



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRIA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL PERSONAL MÉDICO ANTE
EL MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

PRESENTA
DRA.GRETHEL ANYEHL MANCILLA MARÍN.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JORGE TREJO HERNÁNDEZ.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL PERSONAL MÉDICO
ANTE EL MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN”**

Dra. Grethel Anyehl Mancilla Marín

**Vo. Bo.
Dr. Luís Ramiro García López**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Pediatría

**Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret**

Director de Educación e Investigación

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL PERSONAL MÉDICO
ANTE EL MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO COYOACÁN”**

Dra. Grethel Anyehl Mancilla Marín.

Vo.Bo.

Dr. Jorge Trejo Hernández.

DIRECTOR DE TESIS

Asistente de la Dirección del Hospital Pediátrico Coyoacán

Con mucho cariño dedico este trabajo a mis padres y suegros, pues gracias a su gran apoyo he podido realizar una meta mas en mi vida, la de ser médico pediatra... a mi pequeña familia: Pedro mi esposo y a mi hijo Ángel Iván, por haber caminado a mi lado durante estos 3 años, por su gran apoyo y por ser ambos quien me dieran el ánimo suficiente para seguir adelante y la fuerza necesaria para levantarme cuando en el camino me sentía desvanecer... gracias por entenderme cuando en fechas importantes no pude estar a su lado, a mis hermanos por su gran apoyo.

Agradezco infinitamente a mis jefes de enseñanza y médicos adscritos por el conocimiento compartido, por todo su apoyo incondicional que me brindaron en este hermoso camino... También agradezco y dedico este trabajo con mucho cariño a mis pequeños pacientes pues a partir del primer día en que mi sueño de ser pediatra se convirtió en realidad, ellos depositaron en mí toda su confianza a través de sus padres...

Y doy gracias a Dios por todas las bendiciones que he recibido para poder ver realizada esta meta...

Índice.

RESUMEN

I.INTRODUCCIÓN 1 - 13

II.MATERIAL Y MÉTODOS 14 - 16

III.RESULTADOS 17 - 25

IV.DISCUSIÓN 26 - 33

V. CONCLUSIONES 34

VI. BIBLIOGRAFÍA 35 - 37

ANEXO 1 "Aviso al Ministerio Público"

ANEXO 2 "Registro de Atención en Caso de Violencia Familiar"

Resumen.

Planteamiento del problema: vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños, sin embargo al abordar el tema de maltrato infantil se presentan diversos problemas como el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática y una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico, por lo que sin duda es de gran importancia poder conocer cual es el Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil en el Hospital Pediátrico Coyoacán.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal prospectivo descriptivo, en el personal médico del Hospital Pediátrico de Coyoacán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (S.S.D.F) durante marzo a julio de 2008, mediante un cuestionario de autoaplicación que se proporciono a 70 médicos (as) adscritos, médicos residentes, médicos generales y adscritos de diferentes especialidades en el área de pediatría. Se diseño un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas ante el maltrato infantil, conformado por 30 reactivos. Los datos obtenidos se procesaron en EXCEL aplicándose estadística descriptiva en números absolutos y porcentajes, los resultados se expresaron en tablas y figuras.

Resultados: Se encontró que el nivel de conocimientos de los médicos ante el maltrato infantil es alto en el 79% y el 21% presento un nivel medio de conocimientos. El 53% refirió estar totalmente de acuerdo en incluir la materia de maltrato infantil en la currícula universitaria. La mayoría de los médicos mostró una actitud positiva ante el problema y para recibir capacitación, sin embargo existe una minoría que manifestó su indiferencia y mala actitud ante el problema del maltrato infantil y negativa a recibir capacitación, y en cuanto a la práctica médica se encontró que solo el 19% ha atendido algún caso de maltrato infantil en los últimos 6 meses. Los documentos oficiales referidos

por los médicos para reportar los casos de maltrato infantil reflejaron el total desconocimiento o falta de aplicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 190-SSA-1-1999, "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar", en donde se precisa la responsabilidad del profesional de la salud ante el fenómeno de la violencia durante su práctica diaria.

Conclusiones. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre el tema, e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social. Psicología y áreas afines a la salud pública.

Palabras clave: Maltrato Infantil; conocimientos; actitudes; práctica médica; médicos.

Introducción.

El maltrato infantil (MI) es un fenómeno universal, considerado como un problema de salud pública, el cual no tiene límites culturales, sociales, raciales, económicos, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape a él, y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo y es tan antiguo como la humanidad misma.

Antecedentes: Ya en épocas pasadas el padre era considerado como el dueño y no como el protector de su hijo que sería lo más adecuado, ya que ejercía un poder absoluto sobre él. Podemos citar el derecho paternal que Rómulo otorgó en común a patricios y plebeyos, el cual permitía que los padres pusieran a sus hijos en prisión, los golpearan con varas, los vendieran como esclavos e, incluso, los mataran. También en la América prehispánica, entre los aztecas y los mayas, la autoridad se depositaba en el varón, quien gozaba del derecho de vida y muerte sobre los hijos. El infanticidio fue muy común en tiempos bíblicos, y como ejemplo de ello tenemos que Abraham estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac. Hubo un tiempo en el que los niños cristianos eran azotados cada día de muertos para recordar la masacre emprendida por Herodes. En la antigua Palestina era muy común el sacrificio de los primogénitos en honor a los dioses. Otra forma de infanticidio era el emparedamiento que como en Jericó colocaban a los niños en los cimientos de las murallas para supuestamente fortalecerlas. En la India el infanticidio era practicado en niños que nacían con defectos físicos, y en China, hacia 1870, el infanticidio femenino era permitido como una forma de control prenatal; el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes. La eugenesia era otro argumento a favor del infanticidio; Séneca, Platón y Aristóteles apoyaban el asesinato de los niños defectuosos. El asesinato de los hijos ilegítimos al nacer era muy común en Alemania y Europa hace 200 años. Los japoneses sacrificaban a sus niños como un método de control de la natalidad, y las mujeres sobrevivían porque las podían casar, vender como prostitutas o sirvientas, o convertirlas en

geishas. En Estados Unidos de América (EUA), durante la época colonial, los menores de edad se cedían por contrato durante años para servir como mano de obra barata. Un problema especial existía en relación con los niños de color, para los cuales no existía ningún tipo de atención. Durante el siglo XIX, los niños indigentes eran vendidos a agricultores o artesanos, para que cubrieran jornadas de trabajo de 16 a 18 horas, a cambio de salarios muy bajos. La sociedad empezó a tomar conciencia de la existencia del problema y de la presencia del maltrato hasta finales del siglo XIX. Como un antecedente de fundamental importancia en el estudio del síndrome del niño maltratado, se encuentra el caso de Mary Ellen, primero en EUA que provocó una intervención legal en 1874. Como no existía una ley ni dependencia que tuviese facultades para intervenir, en forma irónica el caso fue llevado a la corte avalado por la Sociedad Protectora de Animales. A raíz de este hecho, surge en EUA, en 1875, la Sociedad de Prevención de la Crueldad en los Niños y, posteriormente, se crean otras organizaciones con esta misma función.^{1,2,3}

En 1946 el Dr. John Caffey radiólogo pediatra, fue el primero en describir el término "Síndrome del Niño Sacudido y Lesiones Cervicales" en un grupo de niños con hemorragia subdural y subaracnoidea, fracturas metafisiarias por tracción y hemorragia retiniana, observando éste tipo de lesiones en muchos niños a pesar de no presentar lesiones externas. Aunque con los antecedentes de los estudios de Caffey en 1946, de Silvermann en 1953, y de Wooley y Evans en 1955, no fue sino hasta 1962, cuando el doctor Kempe y sus colegas publicaron en *Journal of the American Medical Association* su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, y se reconoció el abuso y la negligencia hacia los niños, teniendo un gran impacto que llevo a la creación de leyes para la protección de los niños, en los Estados Unidos, Canadá y otros países y es hasta entonces que la comunidad médica reconoce el síndrome del niño maltratado.⁴⁻⁵

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han involucrado en el tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962, quien originalmente define el maltrato infantil como el "uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes". Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como parte del maltrato infantil. Para Wolfe es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)". En nuestro país, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) lo define como "todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor". El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores custodios o personas responsables de ellos". En el Informe Nacional de Violencia y Salud emitido en 2006 por la Secretaría de Salud, se hace referencia a la definición emitida por la Organización Mundial de la Salud en 2003: "El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder". Distinguiendo actualmente la mayor parte de los especialistas cuatro tipos de maltrato infantil:⁶⁻⁷

1) Maltrato físico: El castigo corporal a los niños es una práctica legalmente sancionada y culturalmente aceptada en la gran mayoría de los países. De hecho, el castigo físico hacia los niños

es la única forma de violencia interpersonal consentida por la ley. Sin embargo, si tales castigos dejan huellas que permanecen, entonces se les considera maltrato.

2) Maltrato psicológico o emocional: El maltrato psicológico o emocional ocurre cuando los padres o las personas responsables del cuidado de un niño le causan o pueden causar, por acción u omisión, serios trastornos, tanto en el comportamiento, como cognitivos, emocionales o mentales. El maltrato psicológico no requiere la presencia de daños físicos; con sólo presenciar la violencia en la familia o experimentar abandono, rechazo o explotación, se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico.

3) Abuso sexual: El abuso sexual ocurre entre un menor y un adulto que es el padre o la madre, cuidador o responsable de la niña o el niño. Típicamente involucra la explotación sexual del menor o sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto. El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyerismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual. Los abusos sexuales ocurren preponderantemente al interior de la familia en todos los grupos étnicos y clases sociales.

4) Negligencia: La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales.

Las definiciones de cada tipo varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en el cual lo que intentan es identificar y castigar al agresor, o desde el campo de la salud, en cuyo caso se busca brindar atención a las víctimas. En la Ciudad de México, a través de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF) se implementó a partir del 2002, el "Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género" instrumentado mediante una serie de estrategias de aplicación en todas sus unidades médicas, con especial énfasis en el maltrato y abuso sexual infantil, creando para ello, la "Guía de Detección del Maltrato y Abuso Sexual Infantil" en 2004, estableciendo coordinación con dependencias del Gobierno del D.F., como el DIF-DF y la Fiscalía de Atención al Menor e Incapaces, cuya infraestructura especializada permite dar servicios integrales a los menores violentados.^{7,8}

Haciéndose referencia en la "Guía de Detección del Maltrato y Abuso Sexual Infantil" además de los 4 principales tipos de maltrato: físico, psicológico, sexual y abandono o negligencia, otros tipos de maltrato como son:

- a. Maltrato cariñoso: algunas caricias y expresiones de afecto físicamente inapropiadas; como pellizcos en las mejillas, abrazo "ahogadores", raspones por barbas y bigotes, asustar a los niños o niñas como una forma de jugar con ellos, obsequiarles regalos desde la perspectiva de los adultos.
- b. En la atención médica: el personal de salud tiene el "saber médico" por lo que somete al usuario que percibe la atención como un "sujeto pasivo" ante toda la acción médica y paramédica. Muchas veces se desconoce la integridad del usuario o derechohabiente como ser bio-psico-social con derechos.

- c. En odontología: el profesional no es capaz de controlar la ansiedad del niño, pierde la paciencia fácilmente, asume actitudes fuertes y rígidas para llevar a cabo procedimientos dentales sin importarle el estado emocional del niño o de la niña.
- d. Televisivo: programas con horarios, contenidos violentos o sexuales, inapropiados para los niños o niñas.

Los estudios realizados en numerosos países, señalan al maltrato infantil como un problema multicausal, en el que intervienen las características del maltratador, del maltratado, el medio ambiente y un estímulo disparador de la agresión. Refiriéndose actualmente cifras verdaderamente alarmantes de niños objeto de abuso por parte de padres y tutores, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema. En nuestro país, en el Informe Nacional sobre Violencia y Salud en 2006, se refiere que entre los casos de maltrato infantil que atiende el DIF, la mayor proporción (32%) corresponde a casos de maltrato físico. Le siguen en orden de importancia numérica la omisión de cuidados (23%) y el maltrato emocional (20%). Durante 2002, el sistema de salud atendió a 1 775 menores de 14 años de edad por lesiones ocasionadas por violencia familiar, así como a 8 305 por lesiones provocadas por actos de violencia ocurridos fuera de la familia. También, a 7 076 que sufrieron lesiones por causas no especificadas y a 1 957 por lesiones autoinfligidas. En conjunto, entonces, el sistema de salud atendió a 19 113 menores de 14 años de edad por hechos de violencia durante 2002. En algunas entidades, las tasas de suicidio entre menores se han triplicado durante los últimos años, superando, en algunos casos, las tasas de muerte por homicidio. En el Distrito Federal, cada semana han sido abandonados, en promedio, tres niños durante el periodo 2000-2002. Han sido violados diariamente en el país 21 menores de edad, durante el periodo 1997 - 2003. Fueron sentenciadas por incumplir obligaciones familiares 12 476 personas, durante el periodo 1990-2001. Según los resultados de la Consulta Infantil y Juvenil

realizada en el país en 2000, el 28% de los niños y niñas de entre 6 a 9 años de edad dijeron que son tratados con violencia en su familia, y 32% en sus escuelas. La violencia reportada por los niños y niñas fue mayor en todos los casos entre los del medio rural que en el urbano. En la Consulta efectuada en 2003, de nueva cuenta 28% de los niños y niñas de 6 a 9 años (es decir, 3 000 000 de entre los de esa edad) dijeron que en su casa los golpean y 16% (1 500 000) señalaron que lo mismo ocurre en sus escuelas. Asimismo, 3.5% de los niños y niñas (105 000) dijeron que han sufrido abusos sexuales tanto en su casa como en la escuela.⁷ Por lo que se refiere a los casos reportados en el Distrito Federal, durante 2000 a 2002, el DIF recibió un promedio de 1 400 casos de maltrato infantil por año; es decir, un promedio de cuatro casos por día. De los menores maltratados 56% son niños y 44%, niñas. Y tan solo en el primer semestre de 2003, se registraron 23mil denuncias por maltrato infantil en el país, destacando que los casos de este tipo superan lo reportado en el año de 2002, en donde se registraron un total de 22mil 372 casos. Otro reporte del mismo organismo, señala que el promedio de niños y niñas afectados (as) por abuso o maltrato se estima en 25.5 por cada mil menores, de los cuales 13.9 sufren abandono, 5.7 maltrato físico, 3.4 maltrato emocional y 2.5 abuso sexual. Por su parte la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, atendió en el primer trimestre del 2003, a 1856 menores de edad que habían sufrido maltrato físico y emocional, e inclusive abuso sexual.⁸

Con todos los antecedentes previamente comentados, cabe mencionar la franca deficiencia que existe en nuestro ámbito para no poder precisar una cifra cercana a la realidad de esta patología ya que en México, siendo un problema de Salud Pública a nivel nacional, existe gran desigualdad para los sitios de referencia en la atención de casos de niños maltratados, ya que las cifras registradas en las instituciones de salud, así como en las instancias de procuración de justicia representan tan sólo la punta del *iceberg*, ya que captan sólo las situaciones de extrema violencia o aquellas en las que

las víctimas deciden denunciar, lo cual ocurre en la minoría de los casos, por lo que no existen cifras exactas acerca de la incidencia, ni prevalencia del síndrome del niño maltratado a nivel nacional. En el Distrito Federal la atención para el niño maltratado se concentra a Instituciones Médicas las cuales solo unas cuantas como en Instituto Nacional de Pediatría cuenta con una Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), Instituciones de asistencia social como el DIF, Áreas de salud mental e instituciones jurídicas.

En Estados Unidos en 2003 se detectaron aproximadamente 2.9 millones de niños y adolescentes víctimas de abuso y negligencia, representando una incidencia de 12.4 por mil niños, y se refirieron 1500 defunciones, se confirmó el diagnóstico en una tercera parte de los niños, de tal manera que en ese año fue señalado dentro de la Comunidad Pediátrica como una "Emergencia Nacional".⁹

En relación con los profesionales de la salud, los estudios realizados en el país, en el área clínica se han dado a conocer pocos estudios acerca de los casos de maltrato a niños. Destacan, sin embargo, una serie de estudios publicados por un grupo de médicos, encabezados por el doctor

Arturo Loredó-Abdalá, quien ha venido atendiendo este tipo de casos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría. En uno de los estudios publicados, que se refiere a 252 casos atendidos entre 1990 y 2000, se reportan los siguientes datos: 52% de las víctimas son niñas y 48% niños. En cuanto a los tipos de maltrato, 138 casos fueron de maltrato físico (55%); 56 de abuso sexual (22%); 35 de privación emocional y social (14%); 11 por síndrome de niño sacudido (4%); 10 por síndrome de Münchausen (4%) y dos casos de ritualismo satánico (1%). En 13% de los casos el maltrato derivó en enfermedad crónica o incapacitante y en cinco casos (2.3%) produjo la muerte. En cuanto a los responsables, 90% fueron familiares, 4% no familiares y en 6% no se supo. En 10% de los casos se detectó alguna enfermedad psiquiátrica en los responsables (Trejo *et al* 2002).¹⁰

Otro de los estudios se refiere a 150 niños maltratados que fueron atendidos en la Clínica durante el periodo 1998-1999. Entre los niños maltratados se detectaron lesiones y cicatrices antiguas en 62% de los casos; 57% presentaron malas condiciones de higiene; 16% inmunizaciones incompletas; 35% talla baja; 27% desnutrición y 17% bajo rendimiento escolar; 35% de los niños convivían con padrastros o madrastras. En cuanto a los padres, 55% presentaron alcoholismo o drogadicción; 85% tardaron en solicitar atención médica; 59% dijeron que sus hijos no habían sido deseados y 45% señalaron que también habían sufrido maltrato siendo niños. En cuanto a los 13 casos de Síndrome de Münchhausen, o sea de enfermedades inducidas o fabricadas en el niño por un adulto, se encontró lo siguiente: ocho eran niños y cinco niñas de entre 4 meses y 13 años de edad. En todos los casos las enfermedades habían sido inducidas por las madres. El tiempo promedio que requirió el diagnóstico fue de 10 meses. El síndrome se expresó de la siguiente manera: cuatro casos de intoxicaciones inducidas; cuatro de fiebre; tres de falsas acusaciones de abuso sexual y dos de diarrea crónica. En cuatro casos las madres habían padecido eventos similares siendo niñas y en otros cuatro había hermanos que también habían sido afectados (Trejo *et al* 2002).¹¹

En un artículo realizado en 2002 por Trejo y cols. sobre la "Responsabilidad del pediatra ante la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar", se refiere que un obstáculo que el médico enfrenta cuando atiende a un menor que posiblemente es víctima de alguna forma de maltrato, es saber cómo brindarle a éste y a su familia, una atención integral. Para la que se refiere de fundamental importancia del conocimiento y aplicación de la NOM-190-SSA-1999 lo que permitirá optimizar recursos humanos y tiempo, además de enriquecer y adecuar conceptos y criterios del dominio. Posteriormente en un estudio realizado por Loredó Abdalá y cols. en 2004 en el Instituto Nacional de Pediatría, sobre los "Obstáculos Médico Legales en el Diagnóstico y Asistencia Integral al Niño

Maltratado”, se encontraron que el área médica fue identificada como la que mayores obstáculos para el establecimiento del diagnóstico del síndrome del niño maltratado particularmente en la valoración inicial, el área legal presentó mayores dificultades, una vez que el menor debe recibir asistencia y seguimiento por diagnóstico confirmado, principalmente por la falta de sensibilización sobre el síndrome del niño maltratado, incoordinación con otras instituciones e interpretación imprecisa de la ley. Identificando que los principales obstáculos a los que se enfrentan, dependen principalmente de aptitud y actitud de los profesionales más que de la carencia de leyes, espacios físicos o recursos materiales para el buen funcionamiento de sus funciones.¹²⁻¹³

Con todo lo anterior, podemos darnos cuenta que en México se tiene niveles de violencia en contra de los niños y las niñas que superan considerablemente los de los países desarrollados. Ello significa que requiere redoblar sus esfuerzos para diseñar estrategias que permitan enfrentar de manera integral el problema, dichas estrategias deberán confluir y articularse de manera coordinada tanto el sector de salud como el educativo, el de protección a la infancia, el de justicia y el de los organismos de la sociedad civil. Pues sin duda alguna, la elevada prevalencia de la violencia contra los niños, y sus secuelas médicas y psicológicas, justifican plenamente su detección rutinaria, no identificar el maltrato infantil como tal, interfiere con el diagnóstico real, encareciendo los servicios de salud en términos de tiempo y dinero, debido a las consultas subsecuentes y al tratamiento de las secuelas. Sin embargo en lo que respecta a nosotros como personal de sector salud, es importante contar con instrumentos que nos permitan ampliar y profundizar los conocimientos que se tienen acerca del fenómeno de la violencia hacia los niños y las niñas en nuestro país y poner estos conocimientos al alcance del personal médico (titulado e en formación) de los distintos hospitales que atienden o reciben de este tipo de casos.

Asimismo, se requiere de la capacitación del personal de salud, en especial del médico para detectar, y registrar adecuadamente los casos de maltrato infantil. Adoptar las medidas necesarias para que las instituciones de salud apliquen en todos los casos que se requiera la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. ("Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar" publicada en el Diario Oficial de la Federación en nuestro país, en octubre de 1999, entrando en vigor el 7 de marzo del 2000). y en lo que se refiere a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la aplicación de la "Guía de Detección del Maltrato y Abuso Sexual Infantil". Ello contribuiría a mejorar la cobertura y la calidad de los registros de todos los casos de maltrato infantil que son atendidos en las instituciones y con ello mejorar el registro de casos.¹⁴

Así entonces, el conocimiento del médico debe ser el más adecuado para la atención de niños maltratados, con una actitud lo más positiva, con dominio de la clínica en sus diferentes niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación de sus pacientes, con capacidad crítica y autocrítica frente al trabajo y ante la literatura médica, con capacidad de actuar multidisciplinariamente con una cosmovisión social y de educador para la salud, con actitud ética cimentada en las mejores corrientes humanistas y los principios ontológicos actuales, con una actitud abierta a los avances científicos y de permanente actualización con respecto al tema y una práctica apegada a los principios básicos del médico.

Planteamiento del problema: Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños, sin embargo nos damos cuenta que al abordar el tema de maltrato infantil se presentan diversos problemas tales como el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática; raíces culturales e históricas profundas; diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación; dificultades en la

investigación y una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico, encontrándonos ante la necesidad de unificar criterios en cuanto a la definición y clasificación de información científica para el mejor conocimiento y práctica médica de tal situación en el personal de salud.

Justificación: Desde 1999 el maltrato infantil por sus repercusiones en la salud, en la economía y en el bienestar social de las comunidades ha sido considerado por la OMS como un problema de salud pública en el mundo, siendo este un fenómeno médico social que siempre ha acompañado a la humanidad, sin embargo por la naturaleza del fenómeno en nuestro país, igual que en el resto del mundo, existe un subregistro de casos, y por lo tanto las cifras de prevalencia y mortalidad no son precisas. Por lo que en nuestro país, en octubre de 1999 se publica en el Diario Oficial de la Federación, el proyecto de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar" (NOM), y entró en vigor el 7 de marzo del 2000. De la NOM se destaca que la "violencia dentro de la familia" se ha constituido en un problema de salud pública en nuestro país, siendo los grupos más vulnerables los niños, las mujeres, las personas con discapacidad y los individuos en plenitud y por lo tanto, es hacia ellos a quien está dirigida. Siendo los niños y los adolescentes mexicanos alrededor del 40% de la población nacional, es indispensable considerar y aceptar que un buen número de ellos son víctimas de malos tratos, tal y como sucede en otros países del mundo. Este fenómeno es conocido en el ambiente médico como "síndrome del niño maltratado (SNM)".

Por todo lo anterior, considero importante evaluar el nivel de conocimientos, así como las actitudes y prácticas que tiene el personal médico del Hospital Pediátrico Coyoacán, ante el maltrato infantil, ya que sin duda el maltrato infantil es un problema mundial, de salud pública, que sobrepasa el ámbito de la pediatría, y que en la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere de la búsqueda

activa de indicadores, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano, pues una gran parte de los problemas en el niño se ven reflejados en la vida adulta. Ya que sin duda la violencia contra los niños constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de los niños y niñas mexicanos y de otras regiones del mundo. A pesar de que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad infantil, sólo hasta hace algunos años se ha visualizado como un problema de salud pública.

Siendo para nosotros de trascendental importancia evaluar cual es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tiene personal médico del Hospital Pediátrico Coyoacán ante el maltrato infantil, para identificar que tanto conocen acerca del problema, cual es su actitud ante ello y la práctica médica que se ejerce ante tal situación, ya que sin duda México no es un país exento de violencia infantil y sin duda, no existen cifras reales o exactas acerca de éste problema y probablemente muchos casos sean sub diagnosticados y por tanto no reportados por falta de conocimiento, actitud y práctica en el personal de salud.

Objetivos: Con base en lo anterior, el presente trabajo tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil en el Hospital Pediátrico Coyoacán de la S.S.D.F.

Material y métodos.

Durante marzo a julio de 2008 se realizó un estudio transversal prospectivo descriptivo, en 70 médicos pediatras, residentes de especialidad de pediatría, médicos generales y médicos de diferentes especialidades en el área de pediatría, del Hospital Pediátrico de Coyoacán de la S.S.D.F. A los médicos que aceptaron participar en el estudio se les proporciono un cuestionario de autoaplicación.

El cuestionario consta de seis secciones: Las variables estudiadas en la primera sección fueron: edad, sexo, antigüedad en el hospital, turno laboral y servicio al que se encontraba adscrito. En la segunda sección la variable fue el nivel profesional: medico residente, medico general, medico familiar, medico pediatra, medico ortopedista, médico cirujano, y otra especialidad (odontología, imagenología, etcétera). En la tercera sección sobre educación médica continua, se pregunto si se había recibido o no cursos sobre maltrato infantil en el último año. En la cuarta sección se evaluó el nivel de conocimientos de los médicos sobre el tema, para lo cual se elaboraron diez preguntas sobre aspectos generales del maltrato infantil, posteriormente se construyo un índice de conocimiento de acuerdo con el número de preguntas acertadas: nivel bajo a los participantes que respondieron menos de 3 preguntas, nivel medio entre 4 y 7 y alto entre 8 y 10, las variables fueron definición de maltrato infantil, formas de maltrato infantil, componentes del concepto de maltrato infantil, indicadores de abuso sexual infantil, maltrato por negligencia, indicadores de maltrato psicológico, indicadores de maltrato físico, síndrome del niño sacudido, consecuencias del maltrato infantil, condiciones que favorecen el maltrato infantil. En la quinta sección la variable a evaluar fue la actitud del médico, para conocer esta área (afectiva, cognitiva y conductual) se consideró la definición de Allport, que cuenta con gran aceptación universal, y se toma como base para la sistematización de las representaciones acerca de la actitud: "La actitud consiste en un estado

mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona". Sin embargo, a pesar de que esta definición es bastante completa, otros autores integran el aspecto socio psicológico; es decir, su dependencia del grupo (o colectividad) y, en consecuencia, de las normas y valores, los cuales son expresión de la estructura socioeconómica del régimen social y expresados, así mismo, por el grupo; de esta manera, podemos asumir que la actitud constituye también una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal, y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido, pudiéndose distinguir en toda actitud su objeto, dirección e intensidad.¹⁵⁻¹⁶

En la estructura de las actitudes se distinguen tres componentes: a) cognitivo, se refiere a las ideas o información que tiene un individuo respecto del objeto de actitud; b) afectivo, se relaciona con el sentimiento de simpatía o antipatía, respecto del objeto de actitud, y c) conductual, indica el comportamiento del individuo respecto del objeto de actitud que nos permitirá evaluar así mismo las prácticas del personal con respecto al maltrato infantil, para lo cual se elaboraron 10 preguntas utilizando la escala de Likert.¹⁷ Se elaboraron diez reactivos y se estableció la siguiente escala para su calificación; TA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, Indiferente: I, Desacuerdo: D, Totalmente en desacuerdo: TD.

En la sexta sección se refiere a la práctica médica con respecto al maltrato infantil, se pregunto si en los últimos seis meses se había atendido algún caso de maltrato infantil, que documento oficial utiliza para el registro de casos, qué hace ante un caso y se le indicó enumerar en orden de importancia las acciones que realizan ante un caso.

El cuestionario fue probado y validado previamente a través del método de test-retest en personal médico del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, con una correlación del 0.53 y no se realizaron correcciones al mismo por que los médicos de la prueba piloto respondieron por escrito y de manera verbal desconocimiento ante el tema y falta de capacitación.

La población considerada, cumplía los siguientes criterios de inclusión:

- Ambos sexos.
- Todos los turnos.
- De cualquier edad.
- Médicos Residentes de la Especialidad de Pediatría, Médicos Residentes de medicina familiar, Médicos generales, Médicos familiares, Médicos Pediatra.

Los datos obtenidos se procesaron en EXCEL aplicándose estadística descriptiva en números absolutos y porcentajes, los resultados se expresaron en tablas y figuras.

Resultados.

Se entrevistaron a 41 (70.6 %) médicos de los 58 que integran la plantilla del hospital y 29 médicos residentes de las distintas especialidades (pediatría 21, medicina familiar 6 y 2 de trauma-ortopedia).

Sección 1

Datos generales. La edad promedio fue de 38 años, la edad mínima de 24 años y la máxima de 65 años, sin embargo 6 personas no respondieron. Con respecto al sexo 57% fueron mujeres y 43% hombres, en cuanto a la antigüedad laboral en el hospital el 18% tiene menos de 1 año de antigüedad, el 33% de 1 a 5 años, el 9% de 6 a 10 años y el 40% mas de 10 años.

Turno laboral. Laboran en el turno matutino 26, 12 en el vespertino, se encontraron 2 en el turno nocturno, 3 de jornada acumulada y 27 realizando guardias ABC por tratarse de ser médicos residentes.

Servicio adscrito. En Infectología se encuentra 1 médico, 3 se encuentran de rotación ó en servicio social (médicos residentes), 3 en odontología, 1 en oftalmología, 19 en urgencias, 4 en consulta externa de pediatría, 16 en hospitalización, 2 en terapia intensiva pediátrica (UTIP), 4 en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), 1 medico radiólogo, 6 en ortopedia, 3 en cirugía pediátrica, 1 anestesiología y 6 forman parte del cuerpo de gobierno.

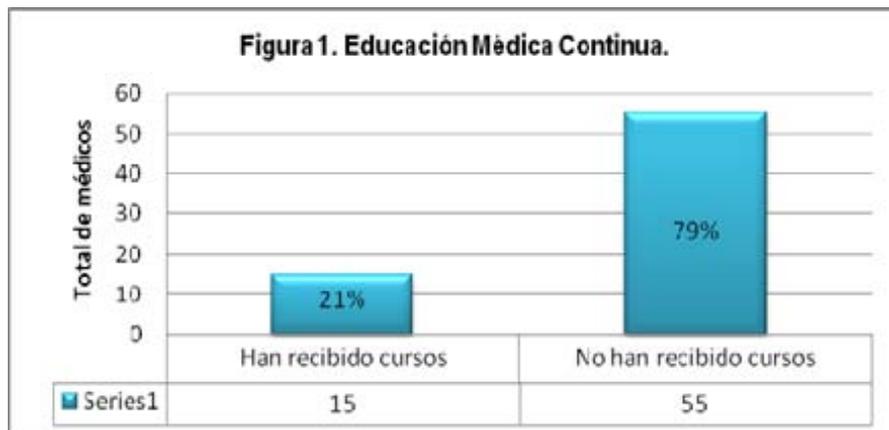
Sección 2.

Nivel profesional. De los 41 médicos de la plantilla del Hospital Pediátrico Coyoacán, 8 fueron médicos generales, 16 médicos pediatras, 4 ortopedistas, 3 cirujanos pediatras y 10 incluidos en otras especialidades (4 odontólogos, 1 oftalmólogo, 1 intensivista pediatra, 1 neonatólogo, 1 médico radiólogo, 1 anestesiólogo y 1 cirujano general).

De los médicos residentes 29 (6 residentes de medicina familiar, 2 de ortopedia y 21 de pediatría).

Sección 3

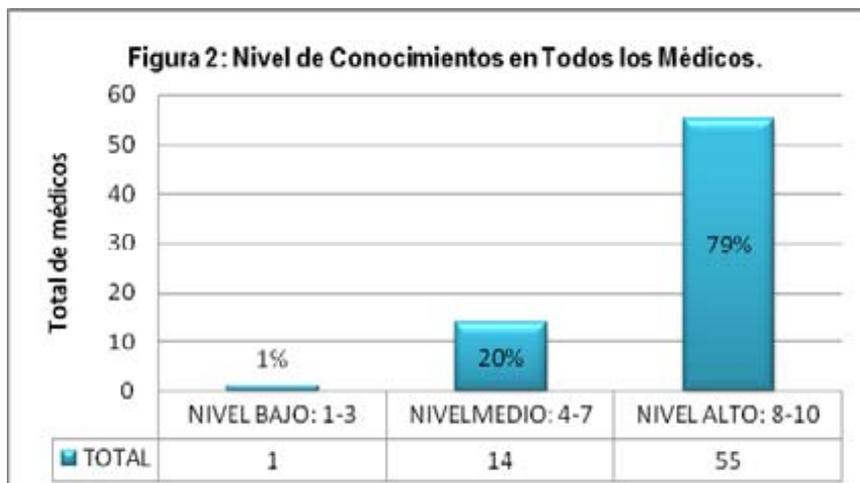
Educación médica continua. El 79% de los médicos no ha recibido cursos sobre maltrato infantil en el último año, solo el 21% refiere haber recibido cursos sobre el tema, los cuales especificaron 2 en violencia intrafamiliar, 4 de maltrato infantil, 1 trato digno y maltrato de pacientes, 11 no especificaron y 3 de violencia de género. Figura 1.



Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

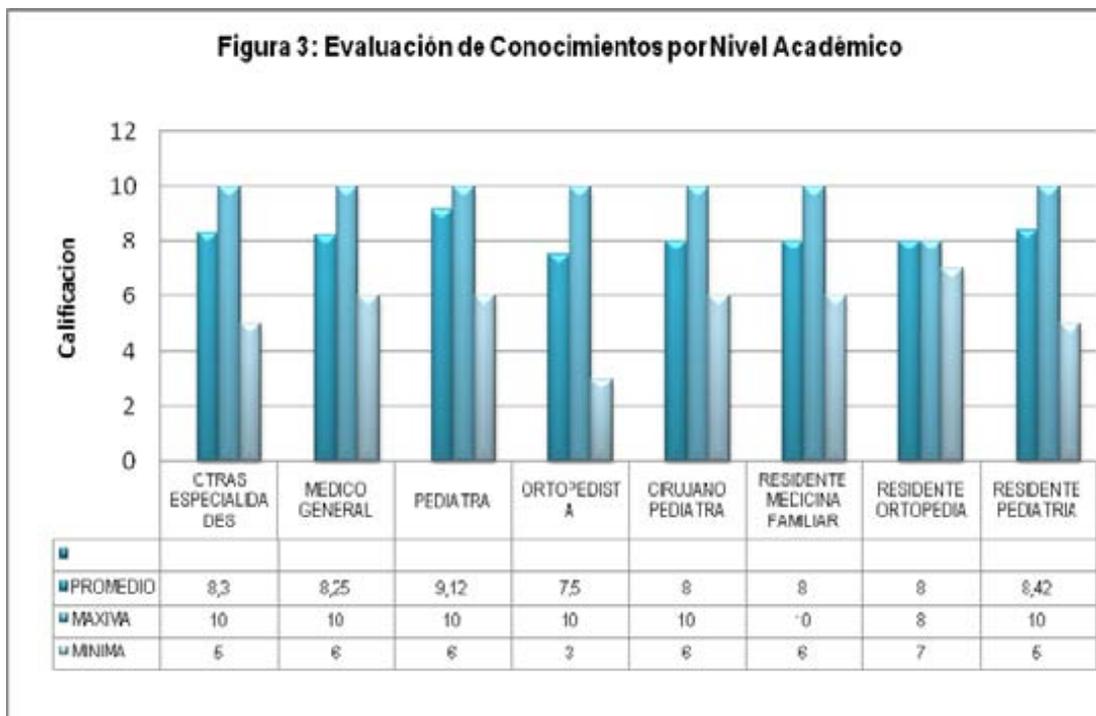
Sección 4

Nivel de conocimientos. El promedio general fue de 8.5 con una calificación mínima de 3 y una máxima de 10. Se registro un nivel alto de conocimientos sobre el tema (79%). Figura 2.



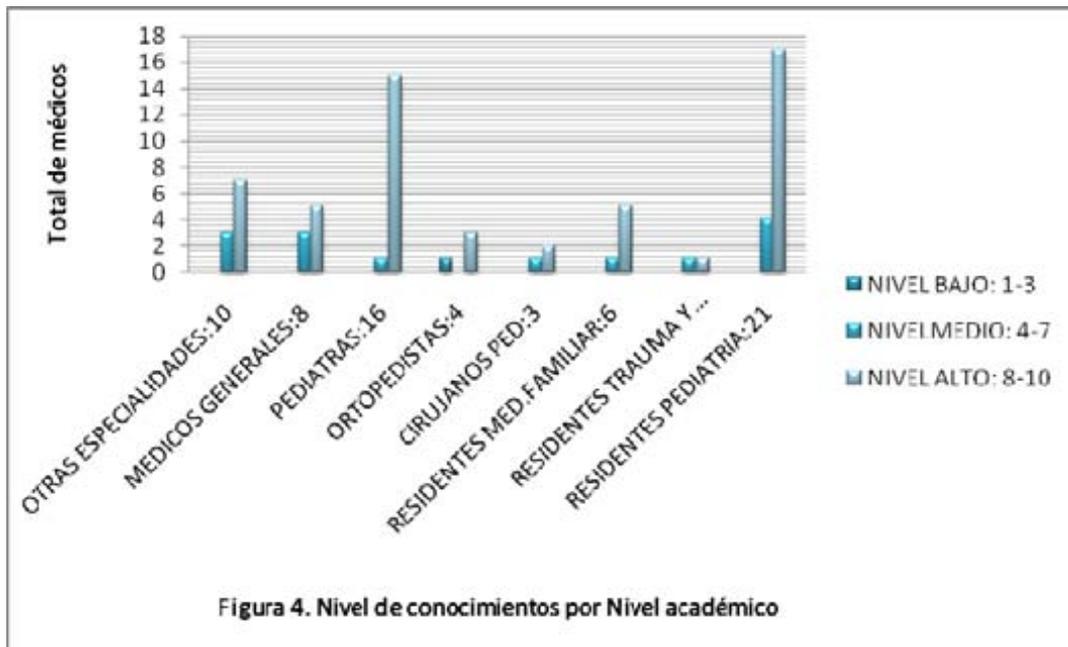
Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Con respecto al nivel académico, en la evaluación de los conocimientos se reportó en general para el grupo de otras especialidades una calificación promedio de 8.3 con una máxima de 10 y mínima de 5, los médicos generales obtuvieron un promedio de 8.25 con una máxima de 10 y una mínima de 6, los médicos pediatras obtuvieron el promedio más alto de 9.12 con una máxima de 10 y mínima de 6, los médicos ortopedistas un promedio de 7.5 con una máxima de 10 y mínima de 3, los cirujanos pediatras un promedio de 8 con calificación máxima de 10 y mínima de 6, los residentes de medicina familiar un promedio de 8 con máxima de 10 y mínima de 6, los residentes de ortopedia un promedio de 8 con máxima de 8 y mínima de 7, los residentes de pediatría obtuvieron un promedio de 8.42 con una máxima de 10 y mínima de 5. Figura 3.



Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

El nivel de conocimientos por nivel académico, se muestra en la Figura 4, donde se encontró para los 10 médicos agrupados en otras especialidades que 3 presentan un nivel medio de conocimientos y 7 un nivel alto, de los 8 médicos generales 3 presentaron un nivel medio de conocimientos y 5 un nivel alto, de los 16 médicos pediatras solo 1 presento un nivel medio de conocimientos y los otros 15 un alto nivel de conocimientos, de los 4 ortopedistas solo 1 con nivel bajo de conocimientos y 3 con alto nivel, de los 3 cirujanos pediatras solo 1 con nivel medio y 2 con nivel alto, con respecto a los 6 residentes de medicina familiar 1 con nivel medio y 5 nivel alto de conocimientos, de los 2 residentes de ortopedia uno presento nivel medio y uno nivel alto de conocimiento, de los 21 residentes de pediatría 4 presentaron nivel medio de conocimientos y 17 alto nivel de conocimientos.



Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Sección 5

Actitud del médico. Con respecto al 1er reactivo en el cual se les menciona a los médicos si consideraban que los padres tienen todo el derecho de castigar a sus hijos, el 5% estuvo totalmente de acuerdo, el 29% de acuerdo, un 3% refirió indiferencia, 32% estuvo en desacuerdo y 31% totalmente en desacuerdo. En el 2º reactivo el 29% de los médicos refirió estar totalmente de acuerdo en que se castigue a los adultos de la misma forma en que agreden a los niños. En el 3er reactivo, el 32% refirió estar de acuerdo en que los agresores de los niños son personas con enfermedad mental, frente a un 34% que refirieron estar en desacuerdo. Se planteó también a los médicos si los casos de maltrato infantil deberían ser denunciados, y el 78% de los médicos refirió estar totalmente de acuerdo ante este tipo de actitud.

El 78% de los médicos refirió estar totalmente en desacuerdo con que los niños sean maltratados por que se lo merecen, cuando se planteo que los niños que eran agredidos se convertirían en adultos agresores el 37% de los médicos refirió estar totalmente de acuerdo y 46% estuvo de acuerdo, refiriendo el resto indiferencia o no estar de acuerdo.

Se planteo a los médicos si consideraban que debería existir la materia en maltrato infantil en la currícula universitaria y el 44% de los médicos estuvo totalmente de acuerdo, el 53% de acuerdo, y el resto mostro una actitud de indiferencia o se manifestó en desacuerdo.

Con respecto a la capacitación en el personal medico para atender casos de maltrato infantil el 93% de los médicos respondió estar totalmente de acuerdo y de acuerdo en que ésta era insuficiente. Sin embargo, el 62% de los médicos mostró una actitud general favorable ante el problema y estar totalmente de acuerdo en recibir capacitación en torno al maltrato infantil, el 32% estuvo de acuerdo, resultando preocupante que un 8% de los médicos se refirió con indiferencia y en desacuerdo, con una actitud negativa a recibir capacitación en torno al maltrato infantil, por desinterés en el tema.

Con respecto al último reactivo de la 5ª sección, el 33 y 37% de los médicos dijeron estar totalmente de acuerdo y de acuerdo con que se aplique sanción a los médicos que no denuncian los casos de maltrato infantil. Tabla I.

Tabla I. Actitud del personal médico frente al maltrato infantil.

Variable: actitud	TA	DA	I	D	TD
Los padres tienen todo el derecho de castigar a sus hijos.	3 5%	20 29%	2 3%	23 32%	22 31%
Los adultos que agreden a los niños deben ser castigados de la misma forma.	20 29%	16 23%	2 3%	20 29%	12 16%
Los agresores son personas con enfermedad mental.	12 17%	22 32%	5 7%	24 34%	7 10%
Todos los casos de maltrato infantil deben ser denunciados.	55 78%	11 16%	1 2%	1 2%	2 3%
Los niños son maltratados por que se lo merecen.	1 2%	1 2%	2 3%	11 16%	55 78%
El niño que es agredido será un adulto agresor.	26 37%	32 46%	4 6%	7 10%	1 2%
Debe existir la materia de maltrato infantil en la currícula universitaria.	31 44%	37 53%	1 2%	0 ---	1 2%
La capacitación en el personal médico para atender casos de maltrato infantil, es insuficiente.	33 47%	32 46%	3 5%	1 2%	1 2%
Estoy dispuesto (a) a recibir capacitación en torno al maltrato infantil.	43 62%	23 32%	2 3%	2 3%	0 %
Los médicos que no denuncian deben ser sancionados.	23 32%	26 37%	6 9%	13 19%	2 3%

Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Sección 6

Práctica médica. 27 (38.5 %) médicos refirieron no haber atendido casos de maltrato infantil en los últimos 6 meses y 43 médicos (61.5 %) refirieron si haber atendido casos de maltrato infantil en los últimos 6 meses.

Entre los principales tipos de maltrato atendidos por los médicos, se refirió;

27 Maltrato físico, 4 Negligencia, 2 Maltrato psicológico, 2 Abuso sexual, 13 No se especifico el tipo de maltrato.

Siendo el maltrato físico el que se atiende con mayor frecuencia, seguido de la negligencia. Con respecto a la documentación oficial que los médicos utilizan para el reporte de casos de maltrato infantil, los médicos respondieron de manera abierta no utilizar ningún documento, no utilizar ningún documento como médico ya que son realizados por trabajo social, otros no respondieron y otros mencionaron documentos como la hoja Registro de Violencias y Lesiones SISPA 17P, certificado médico, nota inicial de urgencias, expediente clínico, formato de maltrato, certificado de estado físico, otros refirieron desconocimiento o no recordar la documentación utilizada, datos que se presentan a continuación en la tabla II.

Tabla II. Documentos oficiales referidos.

Documento	Número	Porcentaje
Ninguno	4	5%
Ninguno como médico por que lo realiza TS.	1	1%
No recuerda	1	1%
Desconozco	4	5%
No respondieron	10	15%
hoja Registro de Violencias y Lesiones SISPA 17P	44	60%
Certificado médico	1	1%
Nota inicial d urgencias	1	1%
Expediente clínico	6	8%
Formato de maltrato	1	1%
Certificado de estado físico	1	1%
Resumen médico	1	1%

Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Con respecto a la práctica médica, se pregunto a los médicos que hacían ante un caso de maltrato infantil, a lo que ellos respondieron abiertamente varias posibilidades: 13 médicos refirieron reportar el caso a trabajo social, 31 reportar al Ministerio Público, no respondieron 7, reportan al jefe de servicio 3, 10 médicos refirieron denunciar los casos sin referir a donde a con quien, 6 envían a psicología, 1 da prioridad a estado clínico del paciente, 5 dan atención médica, 9 refirieron

hospitalizar al paciente, 2 médicos refirieron ponerse a investigar si realmente es maltrato y estudiar las posibilidades, 6 refieren avisar a las autoridades correspondientes sin mencionar a cuales autoridades correspondientes, 2 respondieron no saber que hacer y 1 refirió registrarlo pero sin mencionar dónde o ante quién.

Las acciones que realizan los médicos en orden de importancia ante un caso de maltrato infantil se presentan en la tabla III, siendo la práctica médica la principal variable y reportándose las acciones por orden de importancia del número 1 al 6.

Tabla III. Práctica médica.

Variable: Práctica médica.	Acciones referidas por orden de importancia.											
	1°		2°		3°		4°		5°		6°	
Enviar a los padres a psicología.									4	6%	66	94%
Hospitalizar al niño para su protección.	23	33%	18	26%	7	10%	13	19%	9	13%	0	---
Realizar aviso al ministerio público.	1	2%	6	9%	6	9%	13	18%	41	59%	3	4%
Realizar historia clínica.	11	16%	17	24%	30	43%	8	11%	4	6%	0	---
Solicitar estudios de laboratorio y estudios auxiliares de diagnóstico.	0	---	14	20%	14	20%	31	44%	10	14%	1	2%
Dar atención médica inmediata a las lesiones.	35	50%	15	22%	13	19%	5	7%	2	3%	0	---

Fuente: Cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil.

Encontrándose que para el 50% de los médicos lo más importante es dar atención inmediata a las lesiones, en 2° lugar hospitalizar al niño para su protección, en 3er lugar realizar historia clínica, en 4° lugar solicitar estudios de laboratorio y auxiliares de diagnóstico, en 5° lugar realizar aviso al ministerio público y por ultimo enviar a los padres a psicología.

Discusión.

En México no existen estudios previos que hayan evaluado el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico ante el maltrato infantil, solo existen investigaciones en personal que atienden casos de violencia familiar. En el campo de la violencia contra niños y adolescentes destacan los trabajos realizados por el Dr. Loredó-Abdalá y colaboradores donde hacen referencia a los principales obstáculos medico legales en el diagnóstico y asistencia integral en el niño maltratado.^{13, 18}

Se estima que existen alrededor de 100 millones de niños y adolescentes que son víctimas de violencia en cualquiera de sus formas cada año a nivel mundial. En América Latina se ha estimado una gran parte de los niños presentan cualquier forma de maltrato infantil y que se registran alrededor de 80 000 muertes cada año producto de la violencia familiar. Esto nos muestra el enorme impacto que se tiene del problema en la salud infantil, donde las instituciones encargadas de atenderlo son insuficientes. En 2006, en los Estados Unidos se reportaron 3 millones de denuncias sobre maltrato infantil situación que fue atendida por un número insuficiente de personal médico, considerándolo como una "emergencia nacional" donde era necesario iniciar una serie de estrategias que permitieran hacer frente ante tan gran problema.^{7,19}

Uno de los retos es la sensibilización del personal de salud que atiende a la población infantil en los diferentes niveles de atención para la detección de casos con maltrato. Para ello se requiere de manera inicial conocer cual es el perfil clínico que tiene el personal que atiende niños con esta problemática.

Se ha documentado en algunas investigaciones que a mayor grado de preparación en el personal médico existe un mejor criterio para la detección, diagnóstico y reporte de casos con maltrato.²⁰

En un estudio reportado por Markenson y colaboradores quienes realizaron en 2007 una evaluación nacional sobre el nivel de conocimientos y actitudes en la evaluación y manejo de niños maltratados en personal de los servicios médicos de urgencias, reportaron que los participantes carecían de los conocimientos necesarios en el reconocimiento, manejo y reporte de casos de niños que habían sufrido algún tipo de maltrato. Sin embargo en el presente estudio aunque el nivel de conocimientos fue aceptable (79%) debe de insistirse en que el médico reciba información médica continua a través de cursos, seminarios y congresos.²¹

Otro hallazgo que resalta la necesidad anterior se manifestó en que el 79% no recibió capacitación sobre maltrato infantil en el último año. Por otro lado cabe mencionar que se observaron diferencias entre las distintas especialidades, donde los de la especialidad de pediatría mostraron un nivel alto con respecto a las otras especialidades.

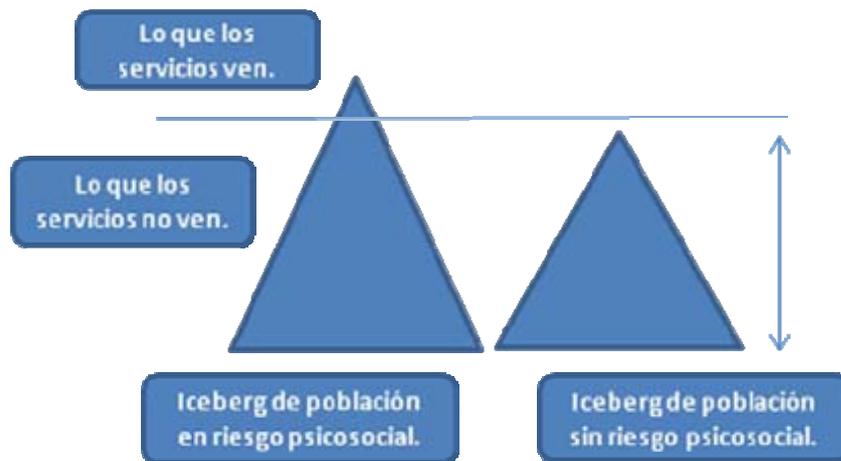
La detección-diagnóstico de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil, siendo ésta la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufran este problema, ya que, como resulta evidente, sino detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor. Debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etcétera.

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos: 1) *Historia*: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, policía, trabajador social) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes). 2) *Examen psicológico-médico*: existencia de indicadores físicos y de comportamiento del niño y en la conducta del agresor / acompañante. 3) *Pruebas complementarias*: realización de pruebas medicas (radiología, análisis), psicológicas (test,

entrevistas), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos. 4) *Datos sociales*: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por que se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención.

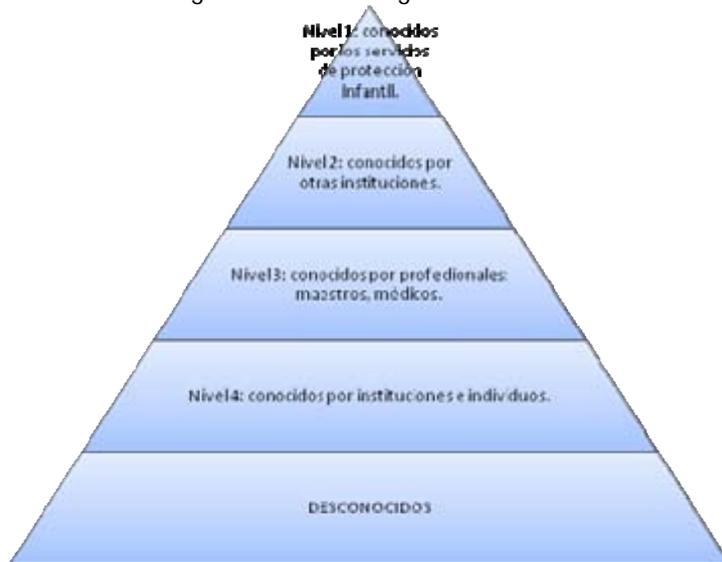
La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etcétera., condicionan el conocimiento del número de casos. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un Iceberg, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales (Figura 5):

Figura 5. Los Icebergs del Maltrato.



Fuente: Díaz HJ, Esteban GJ, Puyo MC, Goturens BF, Requena FM, Saquer CJ. **Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de casos.** Madrid. Edita la Subdirección General de Información administrativa y Publicaciones, 2006. 81.

Figura 5. Los Icebergs del Maltrato.



Fuente: Díaz HJ, Esteban GJ, Puyo MC, Goturens BF, Requena FM, Saquer CJ. **Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de casos.** Madrid. Edita la Subdirección General de Información administrativa y Publicaciones, 2006. 81.

Existe una serie de mitos y falsas creencias que influyen en el desconocimiento de las magnitudes reales de este problema, entre los que destacan la falta de estudios epidemiológicos y la omisión de los profesionales de comunicar los casos, influidos por factores tales como que no siempre es fácil su diagnóstico y muchos no llegan siquiera a sospecharse, la ausencia de una definición, que permita reconocerlos sin grandes dificultades, dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental, la formación profesional que recibe el pre y posgraduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones. Otros tales como los criterios personales del propio profesional que pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte, tales como considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato, todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa, las lesiones son consideradas poco importantes, no se sabe con seguridad,

aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse), miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia, preocupaciones de índole personal del profesional: legales (tener que declarar), económicas (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), comodidad (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), miedo (reacción de los padres), experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente, muchos profesionales que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que: El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interrogue y actuará posteriormente con más violencia, más valen unos malos padres que una buena Institución, consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias. De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etcétera., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico así como de indicadores que se presentan en este problema. Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes medico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.²²

En relación con la actitud el 61% de los médicos mostró una actitud general favorable ante el problema y estar totalmente de acuerdo en recibir capacitación, el 33% estuvo de acuerdo, el 3% refirió indiferencia y una actitud negativa a recibir capacitación, otro 3% estuvo en desacuerdo y con actitud negativa para recibir capacitación. Resultando interesante que los médicos generales son los que han recibido más capacitación en comparación con los pediatras quienes en teoría tienen más contacto con los niños y deberían estar mas capacitados, sin embargo la actitud en ambos grupos fue positiva ante la problemática. Llama la atención que en todos los reactivos utilizados para conocer la actitud de los médicos, se mostro indiferencia desde un 3 hasta 8% lo

cual resulta preocupante pues un médico no puede ni debe ser indiferente ante un problema de salud pública de gran importancia como lo es el maltrato infantil, y menos cuando se observa que se refirieron con indiferencia cuando se les pregunto si los médicos que no denuncian deberían ser sancionados y si estarían dispuestos a recibir capacitación, siéndoles también indiferente al 6% de los médicos el que un niño que es agredido se convierta en un adulto agresor.

Con lo que a la práctica medica se refiere, de los 70 médicos entrevistados 27 refirieron no haber atendido casos de maltrato infantil en los últimos 6 meses y 43 refirieron haber dado atención a niños maltratados, especificando atención por maltrato físico, psicológico, probable abuso sexual y negligencia, aunque algunos médicos no especificaron el tipo de maltrato. Los documentos oficiales referidos por los médicos para reportar los casos de maltrato infantil reflejan el total desconocimiento o falta de aplicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 190-SSA-1-1999, en donde se precisa la responsabilidad del profesional de la salud ante el fenómeno de la violencia durante su práctica diaria. Ya que como se refiere en otro trabajo realizado por Trejo y colaboradores¹², los formatos de la NOM fueron creados de una manera que no requieren la distracción prolongada del médico que lo notifica y contiene los datos fundamentales para el registro de los casos, en conclusión, el equipo de salud se encuentra bajo la reglamentación de la NOM190-SSA1-1999, por lo que tiene la obligación legal de asistir integralmente a las víctimas de violencia en el núcleo familiar, además de denunciar y registrar cada caso. Por otro lado, el profesional y la institución obtienen un respaldo jurídico ante el caso (*ver anexos*).

En su práctica médica, la mayoría de los médicos refirió que ante un caso de maltrato lo reporta al Ministerio Público, en una minoría reportan a Trabajo Social, varios médicos no respondieron que hacer ante un caso de Maltrato Infantil y 2 dijeron no saber que hacer, sin apreciarse una homología con respecto a este punto, sin embargo como se refiere en estudios previos, la actuación en casos

de maltrato infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos requisitos mínimos, debe:¹⁸ Actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma, considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar, no debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio, realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas), desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo.

La actuación en casos de maltrato infantil conlleva desde el ámbito: 1. Sanitario: Detección de niños en riesgo y/o maltrato infantil, tratamiento de las lesiones y comprobación diagnóstica de la etiología, notificar a servicios sociales. 2. Educativo: Valoración con Equipo educativo / Dirección y notificar a servicios sociales y/o trabajo coordinado con servicios sociales, seguimiento del niño / familia. 3. Policial: Detección, trabajo coordinado con servicios sociales, comunicación al Ministerio Público y/o Servicios de Protección. 4. Servicios sociales: Detección, intervención social y en su caso del sistema de protección infantil, atención inmediata y urgente. Una vez que se ha identificado el caso, lo ideal es canalizarlo a instituciones y personal capacitado para que le brinde ayuda especializada; en nuestro estudio sin embargo, menos de la mitad del personal médico lo reporta ante Ministerio Público, casi una cuarta parte a Trabajo Social y casi otra cuarta parte no dijo no saber que hacer.

En este sentido, las intervenciones que se realicen al respecto, deberán considerar como requisito indispensable el ofrecer un número suficiente de capacitaciones que permitan al personal de la salud formarse un criterio sólido y claro con relación al papel que juegan éste y su práctica clínica en la

identificación, registro, prevención y atención de los daños a la salud de los niños maltratados y considerar la integración del resto del personal de salud en los programas e intervenciones en la prevención del maltrato infantil.²²

Lo que se pretende, es que se reconozca la magnitud, cualidades y repercusiones del problema, y la oportunidad que los médicos tienen para apoyar a los niños que son víctimas de algún tipo de maltrato, en la búsqueda de soluciones a su problema, ya que tarde o temprano, éstos pequeños acudirán nuevamente a los servicios por algún problema de salud secundario al maltrato que sufren. Finalmente cabe mencionar que el proceder del personal de salud tendrá un gran impacto sobre la calidad de vida de los niños víctimas del maltrato.

Una de las limitaciones del estudio está dada por el tamaño de la muestra, es necesario el conocimiento en una población más representativa, donde incluya personal que labora en los distintos niveles de atención. Cabe resaltar que en una minoría del personal médico, se detectó negativa ante la falta de interés sobre la violencia hacia los niños, la incomodidad que experimentan al tocar el tema, la falta de conocimiento y capacitación sobre el problema, además de las exigencias propias de la práctica clínica.

Conclusiones.

En México existen pocos estudios que evalúen específicamente el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el personal médico ante el maltrato infantil. En nuestro estudio podemos concluir que en general el nivel de conocimientos del personal médico es un nivel alto, la actitud en la mayoría fue positiva ante el problema y para recibir capacitación, sin embargo existe una minoría que manifestó su indiferencia y mala actitud ante el problema del maltrato infantil y negativa a recibir capacitación, y con lo que respecta a la práctica médica podemos concluir que es necesario unificar criterios, sensibilizar y hacer saber a los médicos sobre la existencia de la NOM190-SSA-1-1999. "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar" que entró en vigor el 7 de marzo del 2000 y de esta manera, se empleen los formatos de registro de atención para cada caso. El Maltrato Infantil en cualquiera de sus presentaciones y a cualquier edad deja una huella imborrable en el menor, al grado que se puede transformar en la edad adulta de víctima a agresor y esto puede hacer que se perpetúe un ciclo vicioso si no rompemos la cadena a la mínima manifestación atendiendo integralmente al niño y su familia.

La prevención es un esfuerzo común de toda la sociedad, no solamente de los profesionales e instituciones implicadas, por lo que la sensibilización es fundamental en la intervención en maltrato infantil evitando las falsas creencias que intervengan en el reconocimiento del mismo, además no olvidarnos de la obligación moral-deontológico que existe la obligación legal de notificar / intervenir en casos de riesgo (sospecha) y de maltrato infantil evidentes. La intervención requiere actuar según los distintos factores de riesgo existentes y a lo largo del tiempo, en forma conjunta y en coordinación con los diferentes organismos y profesionales que atienden al niño y la familia.

Bibliografía.

- ¹ Herrera BE. *Indicadores para la detección de maltrato en niños*. Revista de Salud Pública de México. 1999; No.5, Vol. 41 sep.-oct. 420-425.
- ² Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. *The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse*. Child Abuse and Neglect. 2005; Vol.29. 325-334.
- ³ Osorio CA. *El niño maltratado*. 2ª ed., México DF. Trillas, 1995. 248.
- ⁴ Kempe HC, Silverman NF, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. *The battered child syndrome*. *Jama*. 1962; No.1, Vol.18. 105-113.
- ⁵ Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. *The encyclopedia of child abuse*. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts on File, 2001. 203-208.
- ⁶ Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R. *El maltrato infantil: un problema mundial*. Salud Pública de México; 1998. Vol. 40, No. 1. 1-8.
- ⁷ Frenk MJ, Ruelas BE, Tapia CR, De León-May ME, et.al. *Informe Nacional Sobre Violencia y Salud*. 1ª Ed., México, DF. Secretaría de Salud ,2006. 429.
- ⁸ Laurell AC, Vargas GA, Villaseñor MA, Veites AE, Arroyave LG, Cisneros LAI. *Guía de detección del maltrato y abuso sexual infantil*. México, DF. Gobierno del Distrito Federal, Mayo 2004. 3-21.
- ⁹ Robert W, Block MD, Vincent J, Paluci MD. *Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty*. The Journal of Pediatrics, June 2006; 711-712.
- ¹⁰ Trejo J, Loredó-Abdalá A, Castilla-Serna L. *Diagnóstico de maltrato físico en niños: indicadores clínicos y sociales*. Acta Pediátrica de México. 2002; No.4, Vol. 23. 261-413.

- ¹¹ Trejo J, Pérez J, Loredó-Abdalá A. *Síndrome de Münchhausen por poder. Enfermedades inducidas y/o fabricadas en el niño por un adulto. Comportamiento clínico de los menores y sus perpetradores*. Acta Pediátrica de México. 2002; No.6, Vol.23. 412-413.
- ¹² Perea MA, Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Monroy VA. *Responsabilidad del pediatra ante la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar*. Revista Mexicana de Pediatría.2002; No.1, Vol.69. 37-40.
- ¹³ Corchado S, Loredó-Abdalá A, et.al. *El Niño Maltratado: obstáculos médico legales en el diagnóstico, y asistencia integral*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2004; Vol.61. 412-422.
- ¹⁴ Secretaría de Salud. 2000. *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999*. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.
- ¹⁵ Dawis-Robin M. *Fundamentos y técnicas de medición de las actitudes*. México, DF. Limusa, 1983. 229.
- ¹⁶ Blalock H. *Medición de las actitudes. En: Introducción a la investigación social*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores,1998. 98-129.
- ¹⁷ Casales JC. *Estudio de las actitudes. En: Psicología social. Contribución a su estudio*. La Habana. Editorial de Ciencias Sociales, 1989.158-199.
- ¹⁸ Herrera CM, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A. *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. Salud Pública de México. 2006; No. 2, Vol.48. 259-267.

- ¹⁹ Robert W, Block MD, Vincent J, Paluci MD. *Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty*. The Journal of Pediatrics, June 2006; 711-712.
- ²⁰ Mendez HP, Valdez SR, Viniestra VL, Rivera R L, Salmerón CJ. **Violencia contra la Mujer, conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México**. Salud Pública de México. 2006; No.45. 472-478
- ²¹ Markenson D, Tunik M, Cooper A, Olson L, Cook L, Matza HH, Treiber M, Brown W, Dickinson P, Foltin G. **A National Assessment of knowledge, Attitudes, and Confidence of Prehospital Providers in the Assessment and Management of Child Maltreatment**. Pediatrics 2007; Vol.119, No.1.103-108.
- ²² Díaz HJ, Esteban GJ, Puyo MC, Goturens BF, Requena FM, Saquer CJ. **Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de casos**. Madrid. Edita la Subdirección General de Información administrativa y Publicaciones, 2006. 81.

**ANEXO 1: AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR)**

Folio _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad Federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____
 día mes año

Usuario (a) Afectado (a).	Nombre _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____			Edad _____ Años	Sexo 1. Masculino 2. Femenino
	Domicilio _____ Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____		Barrio o colonia _____		Código postal _____
	Localidad _____		Municipio _____		Entidad Federativa _____

Fecha de atención médica _____
 día mes año Hora de recepción del usuario(a) afectado(a) _____
 horas minutos

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico(s) _____

Evolución acto notificado: reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte _____

Plan:

- a) Farmacoterapia _____
- b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____
- c) Canalización _____ Referencia _____

Regulamiento del caso: _____

Área de trabajo social _____

Área de psicología _____

Área de medicina preventiva _____

Área de asistencia social _____

Prontuario _____

Notificación

Fecha _____
 día mes año

Agencia del Ministerio Público _____
 Presidencia Municipal _____
 Jurisdicción Sanitaria _____

Otra instancia _____
 Especificar _____

Nombre _____
 y cargo del receptor _____
 No y nombre de Agencia del Ministerio Público _____

Especificar _____

México Notificante: Nombre _____

Firma _____

