

Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados

Child Neglect: A comprehensive look at its frequency and associated factors

Alison Helué García-Cruz,¹ Corina A García-Piña,² Sergio Orihuela-García³

Resumen

OBJETIVO: Describir la frecuencia de actos de negligencia y sus factores de riesgo asociados con la población infantil y adolescente atendida en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de la frecuencia de actos de negligencia infantil y sus factores de riesgo asociados, mediante una fuente informativa secundaria. Se efectuó una búsqueda exhaustiva en el registro de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado de los expedientes clínicos de pacientes valorados por sospecha de maltrato infantil durante entre 2013 y 2017. Se excluyeron los expedientes incompletos o que se extraviaron, se identificaron los que tuvieron confirmación del diagnóstico de negligencia y se analizaron con estadística descriptiva.

RESULTADOS: De 281 diagnósticos de maltrato infantil, 51% fueron por negligencia. Factores individuales: el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 0 a 2 años (41%); la mayoría tenía una enfermedad de base o discapacidad (67.4%), y fueron consecuencia de embarazo no planeado (68.8%). Factores familiares: madres jóvenes (47.2%), cuidadoras principales (68%); familias monoparentales integradas por madres solteras (83.3%); escasa participación en las actividades de crianza (93.8%) y hábitos de crianza negativos (98.6%). Factores comunitarios: bajo nivel de ingresos (93%) y eventualidad laboral de los padres (77.8%).

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron los familiares, seguidos de los comunitarios.

PALABRAS CLAVE: Maltrato infantil; negligencia; factores de riesgo; adolescentes; crianza de los hijos; madres.

Abstract

OBJECTIVE: Describe the frequency of negligence and its associated risk factors in the child and adolescent population served in CAINM.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, cross-sectional and retrospective study on the frequency of childhood neglect and its associated risk factors, through a secondary information source. We conducted an exhaustive search in the CAINM registry of the clinical records of patients assessed for suspicion of MI during the period between 2013 and 2017. Incomplete or missed files were excluded. We identify those cases in which the NI diagnosis was confirmed, analyzing with descriptive statistics.

RESULTS: 281 diagnoses due to child abuse, 51% are due to neglect. Individual factors: age group with the highest prevalence was 0 to 2 years (41%); the majority had a basic illness or disability (67.4%), and were the result of unplanned pregnancy (68.8%). Family factors: mothers were young (47.2%), primary caregivers (68%); single-parent

¹ Médico pasante de Servicio Social, adscrita a la Clínica de Atención al Niño maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Pediatra, coordinadora de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

³ Psicólogo, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México.

Recibido: 30 de agosto 2018

Aceptado: 24 de mayo 2019

Correspondencia

Alison Helué García-Cruz
alison.helue@gmail.com

Este artículo debe citarse como

García-Cruz AH, García-Piña CA, Orihuela-García S. Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. Acta Pediatr Mex 2019;40(4):199-210.

families corresponded to single mothers (83.3%); poor participation of parenting activities (93.8%) and negative parenting habits (98.6%). Community factors the low level of income (93%) and the labor eventuality of the parents (77.8%) were more frequent.

CONCLUSIONS: Child neglect (CN) was the most frequent type of abuse in the CAINM, during the period studied. The most prevalent risk factors were family members, followed by community members.

KEY WORDS: Child abuse; Negligence; Risk factors; Adolescent; Parenting; Mothers.

ANTECEDENTES

La violencia contra niñas, niños y adolescentes es un problema mundial de salud pública, de derechos humanos, de orden jurídico y social; esto debe ser reconocido como problema prioritario de salud debido a las graves consecuencias inmediatas y futuras en el desarrollo biológico, psicológico y social de las personas, familias, comunidades y países.¹ Constituye una grave transgresión a la integridad y dignidad de la persona.

El estudio de este fenómeno es complejo por su dinámica y por su carácter multifactorial en el que se relacionan factores de riesgo individuales, familiares y socioculturales. Aunada a esa dificultad está la naturalización de la violencia arraigada en nuestra sociedad y utilizada para “educar” a los niños; por esto con frecuencia no se reconoce como tal, se minimizan sus repercusiones e incluso pasa inadvertida.

DEFINICIÓN

La negligencia infantil abarca incidentes aislados y la reiterada desatención por parte de un progenitor o cuidador con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en los aspectos de salud, educación, desarrollo emocional, nutrición y condiciones de vida segura.^{2,3} La falta por parte de un cuidador u otro proveedor de cuidado en atender las necesidades básicas del infante o adolescente se define según diversas modalidades: **física** (cuando no se proveen las necesidades

básicas: vivienda, alimentos o se carece de la supervisión adecuada), **médica** (no se provee el tratamiento médico o de salud mental necesario), **educacional** (se le niega al niño el derecho a la educación o, cuando se ignoran necesidades escolares especiales), o **emocional** (falta de atención a las necesidades emocionales del niño).⁴

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la negligencia es la imposibilidad de cumplir las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro, aun cuando las personas responsables de la crianza tengan los medios, conocimientos y acceso a los servicios para hacerlo. Con respecto a su prevalencia, las estimaciones actuales son variables porque dependen del país, del método de investigación aplicado, de la calidad de las encuestas y la cobertura, así como la calidad de las estadísticas oficiales.²

Se estima que, globalmente, entre 1 y 7% de los niños que reciben atención en instituciones de salud pueden haber experimentado algún tipo de maltrato que no siempre se detecta, no se notifica o no existe un sistema de vigilancia epidemiológico articulado y eficiente; ello resulta en gran cantidad de casos de maltrato que no se sospechan y no se registran.⁵

En México se estima que del total de niñas, niños y adolescentes que son atendidos por maltrato, 42% corresponden a la modalidad de negligencia.⁶ Es importante recalcar que las estadísticas generales en el país con respecto a este tipo de



maltrato no son del todo confiables, pues no se cuenta aún con un registro nacional sistemático de los casos atendidos con un diagnóstico preciso, por lo que las cifras de prevalencia actual pudieran estar infravaloradas. Por ello, el conocimiento de los factores de riesgo es decisivo para prevenir y reducir con éxito la incidencia de este tipo de maltrato.

Puesto que la explicación del maltrato infantil es compleja y multicausal es conveniente utilizar el modelo ecológico que fue modificado por la Organización mundial de la Salud (OMS) para retomar su análisis.^{7,8,9} Ese modelo, esquema de Belsky, está fundamentado en el estudio de los entornos o sistemas en que se desarrolla el individuo, estrechamente vinculados entre sí. Se distinguen tres dimensiones: macrosistema (sociedad), exosistema (comunidad) y microsistema (individual y familiar-relacional).^{10,11,12} **(Cuadro 1)** La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la UNICEF plantean estudiar al maltrato infantil con ese enfoque para integrar y considerar los contextos en la ocurrencia de este problema en diferentes niveles: *individual, familiar y sociocultural*. Así, podrán adoptarse acciones preventivas que identifiquen pacientes y familias con mayor riesgo de negligencia e implementar acciones dirigidas a reducir las repercusiones de los factores de riesgo susceptibles de modificación.^{13,14,15}

El objetivo de este estudio fue: describir la frecuencia de actos de negligencia y sus factores

de riesgo asociados con la población infantil y adolescente atendida en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de la frecuencia de negligencia infantil y los factores de riesgo asociados (descritos por el modelo ecológico de Belsky y la OMS), identificados en pacientes con diagnóstico positivo de maltrato infantil atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría.

Se buscaron los expedientes clínicos de pacientes valorados por sospecha de maltrato infantil atendidos entre 2013 y 2017. La información se reunió en una base de datos que luego se revisó e identificaron los expedientes con confirmación del diagnóstico de negligencia infantil de acuerdo con el consenso de los clínicos expertos que evaluaron cada caso.

Criterios de inclusión: niñas, niños y adolescentes entre 0 meses y 18 años de edad, atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en la consulta externa, pre u hospitalización sin importar el motivo de la atención médica, siempre y cuando el servicio tratante haya solicitado la valoración por parte del personal de la Clínica ante la sospecha de maltrato infantil. Criterios de exclusión: pacientes en quienes las

Cuadro 1. Modelo ecológico de Belsky

Macrosistema (sociedad)	Exosistema (comunidad)	Microsistema (individual y familiar-relacional)
Formas de organización social. Creencias culturales. Estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular (roles de género, educación tradicional basada en el ejercicio del poder, influencia de políticas públicas, pobreza).	Instituciones que median entre la cultura y el nivel individual (escuela, organismos judiciales, instituciones de salud, seguridad y religiosas).	Características individuales de NNA (sexo, edad, estado de salud, antecedentes perinatales). Características de la familia (conformación, organización y repartición de quehaceres, hábitos de crianza).

interconsultas fueron canceladas por el servicio tratante, antes de ser atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, y los pacientes que contaran con expediente clínico incompleto o extraviado.

Variables: con respecto a los factores de riesgo tomados en cuenta para determinar su frecuencia en la población estudiada se retomaron los de la OMS y Belsky en su modelo ecológico: *a*) Características individuales del niño, niña o adolescente (sexo, edad, discapacidad o enfermedad de base, nacido de embarazo no planeado), *b*) Características de los padres (jóvenes, violencia de pareja, antecedente de maltrato infantil en los padres, toxicomanías, poca participación en la crianza de los hijos), *c*) Características de la familia (familia numerosa, familia reconstituida, familia monoparental, hábitos de crianza negativos, cuidador principal del niño, niña o adolescente), *d*) Comunitarios y sociales (bajos ingresos económicos familiares, eventualidad laboral de los padres, bajo nivel escolar de los padres, vivir en una zona de carencias de servicios básicos).

Fuente de datos: secundaria, a través de los expedientes clínicos y electrónicos de los pacientes que relatan las intervenciones efectuadas por parte de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. La atención ofrecida se lleva a cabo con enfoque de derechos humanos, con especial dirección en las amplias recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y diversos manuales especializados en prevención y atención al maltrato infantil; con un enfoque interdisciplinario (con especialistas en medicina, psicología, trabajo social y enfermería), en el que cada área efectúa sus valoraciones pertinentes y, posteriormente, se lleva a cabo un consenso para establecer el diagnóstico y las intervenciones a realizar.

Tamaño de muestra: se creó una base de datos en la hoja de cálculo de *Google Sheets*[®] tomando en cuenta a todos los pacientes atendidos por primera vez en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado durante el lapso del 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2017. Sumaron 608 casos, datos utilizados para estimar la modalidad de maltrato infantil reportada con mayor frecuencia. Posteriormente se identificaron los factores de riesgo asociados con negligencia infantil, se analizaron los expedientes de todos los pacientes atendidos por primera vez y en quienes se diagnosticó negligencia infantil como forma de maltrato predominante. En total fueron 144, que corresponde a 51.2% de los pacientes con diagnóstico confirmado de maltrato infantil.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa JMP Statistical, versión 11.0, mediante estadística descriptiva simple, con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y categóricas.

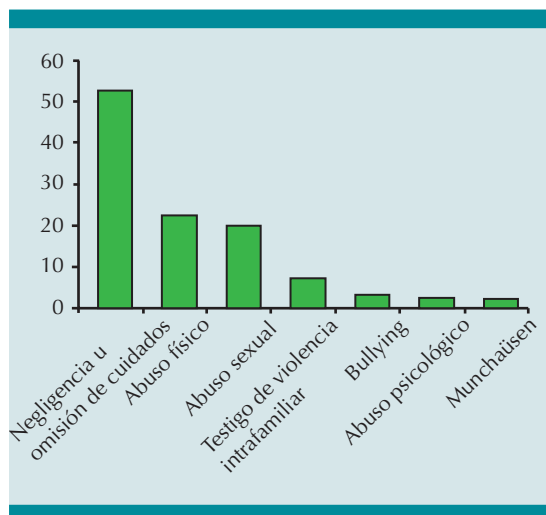
Consideraciones éticas: puesto que se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo no fue necesario utilizar el consentimiento informado. Todos los datos recabados y utilizados para este estudio se utilizan con alta confidencialidad y solo se muestra lo encontrado.

RESULTADOS

En la consulta de primera vez se valoraron 63,175 niños, niñas y adolescentes; en 608 de ellos se sospechó maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades; esas cifras dan una incidencia de 0.96% de nuestros pacientes. Del total de casos de sospecha de maltrato infantil en el lapso estudiado, se confirmó el diagnóstico en 281 casos. De estos últimos, el tipo de abuso más frecuente fue la negligencia u omisión de cuidados.

En relación con los factores individuales, la negligencia infantil se registró en 51.2% de los

casos (n = 144 pacientes); de los que 51.4% correspondió a pacientes mujeres (n = 74) y 46.8% a hombres (n = 70). (**Figura 1**) El grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 0 a 2 años (n = 59; 41%); la mayoría tenía una enfermedad de base o discapacidad (n = 97; 67.4%) y nacieron de un embarazo no planeado (n = 99; 68.8%).



Cuadro 2. Frecuencia de los factores de riesgo asociados a negligencia infantil: características individuales en la niña, niño o adolescente.

Por lo que se refiere a los factores familiares, las madres eran jóvenes (n = 68; 47.2%), eran cuidadoras principales (n = 98; 68%) y la mayoría de las familias monoparentales correspondieron a madres solteras (n = 70; 83.3%). Destacó la escasa participación de los padres en las actividades de crianza (n = 135; 93.8%) junto con sus hábitos de crianza negativos (n = 142; 98.6%) que se encontraron en casi la totalidad de la población. Los factores comunitarios, como el bajo nivel de ingresos (n = 134; 93%) y la eventualidad laboral de los padres (n = 112; 77.8%) fueron los más frecuentes. Los factores de riesgo más frecuentes se muestran en los **Cuadros 2, 3, 4 y 5**.

Por último, se reportó que de los 144 casos, 52% contaban con una o más formas de maltrato concomitante, los más frecuentes fueron: abuso físico (n = 50; 65.8%), ser testigo de violencia entre los padres (n = 35; 46%), abuso psicológico (n = 20; 26.3%) y finalmente abuso sexual (n = 19; 25%).

DISCUSIÓN

De la totalidad de pacientes nuevos atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Mal-

Cuadro 2. Frecuencia de los factores de riesgo asociados a negligencia infantil: características individuales en la niña, niño o adolescente.

Sexo	Edad	Enfermedad de base o discapacidad	Producto de embarazo no planeado
Hombre 70 (48.6%)	De 0 a 1 año 44 (30.6%)	97 (67.4%)	99 (68.8%)
Mujer 74 (51.4%)	De 2 a 4 año 31 (21.5%)	Neuropatías 25 (25.8%)	
	De 5 a 8 años 30 (20.8%)	Cardiopatías 8 (8.2%)	
	De 9 a 12 años 20 (13.9%)	Enfermedades asociadas con la alimentación 7 (7.2%)	
	De 13 a 17 años 19 (13.2%)	Nefropatías 5 (5.2%)	
		Hematopatías 5 (5.2%)	

Cuadro 3. Frecuencia de factores de riesgo asociados a negligencia infantil: Características de los padres

Padres jóvenes (menores de 18 años)	Toxicomanías	Antecedente maltrato	Violencia de pareja	Poca participación en la crianza
Madre 68 (47.2%)	58 (40.3%)	32 (22.2%)	56 (38.9%)	135 (93.8%)
Padres 53 (36.8%)	Madre 14 (24.1%)	Madre 25 (78.1%)	Modalidad: Psicológica 49 (87.5%)	Ambos padres 62 (45.9%)
	Padre (48.3%)	Padre 5 (15.6%)	Física 39 (69.6%)	Sólo el padre 65 (48.1%)
	Ambos 16 (27.6%)	Tipo de violencia (pu- diendo haber más de un tipo):	Sexual 2 (3.6%)	Sólo la madre 8 (5.9%)
	Sustancia: Alcohol 38 (65.5%)	Física 24 (75%)	De género 2 (3.6%)	
	Tabaco 5 (8.6%)	Psicológica 18 (56.3%)	Económica/Patri- monial 1 (1.78%)	
	Drogas 15 (25.9%)	Sexual 8 (25%)		
		Negligencia 7 (21.9%)		

Cuadro 4. Frecuencia de factores de riesgo asociados a negligencia infantil: Características de la familia

Familia numerosa (>3 hijos)	Familia monoparental	Familia reconstituida	Cuidador principal	Hábitos de crianza negativos
78 (54.2%)	84 (58.3%)	23 (16%)	Madre 98 (68.1%)	142 (98.6%) (pudiendo ser más de uno)
	Madre soltera 70 (83.3%)	Padrastra 18 (78.3%)	Abuela materna 13 (9%)	Padres pasan poco tiempo con sus hijos 117 (82.4%)
	Padre soltero 14 (16.7%)	Madrastra 5 (21.7%)	Padre 9 (6.3%)	
		*Nuevo miembro ejerce violencia 12 (52.1%)	Tía materna 6 (4.2%)	Atención médica insu- ficiente 90 (63.4%)
		*Tipo de violencia ejercida por el nuevo miembro (pu- diendo ser más de un tipo):	Abuela paterna 5 (3.5%)	Alimentación inadecuada 34 (23.9%)
		Física 8 (66.7%)		Castigos corporales 25 (17.6%)
		Sexual 4 (33.3%)		
		Psicológica 4 (33.3%)		
		Testigo de violencia de pareja 4 (33.3%)		

Cuadro 5. Frecuencia de factores de riesgo asociados a negligencia infantil: Comunitarios y sociales

Bajos ingresos económicos familiares (menos de 3 salarios mínimos por persona)	Eventualidad laboral de madre o padre	Baja escolaridad de la madre y el padre (bachillerato inconcluso o menos)	Vivir en zona con carencias de servicios básicos
134 (93%)	122 (77.8%)	116 (93.5%)	65 (45.1%)

tratado, el tipo de maltrato más observado fue la negligencia (51.2%), porcentaje superior en prevalencia al reportado por el INEGI de 42% en 2003.¹⁶ Existe un desconocimiento de cifras de los años posteriores; de acuerdo con otra de sus publicaciones en 2016, se reporta la complejidad de clasificar las diferentes formas de violencia contra niñas, niños y adolescentes; en el caso de la negligencia infantil no se encuentra claramente tipificada. Las diversas instituciones del Estado atienden diferentes aspectos de la violencia contra niñas, niños y adolescentes lo que origina que la información estadística esté incompleta o fragmentada; además, en el caso de los registros administrativos se ve afectada por la baja cantidad de denuncias y por la pobre recolección y sistematización de los datos.¹⁷

Factores de la niña, niño y adolescente

Con respecto al sexo de los niñas, niños y adolescentes que padecieron negligencia se observó una discreta inclinación por las mujeres con 51.4%, en contraste con 53.6% de hombres reportado en un estudio español de 2002.¹⁸ Otros estudios recientes confirman, al igual que éste, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el género de un niño y su riesgo a sufrir negligencia; entre ellos están los descritos por Schumacher en 2001, Stith en 2009 y Liao en 2011.¹⁹⁻²¹ En relación con la edad se sabe que los recién nacidos y niños pequeños dependen, exclusivamente, de sus padres o cuidadores para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales básicas; por lo tanto, en

términos generales, cuanto menor edad tiene el niño, mayor es la vulnerabilidad y más graves las consecuencias para su salud.^{22,23} A este respecto, en el estudio de Moreno se comprobó que el intervalo de edad de mayor incidencia del abandono físico o negligencia es el de entre 0 y 4 años, que representa 32.8% de los casos, seguido por el grupo de entre 10 y 14 años con 23.8%.¹⁸ Nuestro trabajo reportó que a lo largo de los dos primeros años de vida se observó la mayor afectación de negligencia, a casi la mitad de la población estudiada (41%).

Por lo que hace a los pacientes que padecían alguna enfermedad orgánica de base o discapacidad, en nuestra población esa característica se registró en 67.4% de los casos (n = 97); esto en contraste con lo referido por Olivan quien solo identificó a 5.56% de menores ingresados por malos tratos intrafamiliares en centros de acogida con alguna enfermedad discapacitante.²⁴ Jones y colaboradores, en un estudio comparativo, encontraron que los niños con discapacidad (incluidos impedimentos físicos, mentales, intelectuales o múltiples y enfermedades mentales) tenían 4.6 veces más riesgo de sufrir alguna forma de maltrato, incluida la negligencia, en contraste con sus contrapartes sin discapacidad.²⁵ Como posible causa, Akehurst explicó que los niños con discapacidad pueden estar en mayor riesgo de sufrir negligencia como consecuencia de la mayor tensión y desgaste experimentada por los padres que cuidan a un niño con una discapacidad (por ejemplo: la mayor necesidad de apoyo práctico, emocional y financiero).²²

En cuanto a ser consecuencia de un embarazo no planeado y la existencia de maltrato infantil por negligencia, se encontró que 99 casos (68.8%) tenían este indicador positivo. Apoyando esa estadística, investigaciones como las de Wilson y González reportan la existencia de diversos factores previos al nacimiento que contribuyen como factor de riesgo para la generación de situaciones de maltrato infantil entre las que se encuentran el embarazo no planeado, la solitud de un aborto que no se lleve a cabo.^{26,27}

Factores relacionales

Con respecto a los factores relacionales, este estudio coincide con otras publicaciones que describen la paternidad en edades tempranas que puede generar mayor vulnerabilidad al descuido o maltrato hacia sus hijos. Esto se explica porque se conjugan la repercusión por los cambios biopsicosociales de la propia adolescencia con el proceso y responsabilidades del mundo adulto que dificulta el ejercicio del cuidado hacia sus hijos. No obstante, la mayor parte de los estudios sugiere la necesidad de efectuar mayores investigaciones al respecto.^{20,28}

Las experiencias adversas en la niñez pueden aumentar el riesgo de negligencia debido a las dificultades en el desarrollo de habilidades positivas de crianza o a las dificultades de apego padecidas en la infancia que, a su vez, afectan la crianza en sus hijos. Nuestro estudio está de acuerdo con la aseveración anterior, puesto que se encontró que las madres reportaron haber vivido maltrato con mayor frecuencia que los padres, con 78.1%.²³ Además del peso de ese antecedente, las madres figuran también como las cuidadoras principales en 68% de los casos. Diversos estudios señalan que, frecuentemente, se asigna mayor responsabilidad en los casos de negligencia a las madres que a los padres porque a través de la historia y en la sociedad se consideran la persona que “debe” cumplir

con la crianza de los hijos. Lo común es que no se incluye al padre, aún en su ausencia, como queda claro en nuestro estudio en donde solo 6% de ellos fungió como cuidador principal. Este indicador está íntimamente relacionado con el tipo de familia, en donde se encontró que 84 familias eran monoparentales, de las que 70 (83%) estaban constituidas solo por la madre.^{19,28}

En el indicador relacionado con toxicomanías, nuestro estudio reportó que de la muestra total (n = 144), 58 casos fueron positivos, de ellos 24 correspondieron al padre y 14 a la madre; en 16 casos ambos tenían alguna toxicomanía. En este sentido, Staton y su grupo encontraron una asociación sistemática con tasas más altas de derivaciones a sistemas de protección infantil por abuso físico y por negligencia.^{29,30} También se identificó alteración en el vínculo con los hijos y el uso de sustancias puesto que los padres con adicción suelen encontrar difícil mantener las tareas y rutinas del hogar, como consecuencia de los síntomas de intoxicación y abstinencia. Además, experimentan dificultades financieras, renuncian a comprar artículos básicos o experimentan cambios de humor que afectan su capacidad para atender las necesidades de sus hijos.^{31,32,33}

Con respecto a la violencia de pareja se encontró que 56 familias (39%) vivían violencia de pareja, la forma más común fue la psicológica y la física. Nuestro estudio no determinó quién ejercía violencia con mayor frecuencia debido a que esta variable no fue reportada en todos los expedientes clínicos; sin embargo, en la bibliografía se reporta que la violencia en la familia es un factor de riesgo de abandono y negligencia y que las madres la sufren con mayor frecuencia. Esto debido a que los efectos de la violencia aunados al abandono por parte del padre, las dificultades económicas, el cuidado de los hijos y las labores domésticas son factores determinantes en esta forma de maltrato



que afectan negativamente la capacidad de crianza. Los perpetradores de violencia hacia su pareja son más propensos a perpetrar abuso físico infantil, mientras que quienes recibían la violencia eran más propensas a ser negligentes. Crecer en un ambiente violento y amenazante puede afectar, significativamente, la salud y el desarrollo al exponerlos a un riesgo constante de daño físico y disputas crónicas entre los padres. Por esto, también la negligencia emocional se plantea cuando las niñas y niños son expuestos a violencia en el hogar.^{22,31-33}

Los datos de mayor relevancia, debido a la disparidad en los resultados, fueron sin duda la deficiente participación en las actividades de crianza de los padres, observada en 93.8%, junto con los hábitos de crianza negativos que coexistieron en 98.6% de los casos. Estos incluyen que los padres pasan poco tiempo con sus hijos (82.4%), atención médica insuficiente (63.4%), escaso o nulo conocimiento de las necesidades afectivas de sus hijos (33.8%), aplicación de disciplina con castigos corporales (17.6%), alimentación inadecuada (23.9%) y hábitos higiénicos escasos (19%).

La mayoría de las familias con hábitos de crianza negativos tuvo más de un tipo de ellos. A este respecto, numerosos estudios describen que existen factores estresantes asociados con mayor riesgo de negligencia: aislamiento social, experiencias adversas de la infancia y falta de conocimiento y habilidades para la crianza que, teóricamente, pueden afectar la capacidad de los padres para comprender o centrarse en las necesidades de sus hijos y formar relaciones de apego estables y seguras. En este sentido, Schumacher y su grupo estudiaron el comportamiento de los padres y, aunque los resultados no fueron concluyentes porque la muestra fue pequeña, se encontró que los padres descuidados interactúan menos con sus hijos.

Akehurst informó que la insensibilidad de los padres, la poca percepción de las necesidades físicas y emocionales de sus hijos, las expectativas irreales de sus hijos y la preocupación por sus propias necesidades pueden ser factores de riesgo de negligencia; asimismo, se encontró que la falta de límites y el nivel de estrés relacionado con la crianza de los hijos también se asociaron con la negligencia infantil.^{19,22}

Factores socioculturales

Estudios recientes reportaron que la asociación entre el nivel socioeconómico (comprendida por ingresos individuales o familiares, educación y el empleo) y la negligencia es compleja. La bibliografía encontrada identifica que el bajo nivel socioeconómico se asocia con mayor riesgo de negligencia infantil.^{19,20,22,23} La influencia de los factores comunitarios, como los ingresos bajos, que algún miembro de la familia labore de forma eventual y la falta de apoyo social tienen una relación significativa con el maltrato infantil, debido a la no disponibilidad a una cantidad mínima frente a un gasto imprevisto, que origina síntomas de ansiedad en los padres. Si bien esto último no se tomó como una variable, es importante resaltar el efecto que se manifiesta en los familiares por las condiciones de desigualdad laboral y educativa.^{27,34-36} La población estudiada fue de baja escolaridad (menor a bachillerato concluido); esto significa que al no contar con este tipo de escolaridad, puede ser una dificultad importante para tener acceso a un trabajo fijo y con prestaciones sociales de acuerdo con la ley. El 77.8% (n = 112) se encontraba en una situación de eventualidad laboral; aunado a ello, 93% de los casos totales percibía una remuneración económica menor a 3 salarios mínimos. El 45.1% de estas familias mencionó residir en una zona con carencias en servicios básicos y de salud, mientras que 2% refirió contar con algún tipo de apoyo gubernamental. En ese sentido, los resultados obtenidos

coinciden con un estudio de Freisthler, Merritt y Lascala quienes identificaron que los vecindarios con menos apoyos sociales tenían un riesgo mayor en la incidencia de maltrato y negligencia infantil. Así, también, en un estudio efectuado por Akehurst destaca variables como: pobreza, falta de apoyo social, vivienda inadecuada o superpoblada, como factores de riesgo potenciales para negligencia.^{23,37,38}

Ante este panorama, este estudio coincide con otras investigaciones en que la negligencia infantil (u otra forma de maltrato infantil) no puede apreciarse aisladamente de las condiciones sociales donde niñas, niños y adolescentes se están desarrollando. Es decisivo no perder de vista que el apoyo social en estos casos es un gran soporte en el sistema familiar porque es el proceso por el que los recursos sociales (instituciones, políticas públicas), la comunidad (vecinos, servicios públicos), redes sociales (asociaciones) y relaciones cercanas (familia y amigos) permiten satisfacer necesidades, en situaciones cotidianas y de crisis.³⁹A falta de todo lo anterior se originan en los padres altos niveles de estrés que los incapacitan para convivir con sus hijas e hijos.⁴⁰⁻⁴³

CONCLUSIONES

La negligencia infantil es el tipo de maltrato más común; es por ello que resulta necesario seguir investigando y llevando a cabo estudios que muestren mayor evidencia científica para fundamentar los resultados y, así, realizar una intervención adecuada desde los enfoques inter y transdisciplinarios, porque su abordaje es complejo y multifactorial.

Es importante construir otras formas de ejercer la crianza que proporcionen una visión de la infancia y adolescencia en tanto sujetos de derechos. Así, también, se busca insistir en un replanteamiento cultural de los modelos familiares porque las madres son las principales responsables de la crianza de sus hijas e hijos, del trabajo doméstico

e inserción al contexto laboral. Es fundamental tipificar la negligencia infantil con perspectiva de género y derechos humanos para detener el abandono paterno y construir modelos libres de violencia.

Deben buscarse estrategias en materia de política pública para erradicar la desigualdad social y las repercusiones que esto tiene en la salud de los cuidadores, así como en la crianza de niñas, niños y adolescentes de nuestro país. Por ello es primordial considerar la negligencia social como parte de su clasificación legal.

Utilizar el modelo ecológico de la OMS aporta una visión más amplia e integral del problema: hace visibles las características individuales, familiares, comunitarias y sociales de la población estudiada y su relación con la violencia. El desarrollo de programas de detección temprana y prevención en la materia sigue siendo el reto más importante para vencer en el tratamiento de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes.

REFERENCIAS

1. Vidal S, et al. Maltreatment, family environment, and social risk factors: Determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. *Child abuse and neglect*. 2017; 63:7-18. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.013>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato infantil. Nota descriptiva del 30 de septiembre 2016. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Modovar, C; Ubeda, M. La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. UNICEF. Panamá. 2017. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf
4. Child Welfare Information Gateway. ¿Qué es el abuso y la negligencia de menores? Reconociendo los indicios y los síntomas. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington; 2003.
6. DIF-Dirección de Asistencia Jurídica, citado en Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Violencia y Maltrato

- a Menores en México, Reporte Temático Núm. 1, Cámara de Diputados LIX Legislatura, México, 2005. http://catedraunescodh.unam.mx/catedra/BibliotecaV2/Documentos/Educacion/Informes/CESOP_INFORME_VIOLENCIA_MEXICO_2005.pdf
7. Gaxiola J, Frías M. Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*. Universidad de Sonora. Ed. Resma, 2008; 9(1, 2):13-31.
 8. Luján M. Violencia y maltrato en las ecologías relacionales: hacia una epistemología de la corresponsabilidad. *Interpersona*. 2013; 7(1):150-63.
 9. Belsky J. Child maltreatment an ecological integration. *American Psychologist*. 1980;35:320- 35.
 10. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1987;1-346.
 11. MacKenzie M, Kotch J, Lee L. Toward accumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*. 2011; 33: 1638-47. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>
 12. Maguire J, Font A. Community and Individual Risk Factors for Physical Child Abuse and Child Neglect: Variations by Poverty Status. *Child Maltreatment*. 2017; 22: 215-26. <https://doi.org/10.1177/1077559517711806>
 13. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez*. 2010. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/maltrato_y_abuso_sexual_aiepi.pdf
 14. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=243D50F4FCED75734FC350B3BB938C60?sequence=1
 15. Organización de las Naciones Unidas. *La violencia contra niños, niñas y adolescentes*. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006. http://www.crin.org/docs/ UNVAC_Estudio_violencia_LA.pdf
 16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *En Números: Violencia contra niñas, niños y adolescentes: consideraciones conceptuales, metodológicas y empíricas para el caso de México*. 2016. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825088927.pdf
 17. Jordan N. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. *Rev Fac Med UNAM*. 2007;50(3):128-30.
 18. Moreno J. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología (España)* 2002;18(1):136-50.
 19. Schumacher J, et al. Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*. 2001;6(2-3): 231-54. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0)
 20. Stith S, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009;14(1):13-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
 21. Liao M, et al. Child maltreatment in China: An ecological review of the literature. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(9):1709-19. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.031>
 22. Akehurst R. Child neglect identification: The health visitor's role. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' and Health Visitors' Association*. 2015; 88(11): 38-42.
 23. Parkinson S, et al. A report to the NSW department of family and community services office of the senior practitioner. *Child neglect: Key concepts and risk factors*. Australian centre for child protection. 2017; 1: 1-47.
 24. Oliván G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002; 56 (3): 219-223.
 25. Jones L, Bellis M, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Officer A. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. 2012; 380 (9845): 899-907.
 26. Wilson L, Reid A, Midmer D, Biringner A, Carroll J, Stewart D. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ*. 1996; 154:785-99.
 27. González C, López M. Risk factors of abuse and childhood neglect from a multicausal perspective. *BIBLID*. 1998; 8: 29-44.
 28. Moira M, Hervé I. Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*. 2018; 80; 134-145.
 29. Kepple N. Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child abuse and neglect*. 2018; 76: 44-55.
 30. Staton T, Sprang M, Clar J, Walker R, Craig C. Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2013; 13: 6-31.
 31. Jones L, Bellis M, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Officer A. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. 2012; 380 (9845): 899-907.
 32. Bromfield L, Lamont A, Parker R, Horsfal B. Issues for the safety and wellbeing of children in families with multiple and complex problems: The co-occurrence of domestic violence, parental substance misuse, and mental health problems. 2010. <https://aifs.gov.au/cfca/publications/issues-safety-and-wellbeing-children-families>
 33. Berger L, Slack K, Waldfogel J, Bruch S. Caseworker-perceived caregiver substance abuse and child protective services outcomes. *Child Maltreatment*. 2010; 15: 199-210.
 34. Baginsky W. *Neglect Toolkit: Guidance for Practitioners by Northamptonshire Safeguarding Children Board*. *Child Abuse Review*. 2018; 27: 85-86.
 35. Zunzunegui M, Morales J, Martínez V. *Maltrato Infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud*. *An Esp Pediatría*. 1997; 47 (1): 33-41.

36. Arranz M, Torralba J. El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. *Prospectiva*. 2017; 23: 73-95.
37. Freisthler B, Merritt D, Lascala E. Understanding the ecology of child maltreatment: A review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*. 2006; 11(3): 263-280.
38. Logan P, Semanchin J. Predicting chronic neglect: Understanding risk and protective factors for CPS-involved families. *Child & family social work*. 2018; 23: 264-272.
39. Lin N, Ensel W. Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*. 1989; 54: 382-399.
40. De Paúl J, Arruabarrena M. Manual de protección infantil. Barcelona. Masson. 2001.
41. Cerezo M, Más E, Simó S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. Valencia: Dirección General de Servicios Sociales, Generalitat Valenciana. 1998; 27: 39-53.
42. Soriano F, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. España. 2009; 11:121-44.
43. Stoltenborgh M, Bakermans M, Alink L, Van M. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta analyses. *Child Abuse Review*, 2015; 24: 37-50.