



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México



Arturo Loredó-Abdalá^{a,*}, Héctor Villanueva-Clift^b, Angélica María Aguilar-Ceniceros^c y Abigail Casas-Muñoz^a

^a *Coordinación del Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil/Prevención, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México*

^b *Clínica de Maltrato Infantil, Hospital Infantil de Especialidades, Chihuahua, Chihuahua, México*

^c *Hospital General de Mexicali, Mexicali, Baja California, México*

Recibido el 8 de marzo de 2016; aceptado el 31 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil;
Conocimiento;
Atención;
Difusión;
Hospital pediátrico

KEYWORDS

Child abuse;
Knowledge;
Attention;
Diffusion;
Pediatric hospital

Resumen El maltrato infantil (MI) se ha visualizado en México desde la década de los 60 a través de publicaciones aisladas de casos clínicos donde predominaban las manifestaciones de daño físico o abuso sexual.

A partir de la década de los 90, se estableció la Clínica de Atención Integral al Niño Maltrato en el Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP), cuyo accionar se orientó a la asistencia, docencia e investigación del tema. Este enfoque fue imitado en dos centros hospitalarios del país: en la Clínica para la Atención Integral del Menor Maltratado del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua y en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Mexicali.

El objetivo básico de este trabajo fue presentar a la comunidad médica y paramédica, a otros profesionales que interactúan con la población pediátrica y a la sociedad civil los esfuerzos que se han realizado en México para enfrentar esta situación médica-social y legal de una manera lógica, siempre orientada a proteger a las víctimas y a sus familias.

© 2016 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Child abuse: its knowledge, attention and diffusion in three pediatric hospitals in Mexico

Abstract Child abuse (CA) was observed in Mexico since the early 60's through isolated publications from clinical cases and where manifestations of physical injury or sexual abuse predominated.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cainm.inp@hotmail.com (A. Loredó-Abdalá).

Since the 90's, the Clinic for Integral Care of the Abused Child was established at the National Institute of Pediatrics (CAINM-INP, for its Spanish acronym), which actions were addressed to the care, teaching and research on this topic. This approach was replicated in two hospital centers in the country: the Clinic for Integral Care of the Abused Children at Children's Specialty Care Hospital of Chihuahua and the Pediatric Service of the General Hospital of Mexicali.

The main objective of this work was to present to the medical community, paramedics, and other professionals who interact with the pediatric population and society, the efforts that have been made in Mexico to address this legal, medical, and social pathology in a logical manner, and always aimed at protecting victims and their families.

© 2016 Hospital Infantil de México Federico Gómez. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introducción

El maltrato infantil (MI) se ha visualizado en México desde la década de los 60 a través de publicaciones aisladas de casos clínicos donde predominaban las manifestaciones de daño físico o abuso sexual¹⁻⁴.

A principios de la década de los 80, el doctor Jaime Marcovich Kuba, pediatra mexicano del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), tomó la estafeta para señalar la gravedad del problema a los pediatras y a la sociedad. Publicó el libro *Tengo derecho a la vida*⁵, basado en informes periodísticos. Dos décadas antes, otros médicos, pediatras, radiólogos y psiquiatras mexicanos, del HIMFG y del Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional SXXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hicieron señalamientos ocasionales, aunque fueron únicamente intentos para sensibilizar a la comunidad médica sobre este problema⁶⁻⁸.

En la década de los 80, en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría (INP), centro hospitalario de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, se detectaron, de manera creciente, niños quienes ingresaron al hospital con otros diagnósticos pero que, durante la atención médica, se detectó que también eran víctimas de alguna modalidad de MI, en esa época denominado *síndrome del niño maltratado*. Por esta razón, al adquirir una mayor experiencia, el grupo médico y paramédico encabezado por el doctor Arturo Loredó Abdalá comenzó a publicar artículos en revistas pediátricas indexadas del país, enfatizando los aspectos médicos, quirúrgicos o médico-quirúrgicos más notables de los niños y adolescentes que habían sido agredidos física o sexualmente⁹.

Simultáneamente, una institución gubernamental, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) trabajaba paralelamente con un programa denominado PREMAN (Prevención contra el Maltrato), atendiendo los casos en los que el personal de Salud Mental y Jurídica había establecido el diagnóstico de niño maltratado. Ante esta situación, vigente en la segunda mitad del siglo xx, todos los casos diagnosticados en el INP debían ser canalizados a dicha institución para su atención integral. Años más tarde, la ley estableció la obligación de notificar cada caso a la agencia del Ministerio Público (MP) correspondiente, con el objetivo de precisar la condición jurídica del menor, de la familia, del posible agresor y el destino transitorio o final

de la víctima. También destacó el esfuerzo del doctor Carlos Baeza Herrera y su grupo con el estudio de casos quirúrgicos atendidos en el Hospital Infantil de la Moctezuma.

A través del tiempo, tanto las autoridades administrativas, el personal médico y paramédico que labora en el INP y otros hospitales pediátricos del país y la población civil, en general, han tomado conciencia de la importancia médico-social y legal que representa el MI. Para entender y poder analizar los problemas que se han enfrentado, se presentan los historiales de acción de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del INP (CAINM-INP), en la Ciudad de México, la Clínica para la Atención Integral del Menor Maltratado del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua (HIECH), Chihuahua, y del Servicio de Pediatría del Hospital General de Mexicali, Baja California. Se tomaron como ejemplo estas tres instituciones porque han actuado continuamente por un periodo de 10 a 20 años en México.

2. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado

En 1997, se estableció oficialmente la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el INP (CAINM-INP) para desarrollar acciones de asistencia, docencia e investigación sobre el tema^{10,11}.

A diferencia de lo que ocurría en algunos países industrializados y otros en vías de desarrollo en ese tiempo, en México y en el INP la situación para atender este problema era muy precaria y deficiente. De esta manera, se puede entender por qué se tuvo que trabajar a partir de una estrategia básica; es decir, un accionar únicamente asistencial, condición que seguramente ya estaba superada en otros países^{12,13}.

2.1. Concientización de las autoridades administrativas y personal médico y paramédico del INP

Ante esta nueva visión para hacer frente a este problema, el doctor Arturo Loredó Abdalá, pediatra internista, planteó a la Dirección General del INP diversas estrategias de acción que permitieran desarrollar los aspectos básicos de asistencia y, casi de manera simultánea, en la docencia e investigación del tema. El enfoque fue inicialmente

orientado hacia el personal del INP; posteriormente para otras instituciones médicas similares, y casi simultáneamente a la población civil.

De esta manera, se estableció la necesidad de aceptar que el MI debía ser entendido como un problema médico-social-legal, que se había convertido en un flagelo mundial de la humanidad, y que en 1999 fue aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública mundial^{14,15}.

El programa de la CAINM-INP se desarrolló durante 16 años en las denominadas plataformas de acción:

2.1.1. Plataforma asistencial

Un primer paso fue conformar un grupo de profesionales de diversas disciplinas inicialmente interesados y posteriormente preparados en la materia, pero que interactuaran con los niños y adolescentes víctimas de MI que asistieran al INP. El fundador y coordinador del equipo fue el doctor Arturo Loredó Abdalá.

De esta manera, el grupo quedó constituido por tres pediatras, una trabajadora social, una psicóloga y una nutrióloga. Los aspectos legales estaban cubiertos por la Subdirección de Asuntos Jurídicos del INP. Así, los aspectos médicos, sociales, emocionales y jurídicos eran atendidos en su totalidad. Al mismo tiempo, se solicitó el apoyo de profesionales de metodología de la investigación para manejar la información que se iba obteniendo y poder publicar los resultados obtenidos durante el accionar cotidiano.

En esta plataforma se señalaron tres funciones primordiales:

- A. Sensibilizar al grupo médico y paramédico del INP para sospechar el diagnóstico de MI. Para ello, fue necesario desarrollar una fuerte campaña de información sobre el tema (intra- y extramuros) mediante sesiones conjuntas, conferencias, cursos y congresos, así como la publicación de libros, artículos y folletos¹⁶⁻¹⁸.
- B. Precisar el diagnóstico de MI. En este sentido, se trabajó en el desarrollo de una definición que abarcara aspectos primordiales de la violencia contra niños y adolescentes, específicamente sobre el MI, destacando la *intencionalidad* del posible agresor¹⁹. Para esta acción, se requirió la intervención activa y dinámica de todos los profesionales ya señalados. ¿Por qué era necesaria la intervención de tantos profesionales para cada caso que se sospechara que fuera una víctima de MI? Para cada paciente con sospecha de MI es necesario realizar un diagnóstico diferencial, y descartar situaciones cuyas consecuencias pueden ser similares a las alteraciones características de alguna modalidad del MI. Las posibilidades a descartar son las siguientes¹⁷:
 1. Accidentes
 2. Algunas enfermedades pediátricas (osteogénesis imperfecta, raquitismo carencial, raquitismo renal, algunos trastornos de la coagulación, escorbuto)
 3. Pobreza
 4. Ignorancia
 5. Estrategia disciplinaria
 6. Estrategia educativa
 7. Usos y costumbres

Años más tarde, y de acuerdo con la expresión clínica que tuviera la víctima, los casos se registraron como lo señala la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)²⁰ en cuatro modalidades de MI:

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso psicológico
- Negligencia

A pesar de que en esta clasificación quedan incluidos el mayor número de casos, existen otras modalidades de violencia contra este grupo etario que frecuentemente terminan en MI¹⁷:

- *Modalidades poco conocidas*. Incluyen el síndrome de Munchausen, por poder, ritualismo satánico, abuso fetal y maltrato étnico^{21,22}.
- *Modalidades poco consideradas*. Incluyen a los niños en situación de guerra, niños trabajadores, niños migrantes, síndrome de alienación parental, maltrato entre pares (*bullying*). Inicialmente pueden quedar ubicados como víctimas de violencia, pero finalmente muchos terminan como niños o adolescentes maltratados.

Obviamente en este accionar participan otros médicos especialistas, como radiólogos, cirujanos, ortopedistas, odontopediatras, y profesionales paramédicos, como enfermeras y nutriólogos. Así mismo, puede ocurrir la intervención de otros profesionales, como filósofos, sociólogos, antropólogos, profesores; es decir, cualquier profesionista interesado y, desde luego, preparado en este tema. Estas acciones son las que se desarrollan en numerosos países desarrollados²³⁻²⁵.

Una consideración básica en el accionar de CAINM-INP fue tomar en cuenta y entender que la intervención de todos y cada uno de los especialistas señalados era fundamental para efectuar una atención integral y un diagnóstico correcto. La experiencia señala que el diagnóstico de MI se confirma en solamente el 30% de los casos con la sospecha de MI. Es decir, uno de cada tres niños con esta situación diagnóstica corresponde a este problema^{26,27}.

Por lo tanto, si el caso no se aborda correctamente, se puede estigmatizar a un adulto, a una familia o a un menor por un diagnóstico erróneo, con la consiguiente repercusión legal, social, emocional y económica.

- C. Vigilar a corto y mediano plazo a la víctima. Una vez establecido el diagnóstico, se debe hacer una notificación legal a la agencia del MP. Esta autoridad señala la condición jurídica del menor, del posible agresor, su familia y sitio hacia donde se canaliza a la víctima para evitar nuevas agresiones.

Tomando en consideración que en México las redes de atención a las víctimas de MI no son las óptimas, en CAINM-INP se trabaja en la búsqueda de una red de apoyo familiar. De esta manera, no se viola un derecho más del niño, el de tener una familia, entre otros que ya han sido afectados.

Con este accionar, se favorece el seguimiento del paciente hasta su total recuperación; de cierta manera, esta vigilancia impide que el menor siga siendo agredido. Esto se denomina *prevención secundaria* del MI.

Al establecer y desarrollar este programa, se efectuó una *acción integral* (intervención de diversos especialistas) y una *acción interinstitucional* (intervención de diversas instituciones gubernamentales y/o civiles), condiciones básicas para lograr una atención completa. La experiencia reporta que el 66% de los niños atendidos no vuelven a sufrir algún tipo de agresión en un periodo de vigilancia de 1 a 3 años²⁸.

Como resultado de recabar información clínica y manejarla con una metodología de investigación adecuada, se pudieron publicar alrededor de 80 artículos médicos en revistas pediátricas indexadas y cinco libros sobre el tema. De esta manera, los pediatras y otros especialistas mexicanos tienen la oportunidad de conocer cómo se comporta y se atiende el fenómeno en una región del país; es decir, en la zona de influencia del INP en la Ciudad de México²⁹.

2.1.2. Plataforma de docencia

Casi de manera simultánea se ha trabajado en diversos programas docentes dirigidos a los médicos que están en la residencia de Pediatría, a los alumnos de pregrado de Medicina durante su estancia en el INP, así como al personal de Enfermería y Trabajo Social.

Para los médicos residentes de primer año en la especialidad de Pediatría se estableció un programa específico denominado *Enlace con las Ciencias Sociales en Pediatría*, que tuvo una duración de 6 años.

Por la importancia del tema, la División de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) apoyó el desarrollo de un curso de posgrado para médicos especialistas, que ha tenido una duración de 12 años. Este curso ha sido único en el país.

En coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría se ha desarrollado un módulo de seminarios sobre MI para el programa de Maestría en Salud Mental Pública, que tiene el reconocimiento de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM.

La organización de cuatro simposios anuales durante 10 años y dos congresos internacionales en conjunto con la Academia Mexicana de Pediatría A.C. y la Academia Nacional de Medicina de México son el resultado de los aspectos más relevantes en este campo de la medicina mexicana. Fueron actividades en las que la audiencia principal se compuso de trabajadores sociales, psicólogos, profesores, médicos, sociólogos, antropólogos y público en general.

2.1.3. Plataforma de investigación

Durante 16 años se desarrollaron diversos protocolos de investigación basados en los datos clínicos. La mayoría, estudios clínicos que permitieron la realización de las publicaciones ya mencionadas. Los diversos proyectos siempre contaron con el apoyo de la Dirección de Investigación del INP.

2.1.4. Plataforma de prevención

A partir del año 2013, la Dirección General del INP autorizó la creación de la Coordinación de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil-Prevención (CEAMI-P), bajo la coordinación y desarrollo del doctor Arturo Loredó Abdalá. El enfoque prioritario es la *prevención* del MI.

Las líneas básicas están orientadas al enriquecimiento y difusión de condiciones sociales de la vida cotidiana de los niños y adolescentes mexicanos.

Esta es una oportunidad de tener una *ventana* a la Pediatría Social de México.

Los programas básicos son los siguientes:³⁰

1. Reconocimiento y difusión de los derechos de los niños y adolescentes.
2. Desarrollo de una crianza humanizada con base en una puericultura eficaz.
3. Detección del MI en población abierta, mediante la construcción y el manejo de una herramienta específica.
4. Fortalecimiento de la familia.
5. Fomento y apoyo de los programas sobre la Cultura por la Paz.
6. Estudio sobre el daño cerebral que ocurre en las víctimas de MI.

Con base en lo expuesto anteriormente, se llegó a las siguientes conclusiones:

La experiencia adquirida en el INP a través del accionar de la CAINM-INP, con una labor ininterrumpida de julio de 1997 a mayo de 2013 (16 años), da la pauta para señalar algunos aspectos fundamentales y necesarios que permiten brindar una atención integral a los niños y adolescentes víctimas de alguna forma de MI y a sus familias. Se cree que con este accionar, además de que los pacientes serán atendidos integralmente, disminuyen las posibilidades de que se violenten algunos de los 54 derechos que tiene este grupo etario.

Es necesario indicar que este accionar solamente se ha implementado en algunos centros hospitalarios de tercer nivel de atención en el país. No todos los hospitales pediátricos de México, el DIF Nacional o las agencias del MP de las Procuradurías de México cuentan con los recursos humanos requeridos para esta función ni con el apoyo presupuestal necesario.

Desafortunadamente, en México no se cuenta con una infraestructura capaz y suficiente para enfrentar esta triste realidad. Por lo tanto, se debe insistir en el desarrollo de campañas que permitan evitar el MI; es decir, se debe trabajar intensamente en la prevención primaria.

Es muy probable que la estrategia de atención integral presentada sea diferente a la que se realiza en algunos países, donde casi todo el proceso es efectuado por el personal de Trabajo Social y el diagnóstico diferencial probablemente se establece posteriormente, o bien los niños son separados de sus familias mientras se corrobora el diagnóstico de MI. Aunque aparentemente estas acciones son benéficas para los menores, frecuentemente violentan algunos de los derechos humanos de los menores³¹.

3. Clínica del Menor Maltratado: Chihuahua

El interés por atender el tema inició en septiembre de 1981, cuando se realizó en la ciudad de Chihuahua el primer simposio de MI. Se contó con la presencia del doctor Jaime Marcovich Kuba, pionero en el estudio de este problema a nivel nacional. Lo anterior ocurrió dentro de la jornada de provincia del HIMFG en conjunto con el Colegio de Pediatría

de Chihuahua y el Hospital Infantil del Estado de Chihuahua (HIEC).

El 12 de marzo de 1982 se constituyó oficialmente la Asociación Pro Derechos del Niño en Chihuahua, A. C. (APRO-DENICH). En septiembre de ese mismo año se inició la actividad de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF). A partir de esta fecha y hasta 1999, las actividades que se señalan fueron de la APRODENICH.

La Clínica se formó como una asociación civil y se basó en el modelo que proponía Marcovich, el de un Centro Latinoamericano para la Atención del Menor Maltratado. Se contaba con las siguientes especialidades médicas: Pediatría, Psiquiatría, Ortopedia, Ginecología; asimismo, las profesiones afines como Enfermería, Odontología, Psicología, Educadoras, Trabajo Social y Abogados.

En 1984 se formó la Asociación Latinoamericana contra el Maltrato Infantil (ALACMI) en Montreal, Canadá, correspondiendo al doctor Héctor José Villanueva Clift ser el secretario de la misma durante 3 años. Este organismo coordinó el Congreso Latinoamericano celebrado en la Ciudad de México, en 1987, en las instalaciones del DIF Nacional. La ALACMI desapareció 5 años después.

En 1985, en el estado de Chihuahua se integró el Consejo Consultivo, dependiente del DIF estatal, para las acciones en beneficio del menor maltratado. El doctor Héctor José Villanueva Clift fue vocal del mismo durante 2 años, ya que casi inmediatamente dicho organismo dejó de existir. En 1992, participó con la Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil (FICOMI), como coordinador por el estado de Chihuahua, así como en congresos en la Ciudad de México y en Monterrey, Nuevo León. Esta organización suspendió sus actividades en 1997.

La Clínica del Menor Maltratado se constituyó oficialmente en el HIEC en octubre del año 2000, bajo la coordinación del doctor Villanueva Clift, con la participación de médicos y personal de las áreas de Pediatría, Trabajo Social, Neurología, Traumatología, Psiquiatría, Psicología y Odontología. El nombre inicial fue Clínica Interinstitucional para la Atención Integral del Menor Maltratado. Participaron en ella las diferentes instituciones del sector salud (IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Salud y hospitales de Chihuahua), DIF estatal, Sector Educativo y Trabajo Social. Lo anterior funcionó como tal solamente durante 6 años. Actualmente, la relación directa es únicamente con la Procuraduría de Asistencia Jurídica y Social del DIF estatal, y tiene como función básica el reporte, manejo y seguimiento de los casos diagnosticados en el nuevo Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua (HIECH).

3.1. Plataforma asistencial

Para tal fin, se elaboró el manual de atención a los menores maltratados, que constituye la base para el manejo de los casos en que se sospecha esta entidad nosológica.

Los objetivos de la Clínica son los que a continuación se enlistan:

1. La prevención del maltrato al menor en todas sus formas de presentación mediante el conocimiento del problema

y el apoyo de los profesionales que se dedican al cuidado de los niños.

2. La detección temprana y el manejo inmediato, para evitar o disminuir la posibilidad de lesiones que pongan en peligro la vida de los menores y alteren la dinámica familiar.
3. Atención inmediata e integral (médica, social, de enfermería, psicología, educativa, y en caso necesario, legal) de los niños maltratados y sus familias.
4. La rehabilitación de los menores y su familia o tutores, buscando siempre la integración familiar.

Asimismo, se establecieron los instrumentos de diagnóstico clínico (*check list*) para establecer el tipo de maltrato, que se clasificó en cuatro modalidades:

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso psicológico
- Negligencia u omisión de cuidados

Los reportes de los casos confirmados son notificados directamente a la Procuraduría de Asistencia Jurídica y Social del DIF estatal, organismo oficial para la protección de los menores del estado de Chihuahua. En caso necesario, también se hace el reporte al ministerio público.

Dentro de este rubro, cabe señalar tres puntos fundamentales que se han desarrollado (al igual que en CAINM-INP):

- a) Sensibilización y capacitación al personal médico y de apoyo que atiende a los menores y sus familias para la sospecha del diagnóstico.
- b) Precisar el diagnóstico por el equipo de la Clínica del Menor Maltratado (CMM-HIECH).
- c) Realizar el reporte y seguimientos del caso con el departamento de Trabajo Social.

3.2. Difusión y prevención

Con orgullo se puede decir que es el área que se ha desarrollado con mayor intensidad y calidad, efectuando las siguientes actividades:

1. Organización y participación en jornadas, cursos, y congresos a nivel local, regional y nacional dirigidos, principalmente, a tres grupos de profesionales:
 - a) Pediatras, médicos generales y de diferentes especialidades.
 - b) Profesionales paramédicos del área de Psicología, Trabajo Social, Educadoras, Enfermería, Odontología y Derecho.
 - c) En escuelas preprimarias, primarias, secundarias y bachillerato para alumnos, padres de familia y profesores.
2. A partir del año 2000, talleres dirigidos a profesionales del área de la salud en los congresos nacionales de Pediatría de diversas organizaciones pediátricas del país. A partir del 2011, con la Academia Mexicana de Pediatría.
3. Presentación de trabajos libres (carteles) en los Congresos Internacionales de Maltrato Infantil de la ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse

and Neglect) en 1982 (París), 1984 (Montreal), 1992 (Chicago), 2002 (Denver) y en los Congresos Mundiales de Pediatría de 2004 (Cancún) y 2007 (Atenas); y en el último Congreso Latinoamericano-ISPCAN, celebrado en Toluca en abril 2015.

4. El doctor Héctor Villanueva ha sido miembro del comité editorial de *The International Journal of Child Abuse and Neglect*, de 1984 a 1990.
5. Publicaciones en medios de difusión popular en relación con el MI.
6. Programa permanente de difusión y prevención en la consulta externa del HIECH.
7. Reporte de México para las World Perspectives de ISPCAN en la ediciones 3.^a, 5.^a, 7.^a, 9.^a, 11.^a y 12.^a (2014), por el doctor Héctor José Villanueva Clift.

3.3. Docencia e investigación

En menor proporción, también se han obtenido los siguientes logros:

- a) La dirección para la elaboración de tesis con pasantes de las carreras de Medicina (6), Enfermería (4), Psicología (4), Odontología (4), Trabajo social (6) y Derecho (3).
- b) Diplomado *Prevención y manejo del maltrato infantil*, con duración de 6 meses para profesionales de Psicología, Trabajo Social y Enfermería. Se graduaron 8 personas en el año 2005.
- c) Desde año 2000, anualmente se imparten talleres básicos sobre MI en el HIECH, con médicos pasantes y personal de base de las siguientes áreas: Medicina, Pediatría, Enfermería, Psicología, Odontología, Educadoras y Trabajo Social.
- d) Trabajos multicéntricos de investigación con los investigadores de la Coordinación de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil del INP (CEAMI-INP) en relación con el síndrome del niño sacudido.
- e) Se ha establecido un convenio de colaboración con la Escuela de Trabajo Social del estado de Chihuahua. Se está llevando a cabo la investigación que se titula "Estudio integral para la prevención del maltrato infantil en pro del desarrollo humano: investigación de acción participativa y cualitativa."

A partir de 1981, en el estado de Chihuahua se ha transitado un largo camino, con altibajos, como era de esperar, en un área tan sensible como el maltrato a los menores. Se presenta delante un gran reto para la sociedad: el de consolidar esfuerzos entre las diferentes instituciones tanto oficiales como académicas y del área jurídica. Un gran problema es interesar a los profesionales de las diferentes disciplinas que intervienen en la atención integral, para poder hacer frente, con posibilidades de éxito, a este flagelo médico-social-legal de la humanidad, y de esta manera acrecentar las labores de los distintos grupos gubernamentales, académicos y de la sociedad civil, no solamente en Chihuahua sino en todo el país.

Es claro que existe, a nivel nacional, un gran problema de violencia cotidiana; y dentro de los más afectados, tanto directa como indirectamente, se encuentran los niños y los adolescentes, que son ya no el futuro sino el presente de la

sociedad. Si se quiere "rescatar a México", se debe trabajar en conjunto, aprovechando que actualmente se cuenta con más bases para emprender programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, y las relaciones a nivel local, regional, nacional e internacional con profesionales interesados en el tema del MI. De esta manera, será posible dejarles a nuestros hijos y nietos un México libre de violencia contra los menores de edad.

4. Servicio de Pediatría del Hospital General de Mexicali

El Hospital General de Mexicali (HGM) es un centro médico de segundo nivel de atención, donde se reciben pacientes de hasta 14 años de edad de una población derechohabiente y no derechohabiente de Mexicali y su Valle, así como del estado de Sonora, ambas entidades del noroeste del país.

Aproximadamente hace 15 años surgió el interés sobre los aspectos relacionados con la Pediatría Social en un grupo de profesionales. Esto como consecuencia de que acudían niños en los que se sospechaba fuertemente la posibilidad de MI, principalmente por abuso físico y negligencia. Un dato en común de dichos pacientes fue el antecedente de adicción en uno o ambos padres. Así, surgió un primer estudio retrospectivo relacionado con el tema "Factores de riesgo asociados a morbilidad en hijos de adictos a drogas ilícitas en un hospital de segundo nivel de atención a la salud", publicado en el año 2000 en una revista médica de México. En ese momento nació el interés por el estudio y atención de estos niños. Este pequeño grupo de profesionales fue creciendo al integrar a otros interesados en el tema, principalmente los profesionales de la carrera de Trabajo Social, quienes han sido parte fundamental en el estudio de este tipo de casos. A pesar de ello, no se lograba impactar en otras áreas para la atención integral de los pacientes.

Después de trabajar con altas y bajas en la sensibilización del personal y las autoridades del hospital, y de establecer contacto académico y de asesoría con CAINM-INP-UNAM a través del doctor Arturo Loredó Abdalá, titular de la misma, se logró la autorización para la creación de una Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el HGM. Surgió de inmediato un gran inconveniente desde el punto de vista presupuestal, ya que no se contaba con los recursos para la creación de la misma. Por lo tanto, se autorizó que dicho grupo funcionara a través de una Clínica de Atención de Violencia contra la Mujer, que sí contaba con presupuesto que permitiera iniciar con el proyecto; la clínica funcionó parcialmente. El equipo quedó constituido por un médico pediatra responsable, una trabajadora social y un psicólogo, quien prestaba su servicio profesional no solamente a pacientes relacionados con MI sino que atendía también toda la patología psicológica de los pacientes de la institución y a las mujeres víctimas de alguna forma de violencia. La clínica estuvo en servicio durante 2 años, aunque posteriormente se canceló su funcionamiento sin una causa justificada.

A partir de esa situación, la atención de los niños víctimas de MI nuevamente quedó a cargo del servicio de Pediatría. Fue un evidente retroceso ya que, desafortunadamente, no todo el personal involucrado (médicos adscritos y residentes, así como personal paramédico y de otras especialidades)

en la atención integral y oportuna de estos pacientes estaba interesado y/o no contaba con el suficiente conocimiento del tema.

Tomando como modelo el funcionamiento de CAINM-INP-UNAM, se continuó sensibilizando al personal médico y paramédico del HGM mediante cursos de capacitación (intra- y extramuros), incluyendo al personal de otras instituciones de salud, así como a profesionales de la Procuraduría de Justicia, de la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia y de la Secretaría de Educación del estado de Baja California.

Este modelo funciona de la siguiente manera: cuando el paciente llega al servicio de urgencias es atendido por el médico pediatra en turno. Si encuentra lesiones o condiciones en el menor que lo hagan sospechar de MI, ya sea por abuso físico, omisión de cuidados o negligencia, principalmente, se informa a la trabajadora social, quien notifica telefónicamente al servicio de Atención a Víctimas de Violencia de la Policía Municipal. Esta unidad receptora comunica a la Unidad de Violencia Intrafamiliar (UVI), quien se entrevista con el médico y la trabajadora social del hospital, así como con la familia del menor, para recabar y confirmar más información del caso. Dependiendo de la gravedad del daño, la UVI determina si esta instancia continúa con la investigación y la vigilancia del paciente a su egreso mediante visitas domiciliarias. Si las lesiones son muy graves y/o la situación familiar del menor es de alto riesgo para su integridad, la UVI notifica al MP y a la Procuraduría de Justicia del Estado. De esta manera, los agentes de la Procuraduría acuden al servicio de Pediatría para entrevistarse con el personal de trabajo social, con el personal médico a cargo del menor y con los padres. De considerarlo necesario, solicitan la intervención de su equipo de especialistas (un médico legista o un psicólogo). La agencia del MP determina si el menor, a su egreso, puede estar con la familia y continuar con la investigación del caso en forma externa. En caso contrario, emite un documento para poner al menor a disposición del DIF estatal para ingresarlo temporal o definitivamente a un albergue, una vez dictada su alta médica. El personal de trabajo social del servicio de Pediatría realiza un informe de los aspectos más relevantes del caso, así como un estudio socioeconómico; además, mantiene comunicación telefónica con el agente del MP en espera de la resolución final de cada caso.

Los principales problemas que actualmente se presentan en este accionar son diversos: una insuficiente red de atención —a pesar del tiempo que se ha considerado al MI como una patología médica, social y legal y de la difusión del tema—; un gran desconocimiento del problema, sobre todo para el diagnóstico; en algunos casos se ocasiona la estigmatización del niño y su familia, así como diagnósticos tardíos; no es posible realizar visitas domiciliarias; el apoyo psicológico es incompleto, ya que no se cuenta con un servicio exclusivo para este tipo de casos-pacientes; el tiempo de respuesta del agente del MP y de la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia no son ágiles ni expeditos. Finalmente, los albergues temporales están saturados, y por ende son insuficientes.

A pesar de estas deficiencias, e independientemente del trabajo realizado, se continúa insistiendo en la importancia de la atención integral y oportuna de los pacientes.

Sin embargo, aún falta mejorar los aspectos de relación y atención de la familia, para poder establecer un adecuado vínculo de confianza y generar el interés por parte de los padres de participar y atender los factores sociales, culturales o médicos que incrementan el riesgo de MI en el seno de la familia.

Otro gran problema en esta región del país son las adicciones ilícitas existentes. Por ello, se ha hecho una propuesta para el abordaje de los recién nacidos expuestos a esta condición y que son una manifestación de abuso fetal.

Se continúa con programas de capacitación que abarquen a estudiantes de Medicina, Enfermería y Psicología, y se ha establecido el vínculo con la Universidad Autónoma de Baja California para incluir en la currícula de la carrera de Medicina una materia optativa de Maltrato Infantil, la cual se encuentra aún en proceso de autorización e implementación.

Es evidente que las plataformas gubernamentales de México son insuficientes para hacer frente a este problema médico-social-legal por las siguientes razones:

- a) No se ha aceptado que la atención inicial de estos casos debiera hacerla el grupo médico, independientemente de la severidad del cuadro clínico. En este sentido, existe un gran problema. El grupo actual de profesionales no tiene la preparación requerida, y en un momento dado no saben cómo actuar. Este problema es más grave en los hospitales pediátricos que no cuentan con un grupo de especialistas en el tema.
- b) Todos los casos (paciente y familia) deberían recibir atención psicológica después de que han sido atendidos médicamente. La idea es precisar el tipo y grado de afectación emocional que tengan. El problema es la escasez de profesionales de esta disciplina, preparados e interesados para tal fin.
- c) El trabajador social es un profesional fundamental en esta labor. El otorga información fundamental sobre el entorno familiar, escolar y social de la niña, niño o adolescente violentado. Este conocimiento le permite al médico pediatra hacer un diagnóstico diferencial correcto. Así mismo, colabora en la selección de una red de apoyo familiar que atienda el menor mientras el padre o la madre son atendidos médicamente o se resuelve su problema jurídico.
- d) El área jurídica encabezada por el agente del MP, y en algunos casos, por el Juez Familiar, no cuenta con la información adecuada sobre las diferentes modalidades del MI, así como de sus expresiones clínicas: conocimiento básico para manejar integralmente a la mayoría de los casos. Sus decisiones no tienen un seguimiento que establezca el beneficio deseado, y en ocasiones estas no son seguidas o aceptadas por los familiares.
- e) No existen en el país suficientes albergues temporales para dar asistencia a los niños o adolescentes que lo requieren. De esta manera, las autoridades se apoyan en Organizaciones No Gubernamentales que no informan sobre las acciones que toman y sus resultados.
- f) El DIF nacional, como institución gubernamental, debería atender esta problemática; sin embargo, esta situación no está dentro de sus estrategias de acción, independientemente de que no cuentan con servicios médicos que realicen el diagnóstico clínico de MI.

5. Avances e interés gubernamental

A pesar de estas deficiencias nacionales, el Presidente de la República, en el año 2014, envió una Iniciativa Preferencial al Poder Legislativo para desarrollar lo siguiente:

- Una Ley General para la Protección de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- La creación del Sistema Nacional de Protección para Niñas, Niños y Adolescentes.
- La sustitución de los albergues temporales por Centros Asistenciales o de Atención Alternativa.

Esta iniciativa fue enviada inmediatamente al Poder Legislativo, quien la aprobó, aunque los resultados aún no están a la vista.

En el año 2015, la Suprema Corte de Justicia de la Nación realizó un pronunciamiento, apoyando el Beneficio del Interés Superior del Menor. Aún se está en espera de obtener resultados.

Numerosos son los obstáculos a vencer, y únicamente con la difusión nacional del problema, el interés de todos los profesionales que intervienen en la atención e interacción con niñas, niños y adolescentes, la intervención gubernamental federal, estatal y municipal, y la investigación social y básica que se haga de esta problemática, será posible hacer frente a este flagelo universal que daña no solamente a este grupo etario sino también a las familias y a la sociedad en general.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Riojas DU, Manzano SC. Aspectos radiológicos del síndrome del niño maltratado. *Jornadas Pediátricas IMSS*. 1968;69:70–3.
2. Aguilar-Sánchez A, Kitsu-Owasawara M, Foncerrada-Moreno M. Síndrome del niño maltratado: aspectos psiquiátricos y sociales. *Rev Mex Pediatr*. 1970;39:621–7.
3. Foncerrada-Moreno M. El diagnóstico del síndrome del niño golpeado. *Rev Clin Conducta*. 1970;4:27.
4. Espinosa-Morett E, Cáceres-Díaz J, Cortés-Vargas J. Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. *Rev Mex Pediatr*. 1971;40:807–19.
5. Marcovich-Kuba J. Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. México: Editores Mexicanos Unidos; 1981.
6. Saucedo-García JM, Foncerrada-Moreno M. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev Med IMSS*. 1985;23:159–66.
7. Baeza-Herrera C, Hoqui-Shafique J, Franco-Vargas R. Síndrome del niño maltratado. Espectro de un problema. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1986;43:71–7.
8. Loredó-Abdalá A, Reynés-Manzur JN, Martínez SC. El maltrato al menor: una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1986;43:425–34.
9. Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. *Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
10. Loredó-Abdalá A, Bustos-Valenzuela V, Trejo-Hernández J, Velázquez-Sánchez A. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999;56:129–34.
11. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Gómez-Jiménez M, et al. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009;66:283–91.
12. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17–24.
13. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1946;56:163–73.
14. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet*. 1999;353:1340.
15. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
16. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. *Gac Med Mex*. 1999;135:611–20.
17. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
18. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Monroy-Villafuerte A, Güicho-Alba E. El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredó-Abdalá A, editor. *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004. p. 75–102.
19. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Baeza-Medina V, Martín-Martín V, Monroy-Villafuerte A, et al. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2001;58:251–8.
20. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionado con la Salud. Décima Revisión. Washington D.C.: OPS; 2008.
21. Trejo-Hernández J, Loredó-Abdalá A, Orozco-Garibay JM. Munchausen syndrome by proxy in Mexican children: medical, social, psychological and legal aspects. *Rev Invest Clin*. 2011;63:253–62.
22. León-López A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, López-Navarrete GE, García-Piña CA. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediatr Mex*. 2007;28:131–5.
23. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007;369:1891–9.
24. Gilbert R, Spatz WC, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68–81.
25. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373:167–80.
26. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V, Carbajal-Rodríguez L, Reynés-Manzur J, Rodríguez-Herrera R, et al. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1998;55:410–6.
27. Loredó Abdalá A, Casas-Muñoz A, Navarro-Ampudia P. Maltrato infantil: elementos básicos para su desarrollo y el grupo interdisciplinario requerido para su atención integral. *Evid Med Invest Salud*. 2014;7:128–32.
28. Loredó-Abdalá A, Cisneros-Muñoz L, Rodríguez-Herrera R, Castillo-Serna L, Carbajal-Rodríguez L, Reynés-Manzur J, et al. Multidisciplinary care for the battered child: an appraisal of three years of action in Mexican children. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999;56:483–9.

29. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A. Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud. *Rev Mex Pediatr*. 2001;68:105-7.
30. Loredó-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Navarro-Ampudia P, Villanueva-Clift H, García-Carranza A. Maltrato infantil: riesgo y prevención. México: Academia Mexicana de Pediatría, A.C.; 2016.
31. Casas-Muñoz A, Loredó-Abdalá A. ¿Por qué debemos conocer los derechos de las niñas, niños y adolescentes? *Acta Pediatr Mex*. 2014;35:437-9.