

Maltrato al menor. Ruta de abordaje en un centro hospitalario pediátrico de la Ciudad de México

ARTURO LOREDO ABDALÁ,* JORGE TREJO HERNÁNDEZ,* VIRGINIA BUSTOS VALENZUELA,*
AIDEÉ SÁNCHEZ VELÁZQUEZ,* MARÍA ISABEL MORENO FUENTES*

INTRODUCCIÓN

El final del siglo XX presenta una expectativa muy desalentadora en lo referente al fenómeno médico social conocido como síndrome del niño maltratado (SNM).

A nivel mundial, se habla y se escribe cada vez más sobre este problema¹⁻⁵ y México no es la excepción.⁶⁻¹⁰ También se aborda este tema en libros, artículos médicos, reuniones académicas, etcétera que intentan sensibilizar a los médicos, independientemente de su especialidad, aunque se insiste en los médicos generales que atienden a niños, los pediatras, los ortopedistas y demás especialistas, así como los profesionales cuya actividad predominante es con niños.^{6,11,12} Asimismo, en periódicos y en revistas de consulta popular y en programas de radio y televisión también se aborda este tema.^{13,14}

En México ha habido una respuesta a este desafío, aun cuando los resultados no han prevenido ni erradicado el problema. Las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han originado dispendio de recursos, en cobertura nacional poco trascendente y, lo más grave, sin programas preventivos.

Por lo anterior, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se creó hace 14 años la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM). Sus funciones de asistencia, docencia e investigación han permitido desarrollar una serie de acciones dirigidas a favorecer el

diagnóstico, el tratamiento integral y el seguimiento de los niños maltratados con resultados alentadores.

Los programas de investigación se han encaminado, fundamentalmente, a tratar de identificar los factores de riesgo para el niño, en el micro y macroambiente, que favorecen su maltrato en las áreas urbana, suburbana y rural de la República Mexicana. Asimismo, se ha trabajado en los aspectos clínicos,¹⁵ endocrinológicos¹⁶ y sociológicos,¹⁷ entre otros.

Aunque en el INP existe un algoritmo de acción para atender a un niño posiblemente maltratado,¹⁸ el cambio constante del personal, sobre todo de los médicos residentes, requiere la actualización periódica de los criterios para lograr tal fin. Por otro lado, la variabilidad de formas de maltrato a los menores obliga a publicar frecuentemente estos cambios, a fin de obtener información actualizada.^{8,19}

El objetivo de este breve ensayo es proporcionar al médico y al personal paramédico involucrado en la atención de un niño víctima de malos tratos, algunos elementos e informes de índole general que deben ser bien comprendidos para proporcionar una atención integral. El lector podrá recurrir a trabajos más amplios si desea profundizar sobre algunos de los diversos temas del síndrome.^{1,9,10,12,20}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME

La variabilidad del síndrome permite considerar dos grandes grupos, formas muy conocidas y formas poco conocidas de este problema.⁸

En el primer grupo están las víctimas de:

- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Privación social, emocional o ambas
- Los niños de la calle y en la calle

* Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Arturo Loredo Abdalá. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C. Col. Insurgentes Cuicuilco. CP 04530. E-mail: loredo@servidor.unam.mx

Recibido: mayo, 1998. Aceptado: julio, 1998

El segundo grupo está constituido por:

- Síndrome de Munchausen
- Abuso fetal
- Niños de la frontera norte de México
- Niños de la guerra
- Maltrato étnico
- Ritualismo satánico

EXPRESIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas son diversas y dependen de la forma de maltrato que ha sufrido el menor. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la existencia de lesiones físicas, de abuso sexual o de privación emocional pueden ser fenómenos únicos o combinados y siempre son la consecuencia de una acción intencional del agresor.

PROPUESTA DE UNA RUTA DE ATENCIÓN

Consideraciones básicas

1. Si usted atiende a un niño con lesiones físicas y de presentación aparentemente aguda, notifique a la autoridad competente, única y exclusivamente por lesiones. Recuerde que de esta manera usted protegerá al menor en caso de que sea víctima de malos tratos y al mismo tiempo el grupo médico y la Institución quedarán respaldados.¹⁸
2. No establezca diagnóstico de niño maltratado de primera intención aunque la sospecha clínica y social sea muy evidente. Con frecuencia se cometen errores diagnósticos en padecimientos o situaciones que simulan este síndrome (hemofilia, raquitismo renal, osteogénesis imperfecta, lesión accidental o como consecuencia de alguna acción costumbrista).⁸
3. Hospitalice al menor cuyas lesiones permitan sospechar que es víctima de maltrato, pero no mencione a los familiares esta posibilidad diagnóstica.
4. Si hay sospecha de abuso sexual, la exploración del área genital, anal o ambas deberá hacerla el médico residente de mayor jerarquía, siempre del sexo femenino. No se debe hacer tacto o exploración armada, sólo hay que concretarse a describir las lesiones existentes, la presencia de objetos o sustancias extrañas. Es obligatorio que esté presente un familiar o un representante legal.¹⁹
5. Evite exploraciones repetidas del área genital, anal o de ambas si no tiene un fin de prioridad diagnóstica o terapéutica.
6. Si encuentra secreción vaginal anormal, sospechosa de un problema infeccioso, debe tomar muestras para cultivos específicos de enfermedad de transmisión sexual e inespecíficos para bacterias, parásitos, hongos y virus.
7. La confirmación de los datos de la exploración primaria la realizará el experto en el problema durante las primeras 24 h de internamiento. De no ser así, se corre el riesgo de que haya modificación y, por lo tanto, su expresión puede ser muy pobre y de poca ayuda al médico. Esta idea debe privar en los casos que han sufrido la agresión en forma aguda. Es frecuente que los niños sean llevados al médico cuando han transcurrido más de 72 h y la información clínica es muy pobre y de difícil evaluación. En esta situación se requiere la participación de los demás miembros del grupo multidisciplinario.
8. Es primordial contar con el apoyo de la familia de un niño que ha sido víctima de cualquier forma de maltrato. En esta noción queda incluido el agresor. Considere que entre 10 y 15% de los casos, el adulto que ha perpetrado la agresión sufre de alguna enfermedad mental.⁹
9. Al quedar hospitalizado el menor, avise al grupo especializado de esta problemática médico-social lo más pronto posible.*
10. Existe la posibilidad de que el menor, ahora bajo su cuidado, haya ingresado a la institución por un problema que inicialmente no parece corresponder a SNM. Sin embargo, su evolución inadecuada, la falta de interés de los familiares o la obtención de información sugestiva de que el menor ha sido maltratado, le permiten sospechar este diagnóstico. En este caso solicite la intervención de personal especializado en el tema.**
11. Si el menor está en urgencias o en terapia intensiva con datos fehacientes de que ha sido víctima de SNM, una vez resuelta la urgencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica,¹⁰ podrá ser canalizado a un servicio en el que se puedan investigar otros padecimientos y además corroborar el diagnóstico de SNM.**
12. Trate, hasta donde sea posible, de no hacer público el diagnóstico de SNM. Frecuentemente el personal paramédico y los familiares de otros pacientes estig-

* En el INP corresponde a la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM).

** En el INP corresponde al Departamento de Medicina Interna.

matizan al menor y a su familia; ello dificulta el desempeño profesional necesario para beneficiar al menor.

13. Cerciórese de que la labor del agente del Ministerio Público dentro de la institución se realice en un lugar privado y en coordinación con el médico encargado de la sala o con el médico residente, jefe de la guardia, la trabajadora social o varios de ellos, pues así disminuyen las posibilidades de una acción indiscreta que atente contra el menor y su familia.
14. La notificación la debe realizar el médico que atiende al paciente y se entregará a la trabajadora social en turno del servicio o departamento, quien a su vez la hará llegar a la división de asuntos jurídicos para su trámite en la agencia del Ministerio Público. Si se trata de maltrato físico las agencias especializadas en el DF que dependen de la Dirección General de Asuntos de Menores e Incapaces son: 57, 58, 59 y 69. En caso de abuso sexual las agencias serán: 46^a, 47^a, 48^a y 49^a. Al INP le corresponde la número 47^a (cuadro 1).

Si el menor ha sido aceptado en un grupo de trabajo similar a la CAINM se desarrollará el proceso de atención integral que involucra el grupo médico pediátrico de psiquiatría y psicología, de trabajo social y de la división de asuntos jurídicos. Todos deberán tener perfectamente definida su acción en este contexto. En el INP, los lunes a las 13:30 h, en la sesión general de la CAINM, se discute el caso de cada paciente ante todos los miembros de la clínica para efectuar los siguientes pasos:

- a. Si no se confirma el diagnóstico de SNM se inicia la gestión pertinente con la autoridad indicada para que el menor retorne a su hogar una vez resuelto su problema médico.
- b. Si se establece el diagnóstico de SNM se amplía la notificación inicial ante la autoridad. Dicha ampliación estará a cargo del grupo médico de la CAINM.
- c. Aunque el menor esté bajo la responsabilidad de la autoridad, una vez que haya egresado de la institución, se mantendrá su vigilancia médica incluyendo la psiquiátrica, psicológica y por trabajo social. Ello permitirá detectar la repetición del problema en un hogar sustituto o en el propio, la recuperación o el mantenimiento de la normalidad física y emocional del menor y la participación de la familia en la atención integral de este fenómeno.

Cuadro 1. Agencias de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal especializadas en denuncias de maltrato a menores

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN DE DELITOS SEXUALES

Área Central

Avenida Coyoacán 1635. Col. Del Valle, Deleg. Benito Juárez
625-91-72

Agencia 46^a

Sóstenes Rocha y Parque Lira. Col. Ampliación Daniel Garza, Deleg. Miguel Hidalgo
625-87-46

Agencia 47^a

Tecualiapan y Zompatitla. Col. Romero de Terreros, Deleg. Coyoacán
625-93-72, 625-93-84

Agencia 48^a

Fray Servando Teresa de Mier esq. Av. Francisco del Paso y Troncoso. Col. Jardín Balbuena, Deleg. Venustiano Carranza
625-87-48

Agencia 49^a

5 de Febrero y Vicente Villada. Col. Villa Aragón, Deleg. Gustavo A. Madero
625-87-49

DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS DE MENORES E INCAPACES

Área Central

Fray Servando Teresa de Mier No. 32 3er piso. Col. Centro, Deleg. Cuauhtémoc
625-86-79, 625-86-76

Agencia 57^a

Dr. Carmona y Valle No. 54. PB. Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc
625-63-61

Agencia 58^a

Av. Toluca No. 10 esq. Av. México. Col. Tizapán, Deleg. Álvaro Obregón
625-95-52

Agencia 59^a

Paseo de la Reforma No. 705 1er piso. Col. Exhipódromo de Peralvillo, Deleg. Cuauhtémoc
526-21-94, 526-24-94

Agencia 69^a

Av. Ermita Iztapalapa esq. Ignacio Zaragoza, Col. Lomas de Zaragoza Deleg. Iztapalapa
855-87-04, 855-87-05

Cuadro 2. Instituciones que brindan atención al niño maltratado en la Ciudad de México**GUBERNAMENTALES****Instituto Nacional de Pediatría**

Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM)
Insurgentes Sur 3700 C. Col. Insurgentes Cuicuilco, Deleg.
Coyoacán
606-00-02 ext. 411 – 413

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)

Procuraduría General de Justicia del D.F.
Dr. Carmona y Valle No. 54, 1er piso. Col. Doctores,
Deleg. Cuauhtémoc
242-62-46, 242-62-48, 242-60-25

Centro de Terapia de Apoyo en Delitos Sexuales

Procuraduría General de Justicia del D.F.
Pestalozzi No. 1115. Col. Del Valle, Deleg. Benito Juárez
559-97-71, 575-54-61

Prevención del Maltrato y Abuso al Niño (PRENAM)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la
Familia (DIF)
Xochicalco No. 1000, 1er piso. Col. Portales, Deleg. Benito
Juárez
604-67-00 ext. 4573, NIÑOTEL: 658-11-11

Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME)

Periférico Sur No. 2905. Col. San Jerónimo,
Deleg. Magdalena Contreras
595-81-39, 595-81-15, 595-80-25

Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

San Buena Ventura No. 86. Col. Belisario Domínguez, Deleg.
Tlalpan
573-48-66, 573-49-55, 573-48-43

NO GUBERNAMENTALES**Colectivo Contra la Violencia A.C. (COVAC)**

Mitla No. 145. Col. Narvarte, Deleg. Benito Juárez
519-31-45, 538-98-01

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A.C. (ADIVAC)

Luis G. Vieyra No. 23-5. Col. San Miguel Chapultepec, Deleg.
Miguel Hidalgo
515-67-37, 575-54-61

Para ampliar el frente de acción contra este problema, es de vital importancia lograr la replicación de clínicas de tipo CAINM en sitios donde se brinde atención pediátrica, independientemente de su nivel y localización territorial.

En el INP la función de la CAINM es básicamente

de investigación, aunque no se puede desligar de los aspectos asistenciales y de docencia. Para cumplir con el objetivo primordial, los pacientes aceptados en la Clínica deben cumplir los requisitos de inclusión en un programa de investigación vigente. Si ello no se cumple, a su egreso se canaliza a la institución que designe la agencia del Ministerio Público (Albergue temporal de la Procuraduría General del DF, al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF o Centro de Atención de la Violencia Intrafamiliar, CAVI), en donde el menor y su familia deben recibir una atención integral. Además de estas instituciones gubernamentales existen otras dependencias no gubernamentales que proporcionan atención a niños con maltrato (cuadro 2).

CONCLUSIONES

La información que aquí se presenta refleja nuestro interés por facilitar en un centro hospitalario, la acción médica, social y jurídica de los niños víctimas de maltrato.

Intentamos mostrar a la comunidad médica y a otros profesionales relacionados con los niños que es factible actuar en forma integral ante esta problemática, independientemente de que no se labore en un centro de tercer nivel de atención.

Insistimos sobre la necesidad imperiosa de desarrollar en la entidad delegacional, municipal o estatal, clínicas de atención del niño maltratado a fin de proporcionar una atención especializada en el lugar de los hechos.

La CAINM del INP no intenta ser centro de referencia en nuestro país de niños víctimas de cualquier forma de maltrato.

Es muy factible que los programas de investigación sobre el tema, en la CAINM puedan o requieran ser repetidos en otras partes del país y con ello validar o modificar los conceptos básicos. La interrelación multidisciplinaria generará un consenso en la atención integral del problema y evitará dispendio de recursos.

Agradecimientos: a la Fundación Glaxo Wellcome por el apoyo para mantener la Investigación en la Clínica del Niño Maltratado y a Claudia Estrada Jiménez por el trabajo secretarial.

Referencias

1. Kempe CH, Silvermann FN, Steele BF, *et al.* The battered child syndrome. *J Am Med Assoc* 1962;181:17-24.

2. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Negl* 1998;12:3-23.
3. O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse Negl* 1995;19:449-61.
4. National Center on Child Abuse and Neglect. *Child maltreatment*. 1993. Washington DC. US Department of Health and Human Services 1995.
5. Finkelhor D, Hotaling, Lewis I, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990;14:18-28.
6. Loredo-Abdalá A. Maltrato al menor. Interamericana McGraw Hill 1994.
7. Loredo Abdalá A, Reynés Manzur JN, Carbajal RL. El maltrato al menor: una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:425-33.
8. Loredo Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:413-9.
9. Saucedo García JM, Sánchez Guerrero O. Maltrato físico y abuso sexual. En: Saucedo García JM, Maldonado Durán JM. *Psiquiatría en temas de pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. McGraw Hill Interamericana 1998.
10. Baeza Herrera C, García Cabello LM, García Chávez JL, Gardida Chavarria R. Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:98-105.
11. Lordedo Abdalá A, Trejo Hernández J, Sánchez Vázquez A, Bustos Valenzuela V. I Taller Iberoamericano de maltrato al menor. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:176-7.
12. Santana Tavira R, Sánchez Ahedo R. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1998;40:58-65.
13. Loredo Abdalá A. Maltrato a los niños: un flagelo médico social mundial. *El Heraldo de México*, 1998 enero.
14. Loredo Abdalá A. Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. *El Heraldo de México*, 1998 enero.
15. Loredo Abdalá A, Reynés MJ, Carbajal RL, *et al*. El niño maltratado. Una realidad actual en México. *Acta Pediatr Mex* 1985;5:28-37.
16. Loredo Abdalá A, Cornejo BJ, Ulloa AA, *et al*. Comportamiento endócrino del niño maltratado en la fase aguda de la agresión. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1989;46:272-6.
17. Sánchez Velázquez A. Encuesta de opinión sobre el tema "Maltrato al menor". Estudio preliminar. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología UNAM. 1997.
18. Loredo AA, Oldak SD, *et al*. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990;47:91-5.
19. Adams JA, Kudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:850-7.