padre				
Básica (completa o incompleta)	66/34	2,70 (1,59-4,60)	2,44 (1,45-4,11)	0,001 ^c
Secundaria	58/63	0,87 (0,53-1,42)	0,99 (0,61-1,6)	0,99
Media superior	24/51	0,37 (0,20-0,66)	2,91 (1,62-5,24)	0,0001 ^c
Ingreso semanal por familia (pesos mexicanos)				
≤ \$ 1500	139/92	3,08 (1,78-5,34)	2,02 (1,16-3,5)	0,01 ^c
\$ 1501-2500	9/41	0,17 (0,07-0,38)	9,93 (3,93-25,89)	0,0001 ^c
≥ \$ 2500	0/15	0,06 (0,00-0,41)	11,17 (1,45-8,81)	0,02 ^c

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

^a Los OR fueron ajustados con el uso de drogas ilegales por los padres.

^b Chi² para OR ajustado, p < 0,05.

^c Prueba exacta de Fisher para los OR ajustados, p < 0,05.

TABLA 3. Antecedentes de los padres de los 296 niños estudiados

Característica	Caso/control n = 148/148	Crudo OR (IC 95 %)	Ajustado ^a OR (IC 95 %)	p ^b
Antecedentes maternos				
Madre soltera	6/4	1,52 (0,42-5,50)	0,62 (0,17-2,28)	0,47
Casada	115/124	0,33 (0,17-0,63)	0,73 (0,39-1,35)	0,31
Haber cuidado a discapacitados	10/39	0,20 (0,90-0,42)	0,25 (0,12-0,55)	0,0001 ^c
Antecedentes criminales ^d	49/21	2,99 (1,63-5,57)	2,89 (1,58-5,27)	0,001 ^c
Uso de drogas ilegales	81/8	15,6 (6,19-42,22)	15,32 (6,22-37,7)	0,0001 ^c
Marihuana	33/3	28,3 (4,01-571)	9,70 (3,28-28,71)	0,0001 ^c
Anfetaminas	23/3	8,89 (2,46-38,14)	8,53 (2,44-29,78)	0,001 ^c
Inhalados (tonsol)	10/1	10,43 (1,35-220)	9,75 (1,20-79,21)	0,03 ^c
Cocaína	15/1	16,58 (2,26-341)	17,39 (2,22-136)	0,007 ^c
Historial de haber sufrido abuso infantil	18/28	0,59 (0,31-1,1)	1,40 (0,72-2,75)	0,31
Asistir a Escuela para Padres	43/100	0,20 (0,12-0,33)	0,20 (0,12-0,34)	0,0001 ^c
Antecedentes del padre				
Antecedentes criminales ^d	35/14	2,96 (1,45-6,12)	2,96 (1,51-5,78)	0,001 ^c
Uso de drogas ilegales	135/45	7,55 (4,37-13,08)	6,90 (4,08-11,67)	0,0001 ^c
Marihuana	48/14	4,59 (2,30-9,28)	4,16 (2,14-8,07)	0,0001 ^c
Anfetaminas	55/20	3,78 (2,05-7,03)	3,40 (1,88-6,15)	0,0001 ^c
Inhalados (tonsol)	12/4	3,18 (0,92-11,99)	3,36 (1,03-10,9)	0,04 ^c
Cocaína	20/7	3,15 (1,21-8,50)	3,36 (1,34-8,39)	0,009 ^c
Historial de haber sufrido abuso infantil	10/15	0,64 (0,27-1,48)	1,24 (0,53-2,93)	0,61

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

^a Los OR se ajustaron con ser adolescente y educación básica. ^b Chi² para los OR ajustados, p < 0,05.

^c Prueba exacta de Fisher para OR ajustados, p < 0,05. ^d Uso o posesión de drogas.

las variables con baja asociación. Por el contrario, el uso de drogas ilegales eran factores de riesgo para el SMI y, al reajustarlos con las variables ya mencionadas, se mantuvo el riesgo (Tabla 3).

La Tabla 4 muestra las características de los niños como factores de riesgo asociados al SMI. Se observó que tener una discapacidad en el sistema nervioso central (SNC), como parálisis cerebral infantil, hidrocefalia o síndrome de Down, eran factores de riesgo para presentar SMI e incrementan el riesgo al doble si la madre era adolescente y usaba algún tipo de droga ilegal.

DISCUSIÓN

El abuso físico es el maltrato más frecuentemente reportado en las unidades de urgencias pediátricas.¹¹⁻¹⁵ En nuestro estudio, se encontró que la principal causa de maltrato en nuestra comunidad era el maltrato fetal.

Ramos et al. y Fajardo et al., en estudios realizados en población mexicana, reportaron como factor de riesgo de maltrato fetal ser madres adolescentes o menores de 19 años.¹⁰⁻¹⁶ Putman et al., en California, observaron que, entre más joven era la madre, más alto fue el porcentaje de niños reportados con maltrato y no encontraron diferencia racial/étnica.¹⁷

En nuestro país, el embarazo en adolescentes se ha incrementado a pesar de las medidas de prevención. Probablemente, esta sea la causa de la mayor prevalencia de maltrato fetal. Tanto en la literatura como en este estudio, se demuestra que se ha fallado en la educación sexual en el adolescente.

Corresponde al pediatra, como parte de la salud del adolescente, participar en estrategias

para mejorar la educación sexual y disminuir el embarazo en estas edades. Estas estrategias no solo deben incluir la detección del embarazo en adolescentes y servicio de salud de alto riesgo, sino estrategias multidisciplinarias con educación, salud y religión para disminuir el riesgo del SMI y de otros problemas sociales, como violencia, que se asocian a los padres adolescentes.

Con respecto al agresor, la mayoría de los estudios reportaron que el principal maltratador eran los padres biológicos.¹²⁻¹⁴ Sin embargo, en nuestro estudio, se observó que el abuso físico, principalmente, fue por la madrastra o el padrastro, mientras que el abuso sexual fue por el abuelo u otro familiar (tíos o primos). Este estudio aporta dicha información para determinar grupos de riesgo y poder orientar estrategias en los servicios de prevención.

La literatura reporta múltiples factores asociados al SMI, como ser madre adolescente,^{10,14,16,17} nivel de educación bajo,^{14,18} pobreza económica,^{12,14,19,20} ser madre soltera²¹ o familias monoparentales,¹⁸ antecedente en los padres de SMI,^{4,13,20} alcoholismo,^{22,23} antecedentes criminales,^{4,14} que el menor tenga una edad de 3 años²⁴ o alguna discapacidad.^{14,21,25,26} Estos factores fueron buscados en nuestra población y, al reajustarlos con el uso de drogas, incluso al mejorar los ingresos económicos, persistió el riesgo.

En estudios epidemiológicos realizados en California, Estados Unidos de América (EE. UU.), han observado que no solo el uso de drogas, sino que el ambiente de drogas, como la disponibilidad de estas sustancias, la venta y la distribución de sustancias ilegales e incluso legales (por ejemplo,

Tabla 4. Antecedentes de los 296 niños estudiados

Características	Caso/control n = 148/148	Crudo OR (IC 95 %)	Ajustado ^a OR (IC 95 %)	p ^b
Género masculino	60/69	0,78 (0,48-1,27)	0,82 (0,49-1,37)	0,46
Edad (años)				
≤ 2	76/81	0,87 (0,54-1,41)	2,08 (1,20-3,63)	0,009 ^c
3-5	21/27	0,74 (0,38-1,44)	0,98 (0,50-1,94)	0,97
6-12	37/31	1,26 (0,71-2,24)	0,53 (0,29-1,98)	0,43
≥ 13	14/9	1,61 (0,63-4,20)	0,75 (0,41-1,36)	0,35
Antecedentes				
Hospitalizado al nacer	33/19	1,95 (1,01-3,79)	1,84 (0,92-3,64)	0,08
Haber sido prematuro	21/21	1,35 (0,69-2,63)	1,28 (0,63-2,57)	0,48
Tener una discapacidad ^d	18/4	4,98 (1,54-17,9)	8,58 (2,76-26,6)	0,0001 ^c

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

^a Los OR fueron ajustados con ser una madre adolescente y uso de drogas ilegales. ^b Chi² para OR ajustado, p < 0,05.

^c Prueba exacta de Fisher para OR ajustado, p < 0,05.

^d Niños con parálisis cerebral infantil, hidrocefalia, autismo y síndrome de Down.

el alcohol), favorecen el ambiente para que estas poblaciones presenten mayor frecuencia de SMI.^{19,23} México es un país propenso a este ambiente por su alto grado de narcotráfico.

Con respecto a las drogas lícitas, como el tabaco y el alcohol, se analizaron en este estudio. Sin embargo, no se encontró una asociación de riesgo, motivo por el cual no se incluyeron.

De los factores de baja asociación al SMI, como haber cuidado a una persona discapacitada o acudir a la escuela para padres, no se encontraron referencias en la literatura. Se incluyó como variable el antecedente de los padres de los sujetos de estudio de haber cuidado a una persona discapacitada porque, en el GMANM, se observó que esta variable era un factor de riesgo común en los casos de MI en el síndrome de Münchhausen por poderes. Por el contrario, tener este antecedente en el cuidador del menor resultó ser un factor protector contra el SMI en general. Llama la atención que, al ajustar estas variables con ser madre adolescente y escolaridad baja, continuaron con bajo riesgo. Estos dos factores, por sí mismos, hablan de apego o unión familiar.

Thornberry et al., en una revisión, encontraron que, aunque los padres hubieran sufrido de MI, no se convertían en maltratadores; por el contrario, si las madres tenían relaciones seguras y estables, con apego, satisfacción e incluso apoyo en la religión, eran menos propensas a ser maltratadoras.²⁷

En cuanto a las limitaciones de este estudio, con respecto a los sujetos estudiados, solo se incluyeron niños atendidos en el Departamento de Urgencias y no se incluyeron grupos de riesgo, como los niños que vivían en la calle.

De los antecedentes maternos, aunque se incluyeron los más relevantes de la literatura, no se especificó como una variable la violencia hacia la mujer y la violencia íntima de pareja. A pesar de que, actualmente, hay un cambio en la comunidad mundial al respecto de la violencia hacia la mujer que han fundado movimientos como "Ni una Menos" (Argentina), "Ni una Más" (México) o "Me Too" (EE. UU.), en México, no se cuenta con estadísticas actualizadas de este tipo de violencia. Además, se necesita crear una encuesta estandarizada y validada para poder medir en forma sistemática este tipo de variables para incorporar en investigaciones futuras.

En conclusión, el uso de drogas ilegales y ser madre adolescente son factores de riesgo asociados al SMI, mientras que el apego con participación en programas educativos son

factores de baja asociación. Conocer estos factores orienta para crear programas de prevención específicos y reconocer a niños con alto riesgo de sufrir maltrato. ■

Agradecimientos

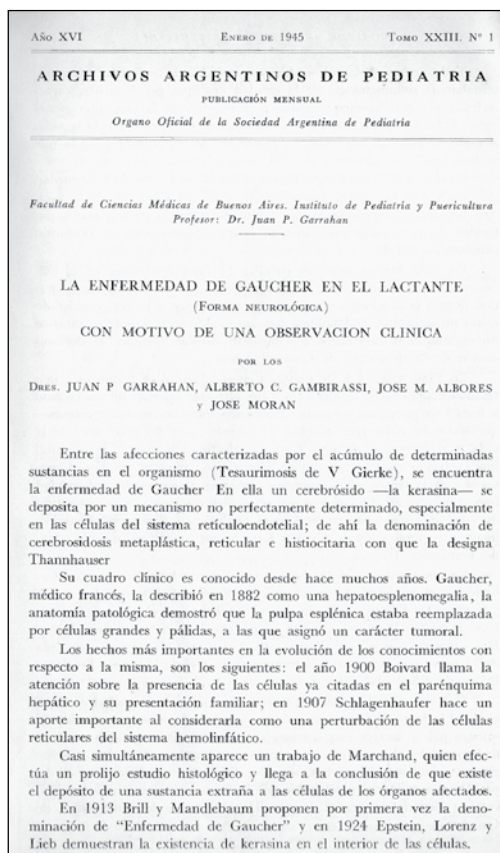
Agradecemos a Jessica Margarita Delgadillo Ruelas, Iván Antonio Gallardo Mendoza, Citlalli Berenice Ruiz Rosas, Gemma Isabel González Corona por sus útiles contribuciones durante el estudio de campo y a Edith Calleros González por su asistencia.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Child mistreatment (child abuse). [Consulta: 1 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/child_abuse/en/.
2. Rogosch FA, Oshri A, Cicchetti D. From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: A developmental cascade model. *Dev Psychopathol.* 2010;22(4):883-97.
3. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, et al. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ.* 2014;186(9):e324-32.
4. Jung H, Herrenkohl TI, Lee JO, Klika JB, et al. Effects of physical and emotional child abuse and its chronicity on crime into adulthood. *Violence Vict.* 2015;30(6):1004-18.
5. Ogai Y, Senoo E, Gardner FC, Haraguchi A, et al. Association between experience of child abuse and severity of drug addiction measured by the addiction severity index among Japanese drug dependent patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(3):2781-92.
6. Lee JO, Herrenkohl TI, Jung H, Skinner ML, et al. Longitudinal examination of peer and partner influences on gender-specific pathways from child abuse to adult crime. *Child Abuse Negl.* 2015;47:83-93.
7. Gerthant A, Olajossy M. Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse. *Psychiatr Pol.* 2016;50(5):973-87.
8. Potthast N, Neuner F, Catani C. Automatic activation of alcohol cues by child maltreatment related words: a replication attempt in a different treatment setting. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):17-24.
9. Armour C, Shorter GW, Elhai JD, Elklit A, et al. Polydrug use typologies and childhood maltreatment in a nationally representative survey of danish young adults. *J Stud Alcohol Drugs.* 2014;75(1):170-8.
10. Ramos-Gutiérrez RY, Barriga-Marín JA, Perez-Molina J. Embarazo en adolescente como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(7):311-6.
11. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, et al. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. *Salud Ment.* 2011;34(1):67-73.
12. Ngiam XY, Kang YQ, Aishworiya R, Kiing J, et al. Child maltreatment syndrome: demographics and developmental issues of inpatient cases. *Singapore Med J.* 2015;56(11):612-7.
13. Blanco-Tamayo I, Salvador-Álvarez S, Cobián-Mena A, Bello-Sánchez A. Maltrato infantil intrafamiliar, en un área de salud De Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2000;4(3):30-7.
14. O'Donnell M, Nassar N, Leonard H, Jacoby P, et al. Characteristics of non-aboriginal and aboriginal children and families with substantiated child maltreatment: a

- population-based study. *Int J Epidemiol.* 2010;39(3):921-8.
15. Teeuw AH, Derkx BHF, Koster WA, Van-Rijn RR. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr.* 2012;171(6):877-85.
 16. Fajardo-Ochoa F, Olivás-Puñuñuri MR. Abuso fetal por consumo materno de drogas durante el embarazo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2010;27(1):9-15.
 17. Putnam-Hornstein E, Cederbaum JA, King B, Eastman AL, et al. A population level and longitudinal study of adolescent mothers and intergenerational maltreatment. *Am J Epidemiol.* 2015;181(7):496-503.
 18. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Pediatr.* 1997;47(1):33-41.
 19. Morton CM, Simmel C, Peterson NA. Neighborhood alcohol outlet density and rates of child abuse and neglect: moderating effects of access to substance abuse services. *Child Abuse Negl.* 2014;38(5):952-61.
 20. Canfield M, Radcliffe P, Marlow S, Boreham M, et al. Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child Abuse Negl.* 2017;70:11-27.
 21. Maclean MJ, Sims S, Brower C, Leonard H, et al. Maltreatment risk among children with disabilities. *Pediatrics.* 2017;139(4):e20161817.
 22. Wolf JP, Freisthler B. Understanding the roles of context, frequency, and quantity of alcohol consumption in child physical abuse: risk for mothers and fathers. *J Fam Violence.* 2016;31(5):539-48.
 23. Freisthler B, Wolf JP, Wiegmann W, Kepple NJ. Drug use, the drug environment, and child physical abuse and neglect. *Child Maltreat.* 2017;22(3):245-55.
 24. Deans K, Thackeray J, Groner JJ, Cooper JN, et al. Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr.* 2014;14:217.
 25. Ooki S. Characteristics of fatal child maltreatment associated with multiple births in Japan. *Twin Res Hum Genet.* 2013;16(3):743-50.
 26. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: A population based study. *Pediatrics.* 2005;116(3):609-13.
 27. Thornberry TP, Henry KL, Smith CA, Ireland TO, et al. Breaking the cycle of maltreatment: the role of safe, stable and nurturing relationships. *J Adolesc Health.* 2013;53(4):S25-31.

Archivos hace 75 años



El texto completo se encuentra disponible en la versión electrónica de este número.