



Consensos

22 de octubre de 2026



**Sociedad Argentina
de Pediatría**

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

Maltrato infantil: abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes

Actualización 2026



Autores:

Julia C. Aznar¹, Julia C. Saulino², Natalia Krejcik¹, Ana L. Tellechea², María I. Pereyra¹, Omar Tabacco³, Miguel J. Indart de Arza⁴

Colaboradores:

Marta Chorny¹, Erica Hammermüller²

Comités:

- 1) Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria
- 2) Comité Nacional de Pediatría Social
- 3) Subcomisión de Derechos de la Niñez y Adolescencia
- 4) Subcomisión de Salud Mental

Gramática y estilo

Si bien la Sociedad Argentina de Pediatría apoya la equidad, diversidad e inclusión en materia de género, en la redacción utiliza el genérico tradicional a los fines exclusivos de facilitar la lectura, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo fortalecer el rol del pediatra en la detección y abordaje de las situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes, con un enfoque de derechos. Incluye recomendaciones consensuadas por los Comités Nacionales de Pediatría General Ambulatoria y de Pediatría Social y las Subcomisiones de Salud Mental y Derechos de la Niñez y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría. El documento desarrolla la situación epidemiológica, el marco legal vigente en el país, los procedimientos mandatorios ante la sospecha de maltrato infantil y las recomendaciones específicas para su evaluación clínica.

INTRODUCCIÓN

Se denomina maltrato infantil a todas las modalidades de violencia física, psicológica o sexual, negligencia o explotación que por acción u omisión causen daño a la salud, desarrollo o dignidad de niños, niñas y adolescentes (NNyA), o pongan en peligro su supervivencia. El maltrato puede ser cometido por personas, instituciones o la sociedad en su conjunto. En la mayoría de los casos ocurre en el ámbito familiar dentro de vínculos significativos para NNyA, incrementando el impacto emocional de quienes son víctimas de violencia.

El maltrato afecta las trayectorias de desarrollo, educación y salud: produce morbilidad, mortalidad y secuelas.

Se trata de prácticas frecuentes y naturalizadas socialmente, por lo que el abordaje requiere de una mirada social con perspectiva de derechos: no debe realizarse como si sólo se tratara de un problema del ámbito privado.

La problemática del maltrato infantil constituye una emergencia sanitaria, social y ética que interpela no sólo al sistema de salud, sino también al Estado y a la sociedad toda.

METODOLOGÍA

Este documento fue elaborado por profesionales pertenecientes a los Comités Nacionales de Pediatría General Ambulatoria y de Pediatría Social y a las Subcomisiones de Salud Mental y Derechos de la Niñez y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), con experiencia clínica y académica en el abordaje de las violencias contra NNyA. El proceso metodológico incluyó una revisión de literatura científica nacional e internacional, marcos normativos vigentes y guías clínicas. Se trabajó mediante reuniones virtuales y presenciales para discutir los contenidos, validar las recomendaciones y consensuar un enfoque integral que articule aspectos legales, clínicos, sociales y de salud mental. La construcción del documento se basó en el método de consenso interno, priorizando la horizontalidad y la interdisciplinariedad, respetando los lineamientos editoriales de la SAP. Fue sometido a revisión externa por pares, además de especialistas en trabajo social.

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios internacionales revelan que 6 de cada 10 niños menores de 5 años sufren regularmente castigos físicos y/o psicológicos por parte de sus padres o cuidadores; 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 7 varones ha sido víctima



de violencia sexual durante la infancia. Se estima que en el mundo cada año hay 40.150 muertes de menores de 18 años por homicidio. Esta cifra incluye malos tratos a NNyA y probablemente subestima el verdadero alcance del problema, ya que una proporción significativa de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen incorrectamente a caídas, quemaduras, ahogamiento, entre otras causas.⁽¹⁾

Latinoamérica es la región que presenta mayor violencia contra las infancias del mundo según un informe de UNICEF:⁽²⁾ más del 50 % de los niños y niñas de 1 a 14 años han sufrido una forma violenta de disciplina en el último mes y más del 30 % castigo físico. Ésto se ha atribuido a la cultura patriarcal dominante, al uso normalizado de métodos disciplinarios violentos y a las normas sociales autoritarias. También a aspectos de la organización estatal: la debilidad de los sistemas de gobierno, la corrupción, la delincuencia organizada, la marginación urbana y las políticas de seguridad de carácter represivo incrementan la problemática.

En Argentina en 2024 se registraron 34 fallecimientos a causa de agresiones en menores de 14 años, lo que representa el 6,3 % de los fallecimientos por causas externas en ese grupo etario.⁽³⁾

El Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, dependiente del Ministerio de Justicia, creado en 2006, brinda asesoramiento y asistencia a víctimas de violencia familiar y sexual. Se registraron, a través de la línea 137, 10634 víctimas de 0 a 17 años entre 2017 a 2023. En relación con el género de las víctimas, el 58 % fueron mujeres, aumentando esta proporción conforme aumenta la edad de la víctima. En cuanto al vínculo, el 42,8 % fue la madre y el 29,7 % fue el padre. En relación con el tipo de violencia ejercida, el 57 % fue por violencia física y psicológica y el 37,8 % por violencia psicológica. En los llamados por violencia sexual, el 77 % fueron víctimas de género femenino y esta proporción también aumenta conforme aumenta la edad de la víctima.⁽⁴⁾

Durante el año 2023, fueron afectados por violencia doméstica¹ 5.391 NNyA.⁽⁵⁾

En el 80 % de los casos las personas denunciadas fueron sus progenitores:

- 96 % fueron víctimas de maltrato psicológico
- 34 % maltrato físico
- 9 % violencia sexual

¹ Hechos de violencia ejercidos por una persona contra otra u otras cuando el vínculo entre ellas es una relación familiar o afectiva, actual o pasada.



Las formas violentas de disciplinar son frecuentes en nuestro país siendo la agresión física del 18 %, mientras que los gritos y descalificaciones llegan al 54 %.⁽⁶⁾

Si bien no existen datos estadísticos oficiales recientes, en los hospitales de todo el país se percibe en los últimos años un aumento de las internaciones para resguardo, incorrectamente denominadas como “*causa social*”. En muchos casos se trata de NNyA víctimas de violencia, que no pueden regresar a sus hogares porque no se cuenta con un adulto que proteja sus derechos, pudiendo pasar meses o incluso años hasta que son alojados en un dispositivo formal de cuidado residencial (hogares residencias, casas convivenciales) mientras se resuelve la medida de protección.

En el año 2022 se alojaban en estos dispositivos un total de 9062 NNyA, existiendo sobreocupación sobre todo en los dispositivos de gestión pública.⁽⁷⁾

MARCO LEGAL

La Constitución de la Nación Argentina, a partir de la reforma del 1994, otorgó jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos del Niño estableciendo la obligación del Estado argentino de garantizar protección integral a NNyA.

La Convención reconoce, entre otros:

- el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo (art. 6)
- el derecho a la protección contra toda forma de violencia física o mental (art. 19)
- el derecho a la dignidad
- el derecho a recibir cuidados y protección especial
- La obligación de los Estados de adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para prevenir y responder a la violencia (art. 19)
- La prohibición de la tortura y los tratos crueles inhumanos o degradantes (art. 37)
- La obligación de los Estados de promover la recuperación física, psicológica y la reintegración social de las víctimas (art. 39)

El Comité de los Derechos del Niño⁽⁸⁾ insta a los Estados a adoptar estrategias integrales de prevención, establecer mecanismos de denuncia accesibles, garantizar servicios de apoyo, atención y reparación, y promover la participación de los niños en la elaboración de políticas de prevención y protección.

Asimismo, la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de NNyA establece la obligación de todos los organismos del Estado y de los profesionales de la salud de actuar frente a cualquier situación de vulneración de derechos. El artículo 30 establece que el equipo de salud tiene el deber de comunicar a las autoridades correspondientes sobre la situación de vulneración de derechos de NNyA. Una vez realizada la comunicación, el Estado tiene la obligación legal de intervenir de manera inmediata a través del denominado Sistema de Protección Integral de Derechos (SPID)², establecido por esta norma. En caso de no contar con una autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, el profesional deberá denunciar el hecho a las autoridades policiales o judiciales.⁽⁹⁾

De igual modo, la Ley N° 24.417 de protección contra la violencia familiar establece la obligación de realizar la denuncia ante el conocimiento de una situación de violencia, que rige para todos *“los servicios asistenciales sociales*

² Ver Anexo: recursos y organismos de niñez de las distintas provincias.

*o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público”.*³

El Código Civil de la Nación establece la prohibición del castigo corporal y de cualquier forma de trato violento en la crianza, promoviendo formas de cuidado basadas en el respeto por la dignidad e integridad de NNyA (art. 647).

El Código Penal incluye los delitos contra la integridad física, como las lesiones (arts. 89 a 94), con agravantes por el vínculo (art. 92), así como el homicidio agravado (art. 80). También se tipifican delitos contra la integridad sexual como el abuso sexual (art. 119), la promoción de la prostitución de NNyA (art. 125), la trata de personas con fines de explotación (arts. 145 bis y 145 ter), entre otros.

La Ley 27.709 (Ley Lucio) crea el Plan Federal de Capacitación en derechos de NNyA para todas las personas que se desempeñan en la función pública, con el objeto de fortalecer la detección temprana de las situaciones de vio-

³ Ley N° 24.417.

lencia. Por su parte, la Ley 27.452 (Ley Brisa) establece medidas de reparación económica frente a situaciones de violencia familiar con resultado de muerte.

La Ley 26.150 de Educación Sexual Integral constituye también una herramienta relevante para la prevención, detección temprana y abordaje de situaciones de violencia contra NNyA.

Sistema de protección integral de Derechos

El SPID está conformado por los organismos y entidades a cargo de las políticas públicas destinadas a la promoción, prevención, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de NNyA. Dichas políticas deben implementarse en forma articulada a nivel nacional, provincial y municipal, según establece la Ley 26.061. El proceso de intervención, implica la implementación de *medidas de protección integral* (MPI) y acciones de protección, planificadas en estrategias de restitución con objetivos y plazos concretos. Las MPI de derechos son aquellas que el organismo local implementa ante la amenaza o violación de los derechos de NNyA con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. Esta amenaza o violación puede

provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, la familia, o de la propia conducta del NNyA. Las MPI tienden a que NNyA permanezcan conviviendo con su grupo familiar. Incluyen:

- Solicitud de becas educativas en los distintos niveles y programas de apoyo escolar.
- Asistencia integral a la embarazada.
- Programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar.
- Cuidado NNyA en su propio hogar. Apoyo y orientación a los cuidadores en el cumplimiento de sus obligaciones. Seguimiento temporal de la familia.
- Tratamiento médico y psicológico de NNyA y de sus cuidadores.
- Asistencia económica.

Las MPI pueden ser sustituidas, modificadas o revocadas cuando las circunstancias que las causaron varíen o cesen.

Cuando estas estrategias implementadas por los organismos de protección no logran allanar las vulneraciones, y luego de haber apelado sin éxito a las medidas administrativas y judiciales de protección, se debe implementar una

medida de protección excepcional (MPE). Esta última implica la salida transitoria de NNyA de la convivencia familiar debido a la persistencia de la vulneración y con el fin concreto de recuperar el pleno goce de sus derechos.⁽¹⁰⁾

Las MPE (*o de abrigo*) se adoptan cuando NNyA estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo interés superior exija que no permanezcan en ese medio. Tienen por objetivo la conservación o recuperación de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias. Son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen. **Previamente deben haberse cumplido**

las MPI. Las MPE deben aplicarse bajo los siguientes criterios:

- Permanencia temporal en ámbitos familiares alternativos: personas vinculadas a ellos, a través de líneas de parentesco o por afinidad, teniendo en cuenta la opinión de los NNyA.
- Sólo en forma excepcional y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar el regreso de los NNyA a su grupo o medio familiar y comunitario. Debe considerarse la continuidad en la educación de NNyA y su origen étnico, religioso y cultural.

Cabe destacar que la legislación antes descrita es implementada en forma incompleta: la mayoría de las acciones mencionadas no se cumplen o se llevan a cabo sólo parcialmente; sin embargo, resulta fundamental que el pediatra conozca la normativa vigente y procure que se efectivice del modo más eficiente posible, bregando por la restitución de los derechos de sus pacientes.

ABORDAJE CLÍNICO

El maltrato hacia NNyA debe ser entendido en sus múltiples dimensiones considerando el contexto donde se produce, las condiciones materiales y de cuidado de las familias, la situación socioeconómica, el accionar de las instituciones, del Estado y de la sociedad toda. Se requiere un abordaje que comprenda la complejidad de esta problemática evitando la sobresimplificación y la estigmatización.

El sistema de salud cumple un rol estratégico en el abordaje integral de las violencias contra NNyA, ya que trabaja en el cuidado de esta población. Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad, la realidad cotidiana evidencia enormes dificultades estructurales para garantizar una protección

efectiva de los derechos de las infancias. Los problemas frecuentes en la práctica son: falta de recursos, escasez de dispositivos de salud mental, fragmentación de organismos, y falta de capacitación de profesionales y de equipos interdisciplinarios que determinan revictimización y demoras institucionales en el abordaje de estas situaciones urgentes.

Factores de riesgo

Los determinantes socioambientales de la salud tales como pobreza, bajo nivel educativo de los cuidadores, parentalidad a edad temprana, consumo problemático de sustancias, falta de acceso a los servicios de salud y entornos violentos pueden aumentar el riesgo de los NNyA de padecer violencias. Cabe destacar que, si bien estos determinantes sociales son comunes a las familias en las que ocurre el maltrato infantil, también existen familias con altos niveles de adversidad psicosocial en las que no ocurre el maltrato.

En Argentina 4 de cada 10 NNyA (42,3 %) viven en hogares pobres, mientras que el 9,4 % se encuentra por debajo de la línea de indigencia en el segundo semestre de 2025.⁽¹¹⁾ El 28,8 % de NNyA sufrieron inseguridad alimentaria en 2025 y el déficit de saneamiento es del 42 %.⁽¹²⁾

El Estado, mediante políticas que perpetúan la inequidad y la desprotección, constituye la matriz que sostiene y reproduce las diferentes formas de violencia (TABLA 1).

Factores Protectores

- Recursos simbólicos y materiales de los cuidadores.
- Conocimiento de desarrollo y crianza por parte de los cuidadores.
- Apoyo y/o ayuda de la familia extendida y de la comunidad.

Resumiendo los factores de riesgo del niño, de los padres y del ambiente pueden interactuar y potenciarse, lo que incrementa la vulnerabilidad de los niños a sufrir maltrato. Un factor de riesgo puede indicar múltiples vulnerabilidades (la pobreza) o que estas se prolonguen (dificultades vinculares). El maltrato infantil es más frecuente cuando los factores de riesgo son mayores que los factores protectores y cuando las situaciones de estrés, que actúan como desencadenantes, superan los sostenes y la capacidad de procesar

esas situaciones. La mayoría de las veces, no es un único factor el que determina que los cuidadores se vean sobrepasados, sino una combinación de factores y estresores que precipitan una situación abusiva.

Tipos de Maltrato

Las situaciones de maltrato, teniendo en cuenta el mecanismo que genera el daño en el niño, pueden dividirse en 4 grandes grupos: maltrato emocional, maltrato físico, violencia sexual y negligencia. Las diversas formas de maltrato pueden estar contenidas en uno o más de estos grupos; los límites entre las áreas son muchas veces indistinguibles, siendo el maltrato emocional un común denominador. Por ejemplo, en la violencia doméstica pueden coexistir los 4 grupos al mismo tiempo. Ésta es una forma frecuente de maltrato psicológico, dado que modeliza formas violentas de trato, no permitiendo un ambiente afectuoso para el desarrollo óptimo de las infancias. La violencia doméstica se asocia frecuentemente con violencia directa hacia los niños, incluso con violencia física grave.

Maltrato psicológico: Se produce cuando, por acción u omisión, los cuidadores infligen un daño emocional al niño.⁽¹³⁾ Dichas acciones incluyen: despreciar,

humillar, aterrorizar, aislar, amenazar, explotación, corrupción, ausencia de respuestas emocionales por parte del adulto, ignorar. Se manifiesta clínicamente como un estrés emocional o una conducta desadaptativa.

Maltrato físico: Es toda acción no accidental, ejecutada por parte de los cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le sitúe en grave riesgo de padecerlo.

Negligencia: se trata de la omisión por parte de los cuidadores de la atención básica: alimentación, higiene, vestimenta, asistencia médica, techo, cuando su contexto socioeconómico lo permite. También incluye la falta de supervisión, la exposición a riesgos o lesiones no intencionales, las inasistencias escolares repetidas o la no escolarización.⁽¹⁴⁾

La mayoría de los cuidadores negligentes no tienen la intención de dañar a los NNyA,⁽¹⁵⁾ Por lo que la atención debe centrarse en las circunstancias en las se produce la falta de cuidado. Puede generarse por carencia de instrucción de los cuidadores, diferencias culturales, carencia de recursos emocionales y de habilidades sociales, entre otras causas. Es mucho más frecuente de lo que se detecta, puede pasar inadvertido, salvo que sea muy evidente, por lo

que el equipo de salud debe estar muy atento. Aparece en todos los estratos socioeconómicos.

Violencia sexual: Se trata de contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto cuando éste lo utiliza para estimularse sexualmente a sí mismo o a otra persona, o lo expone a la visualización de contenidos sexuales, en forma directa o en medios digitales. Se establece siempre una relación de poder entre el agresor y su víctima. Puede ser cometido por un NNyA, cuando éste es significativamente mayor que la víctima o tiene con ella una relación de responsabilidad, confianza o poder. En estos casos, aun habiendo una diferencia de edad entre ambos, si el agresor/a es un púber o un adolescente, el consenso en nuestro país es considerar a ambos como víctimas. Esto no elude la imprescindible sanción que debe recibir el agresor, pero bajo los considerandos del sistema Proteccional, no Penal. Puede ocurrir también de forma indirecta cuando un NNyA es expuesto a contenido sexual. Toda acción de violencia sexual ejercida por un adulto es un delito y debe ser denunciado penalmente.

Cabe destacar que cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias materiales, económicas o de vivienda, las medidas de protección deben dirigirse a brindar ayuda y apoyo económico a las familias para el fortalecimiento de sus vínculos.⁴ La pobreza no es causal de intervención de los servicios de protección ni de separación de los niños de sus familias ni de su institucionalización. Tampoco la falta de políticas públicas o programas del organismo de protección de derechos.

Tipos específicos de maltrato:

Maltrato prenatal: violencia contra mujeres embarazadas, consumo problemático de la madre, conductas de riesgo y falta de seguimiento de salud adecuado, con los consiguientes efectos adversos en el niño.

⁴ Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Trastorno facticio impuesto a otro (denominado anteriormente Síndrome de Münchhausen por poder): se produce cuando uno de los progenitores o cuidadores simula la existencia de enfermedad o genera sintomatología en el niño, solicitando asistencia médica con pruebas, estudios y/o tratamientos innecesarios y cruentos. Puede encerrar extrema gravedad, incluso la muerte del niño.

Secuestro y sustitución de identidad.

Maltrato institucional: se produce cuando se instauran leyes, procedimientos, actuaciones u omisiones por parte de los poderes públicos, instituciones o sus funcionarios, en las que se violan los derechos del niño.⁽¹⁶⁾

Violencia de género: en 1998, la Asociación Americana de Pediatría estableció que el maltrato hacia las mujeres adultas es un problema pediátrico. Surge dicho maltrato por el mero hecho de ser mujer, y tiene como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Antiguamente se valoraba a los hijos de estas mujeres como espectadores, pero actualmente se les considera víctimas indirectas de dicha violencia.

Acoso entre pares: conducta agresiva física o psicológica, repetida en el tiempo, que realiza un NNyA (agresor) contra otro (víctima).

Ciberacoso: son prácticas de intimidación, realizadas a través de internet o telefonía móvil, que se realizan con intención de dañar y se repiten en el tiempo.

Grooming: son acciones deliberadas por parte de un adulto destinadas a establecer contacto con NNyA en internet, con el objetivo de obtener satisfacción sexual. Pasa por varias fases, hasta alcanzar el acosador su objetivo final: conseguir expresiones o conductas de contenido sexual, hasta llegar a chantajear y obtener fotos o vídeos pornográficos, y por último el contacto sexual.⁽¹⁷⁾

Entornos digitales violentos: acceso a contenidos con violencia sugerida o explícita, escenas de sexualidad adulta, incitación a la violencia autoinfligida o a otras personas, sin control parental, institucional y con ausencia de regulación estatal.

Violencia vicaria: es una forma de violencia de género en la que padre o madre (más frecuentemente el padre) ejerce violencia contra los hijos o los utiliza para causarle daño emocional a su pareja. Ej: amenazar con quitarle la custodia, maltratar física o emocionalmente a los hijos.



Manifestaciones clínicas

La detección de maltrato puede resultar difícil y muchas veces pasa desapercibido en la consulta. Habitualmente los NNyA no expresan que son víctimas de maltrato ya sea porque son preverbales (en quienes el maltrato es más frecuente) o por miedo. Por este motivo quienes conforman el equipo de salud deben estar atentos a signos o síntomas que puedan ser sospechosos. Otros obstáculos para el pediatra pueden ser: dificultad para distinguirlo de lesiones no intencionales; negación por tratarse de una problemática que genera perturbación, angustia e incomodidad en el equipo de salud, temor a culpar a alguien que es inocente; seguridad personal (temor a ser agredido por los cuidadores del niño); el contacto con *lo siniestro*; el impacto insoslayable en la familia y el temor a implicarse en procesos judiciales.

Las *lesiones centinela* son aquellas lesiones leves que se encuentran en un bebé que aún no camina ni gatea y se asocian a maltrato: hematomas, hemorragias subconjuntivales, lesiones intraorales como desgarró del frenillo lingual. Estas son una oportunidad para hacer un diagnóstico temprano.⁽¹⁸⁾ Los cuidadores pueden ofrecer explicaciones sin sentido, por ejemplo: “el sistema de retención infantil lo lastimó”, narrar mecanismos de lesión que son

incompatibles con el estadio madurativo del niño, o presentar un relato vago, cambiante o contradictorio. En el caso de encontrar una lesión centinela es imprescindible una evaluación urgente con estudios de laboratorio para descartar diátesis hemorrágica, de ecografías y radiografías.

En niños más grandes puede observarse ansiedad o angustia extrema al preguntarle cómo se lastimó o todo lo contrario: que reaccionen con apatía, escondiendo sus emociones.

El examen físico debe ser, como siempre, completo y sin ropa.

Los siguientes son signos de sospecha de maltrato:⁽¹⁹⁾

- Desnutrición no explicable por el contexto: puede ser por negligencia o negación del acceso a los alimentos como forma de tortura.
- Lesiones en múltiples órganos, hematomas o fracturas en diferentes estadios de curación; lesiones o hematomas en lugares inusuales: en el tronco, pabellones auriculares, cara, cuello y hombros.

- Fracturas: múltiples, costales, esternales, escapulares, en metáfisis de huesos largos, vertebrales. Una sola fractura en un bebé que no gatea ni camina.
- Hemorragia intracraneal, lesión hipóxico isquémica, hemorragia que afecta múltiples capas de la retina.
- Síndrome del bebé sacudido. Presenta síntomas inespecíficos: irritabilidad, convulsiones, apnea, vómitos, letargia. Son signos sugestivos: hemorragias retinianas, hematoma subdural, lesión cerebral hipóxico-isquémica.⁽²⁰⁾
- Mordidas o quemaduras, inclusive la quemadura por inmersión, pueden ser difíciles de identificar como maltrato, son sospechosas cuando se repiten.

Los signos de sospecha de violencia sexual incluyen:^(21,22)

- Desgarros recientes o cicatrizales del himen.

- Infecciones de transmisión sexual: sífilis o VIH (descartada la transmisión vertical) y cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae* son hallazgos de certeza. *Chlamydia*, *Trichomona*, condiloma acuminado, herpes genital son sugestivas.
- El embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años debe ser considerado siempre como violencia sexual por su inmadurez para dar consentimiento, excepto que se trate de una relación entre adolescentes de la misma edad.

Cabe destacar que en la inmensa mayoría de los casos no hay evidencias de violencia sexual porque se trata de actos que se realizan en secreto e intimidad. Es imprescindible, por lo tanto, escuchar al NNyA y creerle. Puede ser la única oportunidad para que cese el daño.

Manifestaciones emocionales comunes a todas las formas de violencia:

- Ansiedad, estrés post-traumático.
- Problemas de comportamiento y aprendizaje escolar.
- Abuso de sustancias.

- Somatizaciones: dolores y/o fatiga que no pueden explicarse por otra causa, cefalea, dolor abdominal, enuresis y encopresis.
- Aislamiento social.

Abordaje

Para la entrevista se deberá asegurar una escucha activa, privacidad y confidencialidad, teniendo en cuenta la edad. No interrogar sino dar lugar a un relato espontáneo. Se le deben explicar sus derechos y transmitirle que la situación que está viviendo no debería ocurrir y que no es responsable de lo sucedido. Reconocer el esfuerzo que está haciendo al hablar del tema. Asegurar que está haciendo lo correcto y que no corre peligro al hacerlo. No desconfiar de sus dichos y ofrecer el espacio de escucha las veces que sea necesario: es fundamental creer en la palabra del NNyA. Una lesión intencional leve sin un abordaje terapéutico adecuado puede conducir a lesiones posteriores más graves e incluso producir secuelas permanentes o la muerte.

Nunca se debe confrontar al NNyA con la persona presuntamente agresora.

En todos los casos es importante documentar detalladamente en la historia clínica: signos y síntomas, características de las lesiones, relato de los cuidadores y del paciente, de ser posible, acerca de las circunstancias en las que ocurrió.

Solicitud de estudios complementarios: pruebas de laboratorio, radiografías, ecografías, según corresponda.

En el caso de sospechar maltrato en menores de 24 meses se sugiere realizar radiografías del esqueleto completo o serie radiológica: radiografía de huesos largos y del esqueleto axial.⁽¹⁴⁾

El American College of Radiology (ACR) describe al menos 21 incidencias radiológicas convencionales que deben realizarse a niños menores de 2 años de quienes se sospeche que podrían ser víctimas de traumatismo no accidental.⁽²³⁾ Incluye:

Incidencias axiales:

- Anteroposterior (AP) y lateral de cráneo.
- Lateral de la columna cervical.
- AP, lateral, oblicua derecha e izquierda de tórax.

- Lateral de columna lumbosacra.
- AP de abdomen y pelvis.

Y las siguientes incidencias de miembros superiores e inferiores:

- AP de húmeros.
- AP de antebrazos (incluido codo y muñeca) de manos, de fémures, de ambas tibias, rodillas, tobillos y de pies.

En niños mayores de 24 meses, el médico tratante indicará las incidencias necesarias según el caso. Debido a la alta exposición a la radiación, en todos los casos el profesional radiólogo deberá tomar todos los recaudos necesarios para el cuidado del paciente.⁽²⁴⁾

En el caso de presentar hematoma abdominal se solicitará laboratorio con enzimas hepáticas y pancreáticas, análisis de orina y ecografía abdominal para descartar daño visceral.

En los casos donde corresponda se indicará profilaxis post exposición para enfermedades de transmisión sexual (dentro de las primeras 72 hs) y anti-concepción de emergencia (dentro de las primeras 120 hs). La toma de evidencia biológica y de pruebas con las prendas de vestir debe ser tomada

idealmente por los cuerpos médicos forenses, equipos médicos especializados, o en su defecto por el equipo de salud que recibe al paciente si no contara con equipos con capacitación específica. Es fundamental explicar con anterioridad cómo será el examen y la toma de muestras al paciente o al adulto acompañante para evitar la revictimización y hacerlo luego del consentimiento. En casos crónicos, de larga data, puede postergarse, acordando con el NNyA el momento más adecuado para realizarse.⁽²²⁾

En todos los casos se debe brindar seguimiento clínico y trabajar de manera interdisciplinaria con el equipo de salud mental.⁽²¹⁾

El abordaje del maltrato infantil debe realizarse apelando a la interdisciplina y a la interseccionalidad, definiendo objetivos por etapas. Esta intervención se orienta a no superponer tareas, evitar la revictimización y utilizar los recursos disponibles en el territorio. El objetivo central del proceso es la continuidad del cuidado con un seguimiento efectivo de la situación.

Entre las formas más frecuentes de revictimización se encuentran las siguientes:⁽²⁵⁾

1. Solicitar que repita su relato ante distintos actores.

2. Contar con personal sin la capacitación específica para realizar entrevistas a NNyA.
3. Ofrecer entornos hostiles o no adaptados a las necesidades de la infancia
4. Permitir el contacto de NNyA con el agresor dentro del espacio institucional.
5. Realizar evaluaciones médicas o psicológicas superpuestas o redundantes.
6. Brindar información poco clara, técnica o difícil de comprender para NNyA.
7. Excluir del proceso a NNyA o desvalorizar su palabra.
8. Demorar o abandonar la toma de medidas y los procesos de acompañamiento.

La prevención de la revictimización constituye un imperativo ético en toda intervención frente a NNyA víctimas. Evitarla o minimizarla requiere de intervenciones cuidadosas, empáticas y respetuosas, para garantizar que la búsqueda de justicia no se convierta en una segunda herida.

Prevención

Las estrategias preventivas incluyen: programas comunitarios para reducir el aislamiento social de las familias, fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los cuidadores, asesoramiento a los cuidadores sobre el desarrollo de los niños y consejería sobre crianza, y capacitación sobre la problemática para los equipos de salud.

Es clave desarrollar estas estrategias y brindar herramientas para poder concretarlas, de manera de evitar llegar a situaciones en que la práctica violenta ya está instalada.

El equipo de salud puede implementar estrategias como talleres, espacios programados de consejería sobre crianza, difusión por medios audiovisuales que visibilice la problemática en la comunidad, información sobre derechos de los NNyA al mundo adulto y a los propios interesados, con invitación a participar y expresarse. También referencias de dónde acudir y cómo denunciar, entre otros.

El maltrato es una problemática multidimensional,⁽⁹⁾ tanto por los múltiples planos en que afecta a quienes lo sufren (integridad corporal, desarrollo psíquico, emocional, rendimiento escolar, interacción social, estado nutricional,

entre otras) como por los diferentes espacios en los que puede detectarse e iniciar un abordaje multinivel de la problemática: escolar, centro de salud, club, iglesia, entre otros.

Es importante considerar:

- La necesidad de construir redes comunitarias de sostén a las familias.
- La importancia del trabajo en red con las escuelas para acompañar a estas familias.
- La presencia imprescindible del Estado a través de sus instituciones para que se respeten las leyes.

Valoración clínica

A partir de la sospecha de maltrato se realiza una evaluación preliminar de la gravedad y urgencia de la situación, a los fines de tomar las acciones necesarias para proteger la integridad de NNyA en caso de ser necesario.^(9,26)

Al momento de establecer el nivel de gravedad y urgencia, para definir una eventual internación, debe considerarse tanto el riesgo para la salud mental como para la integridad personal.

Indicadores de gravedad:⁽⁹⁾

- La cercanía afectiva o ambiental con el agresor. Agresor conviviente.
- Tipo de lesiones y secuelas del maltrato en NNyA: lesiones severas.
- Si se trata de una situación frecuente.
- Omisiones de cuidado repetidas que afectan el crecimiento y desarrollo del niño.
- Personas a cargo con consumo problemático de sustancias en ausencia de otros referentes protectores.
- Rechazo constante, insultos, control, aislamiento, amenazas con daño notorio a nivel emocional relacional o del desarrollo.
- Niños menores de 3 años.
- Niños con discapacidad que les impida expresar lo ocurrido.

- La inexistencia de factores protectores a nivel familiar y comunitario.

Indicadores de urgencia:

- Que la salud del NNyA se encuentre seriamente amenazada.
- Que no se cuente con una persona adulta que pueda sostener y proteger sus derechos. -Negación o complicidad de las personas adultas que deberían ser protectoras.
- Pedido del NNyA de quedarse a resguardo en la institución.

Criterios de internación:

Se indica la internación en los siguientes casos de alto riesgo:⁽²⁷⁾

- NNyA que presenta lesiones severas que requieren monitorización y tratamiento urgente.
- Lesiones o daño reiterado.
- Amenaza de homicidio.
- Violencia sexual: violación con o sin acceso carnal.

- Falta de un adulto protector de los derechos del NNyA y/o agresor conviviente.
- Diagnóstico presuntivo de maltrato, sin posibilidad de seguimiento ambulatorio.

En el caso de que la consulta haya sido en el primer nivel de atención se deberá trasladar a un centro de mayor complejidad. La internación debe durar el menor tiempo posible, hasta que el SPID implemente otra medida de protección.

Si hay otros NNyA en el grupo de convivencia se debe evaluar la necesidad de internación para resguardo y notificación.

Toma de decisión según el nivel de riesgo

Cuando existe una sospecha de maltrato, el pediatra debe establecer el nivel de riesgo, según las características del mismo (TABLA 2).

En el caso de presentar un riesgo bajo sugerimos realizar un seguimiento ambulatorio cercano, articular con salud mental y trabajo social y reforzar pautas de crianza. Cuando el riesgo es medio, pero hay un adulto protector,

puede realizarse un seguimiento cercano sin necesidad de internación, dando aviso al sistema de protección de derechos correspondiente según jurisdicción. Con un riesgo alto o un riesgo medio sin adulto protector, se sugiere internar al paciente, dar aviso al sistema de protección de derechos que corresponda según jurisdicción y realizar un seguimiento del caso. En todos los casos debe articularse con salud mental y trabajo social (FLUJOGRAMA 1).

Cabe destacar que cuando existe sospecha de violencia sexual o de maltrato de riesgo alto, además de dar aviso al sistema de protección de derechos, el pediatra (o profesional de salud) tiene la obligación de realizar una denuncia penal (en comisaría o fiscalía) en los casos en que la familia no la haya realizado o no desee realizarla. Si el NNyA se encuentra en un entorno seguro (el daño no tiene oportunidad de repetirse), se sugiere trabajar con la familia, en la búsqueda de un cuidador protector que sea quien realice la denuncia. Es un acto de reparación emocional para quien ha sufrido tal agresión, que sea alguien de su entorno afectivo quien le crea y motorice la búsqueda de sanción del agresor.

Notificación y registro

El profesional tratante (o equipo) deberá notificar su sospecha al SPID o al Sistema de Justicia, según los recursos disponibles a nivel local y de acuerdo a la normativa que regule cada jurisdicción (Anexo).

Es de suma importancia conocer de antemano a qué organismo hay que notificar en la propia jurisdicción, para actuar con celeridad y seguridad. Resulta útil contar con un flujograma o protocolo actualizado que incluya cuándo y dónde informar o denunciar según la situación (que incluya números de teléfono, correo electrónico, responsables de área, etc.).

El equipo de salud debe disponer de tiempo para abordar estas situaciones: para realizar la entrevista, pero también para confeccionar el informe y articular las intervenciones, para pensar las estrategias de cómo y con quiénes seguir trabajando la situación luego de la presentación inicial.

Quienes notifican sólo comunican una sospecha. No están obligados a presentar pruebas. La sospecha se fundamenta en base a los indicadores observados y a un análisis integral de la situación.

La notificación se debe caracterizar por:⁽²⁸⁾

- Protección integral y atención prioritaria.
- Respeto, confidencialidad y no revictimización.
- Actuación interdisciplinaria e intersectorial.
- Obligación de comunicar toda sospecha fundada.
- Celeridad, registro y resguardo adecuado de la información.

La notificación deberá incluir:

- La circunstancia que motiva el informe, añadiendo los datos personales del NNyA, del profesional tratante y del adulto responsable.
- Descripción de la información que fundamenta la sospecha de maltrato.
- Intervenciones realizadas hasta el momento desde el sistema de salud.

Toda la información debe estar debidamente registrada en la historia clínica.

El SPID y/o Sistema de Justicia son los encargados de categorizar la sospecha y la presencia de factores de riesgo y protección. De considerarse fundada

la sospecha y teniendo en cuenta el nivel de riesgo decidirá la aplicación de una medida de protección.

Cabe destacar, como ya fue expuesto, que el equipo de salud realiza en primera instancia la evaluación de gravedad y factores de riesgo o protectores. En ocasiones esta valoración no coincide con la del SPID y deben alcanzarse consensos y delinear estrategias conjuntas.

La articulación intersectorial no significa transferir totalmente la responsabilidad, particularmente a los SPID, sino la necesidad de un trabajo conjunto con el resto de los sectores implicados. Es importante que los equipos que detecten la situación de maltrato garanticen la continuidad del cuidado aún luego de haber interconsultado a servicios especializados.

Impacto en la salud de las infancias y adolescencias

La violencia contra NNyA puede generar estrés postraumático, ansiedad y depresión, así como discapacidad o secuelas físicas permanentes. Son consecuencia de la violencia sexual enfermedades de transmisión sexual e inclusive embarazo.

Está fuertemente asociada a largo plazo a conductas de riesgo, a enfermedades crónicas no transmisibles. ⁽²⁹⁾ El estrés crónico afecta el desarrollo tanto físico como psicológico. Interfiere en el neurodesarrollo y el sistema inmune, afectando la trayectoria escolar. Además, un niño expuesto a violencia tiene un riesgo mayor de ejercer violencia hacia otros. ⁽⁵⁾ El entorno donde crecen NNyA se asocia a cambios biológicos que impactan y atraviesan generaciones (epigenética).

CONCLUSIONES

La violencia a NNyA implica aspectos médicos, psicológicos y sociales y requiere de intervenciones que van más allá de los equipos de salud. Es necesaria la articulación con servicios de salud mental, equipos de protección de derechos, organismos judiciales y organizaciones de la sociedad civil para garantizar respuestas integrales. Esta problemática debe ser abordada en forma temprana y oportuna. Se requieren acciones coordinadas en pos de fortalecer los lazos familiares, capacitar a los cuidadores y a las instituciones en formas de crianza sin violencia y propiciar entornos protectores para las infancias. En el mismo sentido deben realizarse las acciones preventivas.

La capacitación y el acompañamiento a los pediatras es fundamental, brindándoles herramientas de detección precoz, con protocolos claros de actuación y acceso a recursos intersectoriales encaminados a la protección y restitución de los derechos vulnerados. Asimismo, cada jurisdicción debería tener un circuito claro para intervenir de manera rápida y eficaz ante las diferentes situaciones de violencia que afectan a la infancia.

Ante la sostenida frecuencia de situaciones graves de maltrato intrafamiliar y otras formas de violencia hacia NNyA en distintos ámbitos del país se requiere de una respuesta urgente, coordinada y basada en evidencia para prevenir daños, muchas veces irreparables y proteger el bienestar de la infancia y la adolescencia.

Reafirmamos el deber ineludible de mantener una actitud de alerta frente a situaciones socialmente naturalizadas de riesgo y/o abuso que llegan a la consulta detectando los signos y síntomas que se presentan, superando distintos marcos doctrinarios e ideológicos para consolidar una práctica profesional que permita detectarlos.

La mejora en el registro de datos epidemiológicos podría favorecer la planificación de estrategias nacionales y locales.

Instamos a las autoridades nacionales, provinciales y municipales a priorizar políticas públicas preventivas y de protección y a fortalecer los sistemas de denuncia accesibles y confiables para asegurar la atención. En el mismo sentido, resulta urgente la restitución y/o pleno funcionamiento de los programas y políticas públicas preexistentes orientados al abordaje de las violencias contra NNyA, cuyo declive afecta en forma directa a los derechos de los mismos.

Hacemos un llamado a la comunidad a denunciar situaciones de riesgo, acompañar a las víctimas y comprometerse en la construcción de entornos familiares, escolares e institucionales libres de violencias.

Agradecimientos: Lic. Cristina Martínez, Lic. Ivana Vajdic.

REFERENCIAS

1. OMS. Maltrato infantil. 2026. Disponible en:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Perfil estadístico de la violencia contra la infancia en América Latina y el Caribe. UNICEF, Nueva York, 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/38226/file/Perfil-estadistico-de-la-violencia-contra-la-infancia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
3. Ministerio de salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica. Serie 5 Número 68. Argentina, 2024. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_68_anuario_vitales_v4_revisada_ok.pdf
4. Sociedad Argentina de Pediatría. Observatorio de la infancia y la adolescencia. Salud, educación y situación económica de los niños, niñas y adolescentes en Argentina: una mirada más allá de las cifras. 2025. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/observatorio>

5. Oficina de Violencia Doméstica. Corte Suprema de la Nación. 5391 niñas, niños y adolescentes fueron afectados por violencia doméstica en 2023. 2023. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/novedades/detalle/8195>
6. Tuñón I, Maljar, M. Trazando el camino: privaciones estructurales, avances y desafíos en los derechos de la infancia y adolescencia. Argentina 2010–2023. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2024. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/18601/1/trazando-camino.pdf>
7. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Censo nacional de Dispositivos de Cuidado Residencial de Niñas Niños y Adolescentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/dnppl-2023-censo-nacional-dispositivos-cuidado-residencial2022.pdf>
8. Naciones Unidas. Comité de los Derechos del niño. *Observación General No. 13 (2011)—Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*. CRC/C/GC/13. Ginebra, 18 de abril de 2011. Dispo-

nible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=Cx1yQNoVXa2f%2FKf3v%2FQv9nRLFGpxj78xGtHN42%2BgwLWuW2pbvWHZ7UgNLOFTiWZEO-DljJ5HbpkiUbU2u4lnBqg%3D%3D>

9. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.
10. Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recomendación N°10. Sobre el derecho de las niñas, niños y adolescentes con padecimientos en salud mental al disfrute de una vida plena. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2024. Disponible en: https://la-defe.gob.ar/tipo_de_documento/recomendaciones/
11. Paz J. Pobreza monetaria y privaciones vinculadas a derechos en niñas y niños. UNICEF. 2026. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/27606/file/POBREZA%202026.pdf.pdf>
12. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Infancia en Argentina: avances, deudas estructurales

y dimensiones postergadas (2010–2025). 2026. Disponible en:

<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/21292>

13. Mouesca JP. Formas sutiles de maltrato infantil. En: Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. 2016;3(3):81–106.
14. Pekarsky A. Overview of Child Maltreatment—Pediatrics. *Merck Manuals*. 2020. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/child-maltreatment/overview-of-child-maltreatment>
15. de la Torre Quiraltea M, Carrasco Sanz Á, Gancedo Baranda A, Ledesma Benítez I, López Pis B, Ordóñez Alonso, et al. Maltrato infantil por negligencia (más allá de lo obvio)(II): factores institucionales y profesionales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2025;27(105):97–102. doi:10.60147/22cd4d66.
16. Mouesca JP. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(6):558–67. doi:10.5546/aap.2015.558.

17. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. *AEPap* (ed). *Curso de actualización en Pediatría*. 2017:535-43. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/535-544_abordaje_maltrato_infantil.pdf
18. de la Calle Cabrera T. Lesiones centinela que alertan de un posible maltrato. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2015. Disponible en: <https://sepeap.org/lesiones-centinelas-que-alertan-de-un-posible-maltrato/>
19. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, Crawford-Jakubiak JE, Flaherty EG, Leventhal JM, Lukefahr MD, et al. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1337-54. doi:10.1542/peds.2015-0356.
20. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, Binenbaum G, de Alba Campomanes AG, McGuone D, et al. Abusive head trauma in infants and children: technical report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.

21. OMS. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. 2017. Disponible en:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550147>
22. OPS y Ministerio de Salud de la Nación. Manual clínico: atención integral de salud en situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud. Buenos Aires, 2022. Disponible en:
<https://iris.paho.org/items/57828530-47a1-4834-b08a-ab9d83e753be>
23. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating young children with fractures for child abuse: clinical report. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
24. Branda MC, Fernández L. Violencia y maltrato infantil. El aporte del médico radiólogo al abordaje integral multidisciplinario. *Arch Argent Pediatr*. 2023;122(3):e202303026. doi:10.5546/aap.2023-03026.
25. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Prácticas de trato digno en el abordaje de la violencia contra niñas,

- niños y adolescentes. Ciudad autónoma de Buenos Aires. 2026. Disponible en: https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/2026_inspire_Practicas_TratoDignoNNyA_VictimasiViolenciaDigital.pdf
26. Garrote N, Indart de Arza MJ. Maltrato infantil. *Rev Pediatr Elizalde*. 2012;3(2):21-7.
27. UNICEF. Protocolo de abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay, 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-el-abordaje-de-situaciones-de-maltrato-ninas-ninos-y>
28. Castro C, Del Bono C, Mouesca JP, UNICEF. Violencia familiar y sexual en la primera infancia. Buenos Aires, 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/violencia-familiar-sexual-primeria-infancia>
29. Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>

Tabla 1. Factores de riesgo para el padecimiento de violencias.

Socioambientales	De los cuidadores	Del niño o adolescente
Pobreza, marginalidad. Situación de calle. Falta de condiciones dignas de hábitat: vivienda, agua potable, alimentación.	Violencia de género o intrafamiliar. Antecedente parental de haber sido maltratado.	Edad menor de 3 años (mayor riesgo a menor edad) o adolescente.
Familias sin apoyo de la familia extendida o comunidad.	Consumo problemático de sustancias. Problemas de salud mental.	Niño con enfermedad crónica, discapacidad motora o intelectual, trastornos del desarrollo, patología perinatal.
Inequidad económica y/o de género. Políticas de salud, económicas y de educación que generan inequidad.	Analfabetismo. Bajo nivel educativo. Parentalidad a edad temprana. Familias monoparentales. Carencia de recursos simbólicos para el cuidado. Arrasamiento emocional.	Niño con mayores necesidades de atención y cuidado (temperamento difícil, dificultades en la conducta).
Normas culturales que promueven o glorifican la violencia. Exigencias de una sociedad de consumo.	Expectativas erróneas del comportamiento de un niño. Hijo no deseado o que no cumple con las expectativas parentales.	NNyA que se identifica como gay, lesbiana, bisexual, transexual, transgénero.



Tabla 2. Nivel de riesgo según tipo de maltrato.

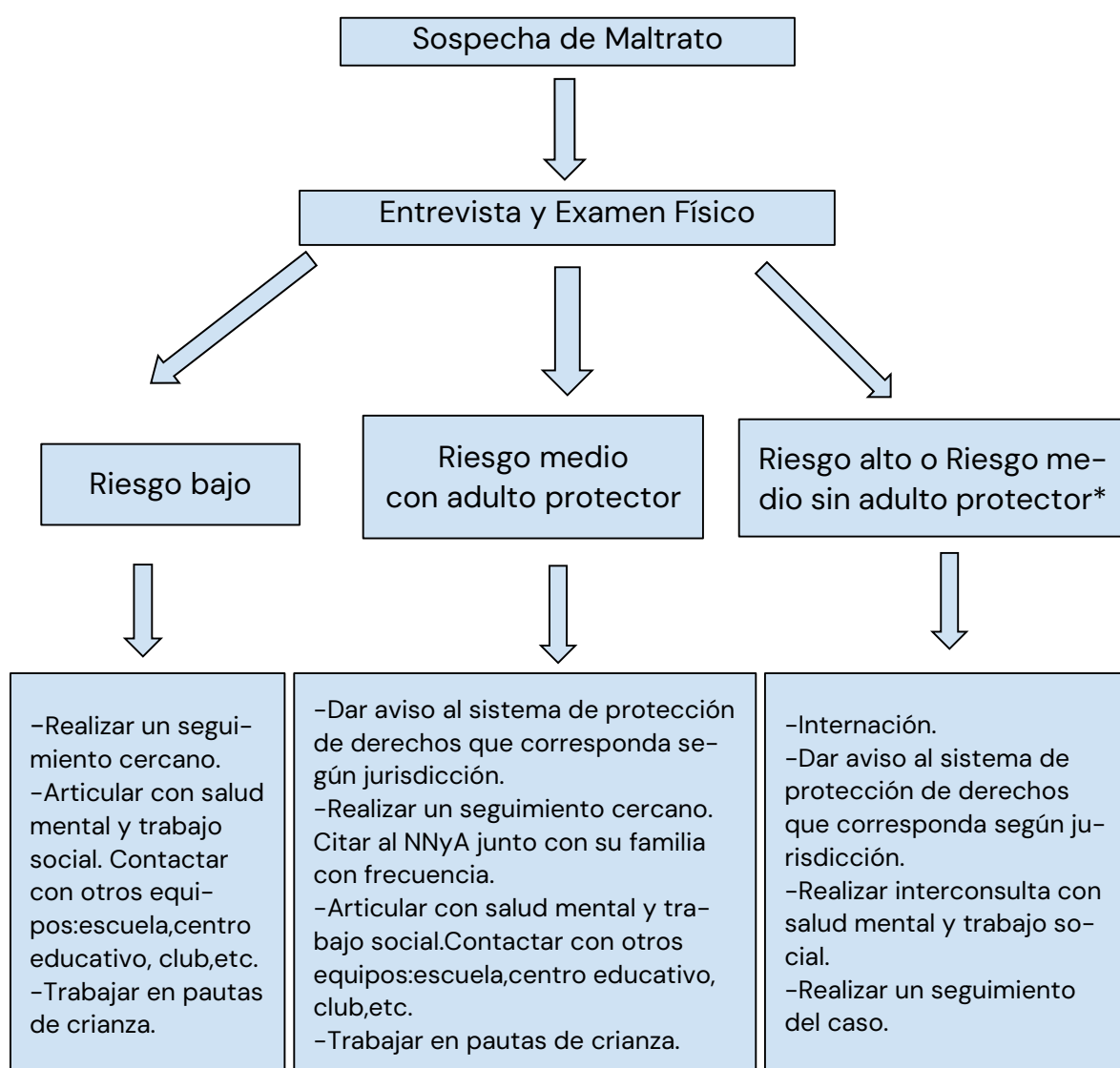
	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO ^a
Omisión (se refiere a omisión de cuidados cuando los adultos están en condiciones de garantizarlos)	Hay omisiones de cuidados pero no han repercutido negativamente en el crecimiento del NNA, su desarrollo, salud o relaciones sociales.	Hay omisiones que determinan una ligera afectación en el crecimiento y el desarrollo (incluida la salud o las relaciones sociales), pero hay aspectos positivos en la atención emocional que proporcionan al niño.	Las omisiones son intensas y determinan daño significativo, con importante afectación del crecimiento, el desarrollo, la salud física o emocional del niño. Lesiones o daño reiterado, que incluyen accidentes a repetición debido a la omisión de cuidados. Persona a cargo del niño con consumo problemático de sustancias psicoactivas en ausencia de otros referentes protectores.
Maltrato psicológico	Las actitudes son infrecuentes y no han repercutido en el NNA desde el punto de vista emocional, relacional ni en su desarrollo.	Los insultos, control, amenazas, aislamiento o rechazo al NNA son habituales o lo han afectado desde el punto de vista emocional, relacional o en su desarrollo, pero se mantienen aspectos positivos afectivos y de cuidado.	Los insultos, control, amenazas, rechazo o aislamiento del NNA son habituales y producen daño notorio a nivel emocional, relacional o del desarrollo. Incluyen situaciones en que hay rechazo constante y total hacia el NNA, abandono, o en que se impide totalmente su interacción con otras personas. Amenazas de homicidio.
Maltrato físico	Uso de fuerza física que no ha causado lesiones. Es empleada esporádicamente como pauta de crianza o disciplina, por desconocimiento de otros métodos o por desbordes del adulto, reconocidos por este.	Uso frecuente de la fuerza física como causa de lesiones superficiales que no ponen en riesgo la vida y no se espera que dejen secuelas (ejemplo: equimosis) y que no han requerido asistencia en salud.	Uso de fuerza física que causa lesiones que ponen en riesgo la vida, que pueden generar secuelas y requieren atención médica urgente. Ejemplos serían traumatismo abdominal con lesiones viscerales, traumatismo de cráneo con sangrado intracraneano, fracturas, intoxicaciones, quemaduras, compresiones de cuello, sofocaciones.
Violencia sexual (abuso y explotación)			Es considerada de riesgo alto.

a En cualquiera de las formas de violencia, que haya intento de autoeliminación o incumplimiento de medidas cautelares dispuestas.

Fuente: Protocolo de abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. (2019). UNICEF. Uruguay.

Flujograma 1. Abordaje de maltrato infantil.

Elaboración propia basada en: Garrote N, Indart de Arza MJ. Maltrato infantil. *Rev Pediatr Elizalde*. 2012;3(2):21-7.



*El riesgo medio sin adulto protector es siempre riesgo alto. En el caso de no contar con un adulto protector en la familia directa el pediatra junto con el servicio de trabajo social pueden convocar a alguien cercano a la familia que sepan que está en contacto diario con el niño Ej: vecino, tíos, abuelos, etc.

ANEXO: recursos y organismos de niñez de las distintas provincias

La línea 137, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación, brinda asistencia para víctimas de violencia familiar y/o sexual y asesoramiento para el acceso a la justicia, las 24 horas de los 365 días del año. También cuenta con una línea de contacto por whatsapp: 11 3133-1000. Es importante aclarar que esta no es una línea de denuncia, si de asesoramiento.

Línea 102: es un servicio gratuito y confidencial de atención a niños y adolescentes, activo desde todas las provincias y la CABA las 24 hs del día, todos los días. Esta línea recibe y canaliza la denuncia mediante el organismo de niñez jurisdiccional. Esto es importante ya que, para denunciar directamente en los organismos de niñez provinciales se debe tener en cuenta el horario de atención y no necesariamente cuentan con guardias las 24 horas del día.

Áreas de niñez provinciales

Datos actualizados a la fecha de publicación de este documento, informados por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Capital



Humano de la Nación en su página: <https://www.argentina.gob.ar/areas-de-ninez-provinciales>.

Buenos Aires

Organismo Provincial de la Niñez y la Adolescencia

Calle 116 (entre calles 70 y 71) N° 1869 1er piso Of. 18 – La Plata
(0221) 4293-740 / (221) 429-3742 (tel / fax) / PAE: (0221) 15522-8625 /
(0221) 453-6905
secretarianya@gmail.com / PAE: autonomia.joven@snya.gba.gob.ar

Catamarca

Secretaría de Familia – Ministerio de Desarrollo Social y Deportes

Av. Venezuela S/N – Pabellón 24 del Centro Administrativo del Poder Ejecutivo (CAPE) – San Fernando del Valle de Catamarca
(0383) 445-9000 / MDSP: (0383) 15460-3334 Servicio de Protección
[Página de Facebook de la Secretaría de Familia Catamarca](#)

Chaco

Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

San Roque 21 1er piso – Resistencia
(0362)4813221
snayf.chaco@gmail.com / PAE: dnaf.chaco@gmail.com

Chubut

Ministerio de Desarrollo social, Mujer, Familia y Juventud

Fontana 50 – Rawson
(0280) 4480-229 / PAE: (280) 448-5720
privadadesarrolloch@gmail.com



Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Consejo de los derechos de Niños y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires

Av. Martín García 464, Buenos Aires
(011) 5030-9884
presidencia_cdnnya@buenosaires.gob.ar

Córdoba

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

Maestro López 113 – Complejo Pizzurno – Pabellón Eva Perón – Córdoba
(0351) 434-3456 / (0351) 434-3458 / (0351) 434-3459
ninezyadolescencia.senaf@cba.gov.ar

Corrientes

Consejo Provincial de Niñez, Adolescencia y la Familia – Ministerio de Desarrollo Social

Murcia 59 – B° Apipé – Corrientes
(0379) 448-4797
copnafcorrientes@yahoo.com.ar / infocopnaf@gmail.com

Entre Ríos

Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia

Corrientes 190 – Paraná
(0343) 420-8831
copnaf@entrierios.gov.ar
[Página web del Copnaf](#)

Formosa

Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de la Comunidad

Padre Grotti 1040 – Formosa



Subsecretaría (0370) 442-6085 / (0370) 443-6416 / (0370) 443-6692 /
PAE: (0370) 443-6692
subnaf@formosa.gov.ar

Jujuy

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Humano

Salta 1162 – San Salvador de Jujuy
DPN: (0388) 408-9971
secprivmdh@gmail.com / senafjujuy@gmail.com

La Pampa

Ministerio de Desarrollo Social – Subsecretaria de Niñez, Adolescencia y Familia

Av. Luro y San Martín – Centro Cívico P.B. y San Martín Oeste Nro. 851 –
Santa Rosa
(02954) 452-600 int. 1460/1786 / (02954) 415-450
subnaf@lapampa.gob.ar / equipogestionsdhyf@hotmail.com

La Rioja

Dirección General de Niñez y Adolescencia – Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

Benjamín de la Vegas 221 – La Rioja
(0380) 446-8448
subsecretariafnyalarioja@gmail.com
[Página de Facebook de la Subsecretaria de Niñez Adolescencia y Familia de la Rioja](#)

Mendoza

Dirección General de derechos de Niños y Adolescentes – Subsecretaría de Desarrollo Social

Delgado 218 – Mendoza



(0261) 449-3022
dinaf@mendoza.gov.ar

Misiones

Ministerio de Desarrollo Social

Dávila 1056 – Centro Cívico – Edificio 2 – Posadas
3764 –784369 / 3765-246198 / 3764-620417
ministradesarrollosocialmis@gmail.com / direccionmds.n.a.y.f@gmail.com

Neuquén

Ministerio de Niñez, Adolescencia y Juventud

Entre Ríos 303 – Neuquén
(0299) 449-4707

Río Negro

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

Belgrano 866 – Viedma
(0290) 425-211 int. 17
privada@senaf.rionegro.gov.ar
secretariaprivadasenaf@gmail.com

Salta

Secretaría de Primera Infancia, Niñez y Familia – Ministerio De Desarrollo Social

Vicente López 428 – Salta Capital
secprimerainfanciayflia@salta.gob.ar

San Juan

Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Av. Santa Fe 10 Este – San Juan
(0264) 4220968



dinayfsanjuan@gmail.com

[Página web del Gobierno de San Juan](#)

San Luis

Ministerio de Desarrollo Social

Catamarca 77 (esq. Quines) – San Luis

(0266) 445-2000 int. 3505 / (0266) 458-482

[Página web del Gobierno de San Luis](#)

Santa Cruz

Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia

Salta 75 – Río Gallegos

(02966) 424-125 int. 8227 / (02966) 644-943 / 706676

secretariadeestado.naf@gmail.com

subsecretaria.santacruz.naf@gmail.com

Santa Fe

Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

San Luis 3135 – Santa Fe

(0342) – 4577074

ninezyadolescencia@santafe.gov.ar

Santiago del Estero

Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social

24 de Septiembre y Balcarce – Santiago del Estero

(0385) 424-2052 / MDS: (0385) 428-3139

subnaf.sde@gmail.com

Tierra del Fuego



Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Humano

Güiraldes 576 – Ushuaia.

(2901) 421-639

subsecretariafliatdf@gmail.com

Tucumán

Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social

Piedras 530 3° Piso – San Miguel de Tucumán

(0381) 455-3905 / (0381) 455-3906 / DPN: (0381) 4526513

secretariafamiliatucuman@gmail.com