

ARTÍCULO ORIGINAL

Maltrato hospitalario a escolares y adolescentes
con padecimientos crónicos

Mtro en EE. Jorge Carlos Herrera-Silva¹, QB. Aida Treviño-Moore², Dra. Maricela Guzmán-Rentería³,
Dr. Carlos Germán Acosta-Corona⁴

¹Departamento de Oncología Pediátrica, ²Laboratorio de Análisis Clínicos, ³Servicio de Pediatría Médica, ⁴Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Noroeste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Obregón, Sonora, México.

Resumen

Introducción. El maltrato infantil en cualquiera de sus manifestaciones, e independientemente del lugar donde se presente, debe ser considerado un problema complejo y tratado como una urgencia.

Material y métodos. A través de un método por conveniencia se aplicó durante la hospitalización a escolares y adolescentes con padecimientos crónicos, un instrumento validado para indagar la probabilidad de haber sido víctima de maltrato físico, psicológico, verbal o sexual, a lo largo del proceso de atención médica, y evaluar su calidad de vida. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva.

Resultados. Participaron 30 escolares y 23 adolescentes (29 mujeres y 24 hombres); 27 refirieron haber sido víctimas de alguna forma de maltrato, y solo 4% con una calidad de vida mala. Se encontró diferencia ($P = 0.01$) de acuerdo al género de los participantes, con mayor maltrato en mujeres. En 1 038 episodios reportados, predominó el maltrato psicológico y verbal (597) en las áreas de hospitalización y urgencias (409); la fuente más común fueron las asistentes médicas.

Conclusiones. El maltrato infantil existe al interior de esta unidad médica y es predominantemente psicológico y verbal. Deben establecerse estrategias educativas y legales para evitar su presentación.

Palabras clave. Maltrato infantil; padecimientos crónicos; violencia; necesidades especiales; niño hospitalizado.

Solicitud de sobretiros: Mtro en EE. Jorge Carlos Herrera Silva,
Depto. de Oncología Pediátrica, Hospital de Especialidades No.1,
IMSS, Sahuaripa y Guerrero S/N, Col. Bellavista, C.P. 85000, Cd.
Obregón, Sonora, México.

Fecha de recepción: 11-07-2005.

Fecha de aprobación: 09-05-2006.

Introducción

No cabe duda que la medicina está aún muy lejos de encontrar el camino para disminuir el sufrimiento, al menos tanto como algunos pretenden hacernos creer. Y debido a esto, el hombre ha tenido que crear espacios pertinentes para que sus experiencias en el cuidado de la salud se conviertan en una forma de conocimiento capaz de impactar en lo colectivo, y a su vez, sean capaces de constituir una homogeneidad lo suficientemente organizada para redefinir la posición del enfermo, sus necesidades de asistencia, y también, el saber las limitaciones y competencias del médico y del resto del equipo de salud.¹⁻³

Los recintos donde la medicina configura la medicalización colectiva son los hospitales. Ahí se ha consolidado una figura, la del médico, autoridad social que legitima, segrega, excluye, discrimina con sus decisiones y con sus diagnósticos eminentemente biólogos a otros seres humanos iguales a él. Pero esto no debe de llamar la atención, ni ser motivo de ocultamiento, aunque enmascararlo ha sido la función del “aparato judicial” hospitalario. Los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales -predominantemente- se han convertido en cómplices de las instituciones, pues a través de ellos se consolidan las mezquinas intenciones de los administradores de la salud, por su adherencia acrítica a la infranqueable normatividad prevaleciente.^{4,5}

A esto se enfrentan los niños con padecimientos crónicos que se atienden en los hospitales del sector salud, quienes son vistos de manera muy estereotipada, según los valores predominantes de la sociedad actual y la familia, y los patrones de funcionamiento institucional. En este punto hay que tomar en cuenta que las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas muestran que entre 10 y 12% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, muchas veces debida a un padecimiento crónico.⁶

De ahí el énfasis en las investigaciones por reconocer los problemas psicosociales y las limita-

ciones para la integración social de niños con padecimientos crónicos. Las evidencias clínicas y científicas indican que estos niños sufren síntomas psicológicos mayores a los de niños de su edad sin alguna enfermedad, y alrededor de ellos se crean contextos poco propicios para la resolución de conflictos y generadores de violencia.^{7,8}

Cuando se habla de maltrato infantil en nuestro país, desde la perspectiva de la pediatría, se coloca al médico y al equipo de salud como los educadores, los reconceptualizadores de lo que se entiende por violencia, sin que se les conciba como agresores, aunque a veces lo sean.^{9,10} A este respecto, coincidimos con otros autores¹¹ cuando hacen mención a que no solo debe considerarse el sufrimiento físico derivado de acciones médicas inevitables, sino también el sufrimiento emocional que el menor experimenta al haber sido maltratado por una persona que en teoría debe cuidarlo.

Y cabe destacar que se han realizado esfuerzos por presentar a los profesionales de la salud, en especial a los pediatras, los indicadores que pueden ser útiles para sospechar que un niño es víctima de acciones violentas, es decir, de maltrato.¹²⁻¹⁵ No se trata de extenderse en exhaustivas categorizaciones de acciones que, por explícitas y grotescas, se inscriben en el sensacionalismo, sino de descubrir, descryptar, esa amplia gama de actos violentos sutiles, silenciosos y legitimados que, por “naturales” y “habituales”, escapan a la vista de muchos, anidándose en la dinámica propia de las instituciones, y que tienen manifestaciones muy diversas e insospechadas.¹⁶

Entender el maltrato desde otras perspectivas, obliga a considerar que todo aquello que atente contra la expresión de la individualidad y de la comprensión de la diversidad, bien puede calificarse como algo no “natural”, no “habitual”. Descubrir los rostros ocultos del maltrato nos permite reconocer que las instituciones encargadas del cuidado de la salud no pueden escapar a la existencia de este fenómeno. En la práctica de la me-

dicina se matizan algunos hechos de manera muy singular, dando cabida a la posibilidad de lo que se ha dado en denominar la “*violencia por tu propio bien*”.¹⁷

Como se puede apreciar, el tinglado sobre el que se sustentan las interrelaciones propias del maltrato infantil se conforma al interior de una inextricable red de circunstancias, sucesos, condiciones, representaciones y sentidos que no permiten abordajes reduccionistas, sino miradas incluyentes, transdisciplinarias, capaces de desentrañar lo oculto en el comportamiento del personal de salud, las autoridades, los administradores de las unidades médicas, es decir los que tienen el poder en la relación con los pacientes y sus familiares.

El propósito de esta indagación fue aproximar-nos a la caracterización del maltrato que sufren pacientes pediátricos con padecimientos crónicos, atendidos en una unidad médica de alta especialidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo *ex post facto*, bajo un diseño factorial, de menores con padecimientos crónicos atendidos en un hospital de tercer nivel ubicado en la región sur del estado de Sonora, perteneciente al sistema de seguridad social en México.

Instrumento de su construcción y validación

Se construyó un instrumento denominado: “Maltrato Infantil Hospitalario” (MIH-03) con enunciados en una escala tipo Likert, con opciones de respuesta que abarcaron desde «nunca» hasta “múltiples ocasiones”, así como con un apartado de sugerencias y comentarios. Las etapas para su construcción incluyeron: a) revisión de los reportes de literatura, preferentemente nacional, para definir los cuatro tipos principales de violencia: verbal, psicológica o emocional, física y sexual. Se tomó en cuenta la experiencia de trabajadores de la salud, todos ellos con un tiempo mayor a 15

años en la unidad motivo de la indagación, así como la de especialistas en educación especial para, después de un consenso a través de rondas de análisis, llegar a la operacionalización de esos términos, con el propósito de hacer los enunciados accesibles al lenguaje común utilizado por la población blanco; b) realización de un trabajo asesorado y conjunto, para redactar enunciados que recrearan la realidad cotidiana, excluyendo aquellos que por sus características reflejaran situaciones de excepción únicas e irrepetibles, c) ejecución de entrevistas no estructuradas a pacientes con padecimientos crónicos y sus familiares que hubieran estado internados en la unidad explorada, para preguntarles si habían percibido acciones de maltrato infantil, para posteriormente, a través de rondas de expertos, investigadores y maestros en educación especial, considerar sus observaciones en la formulación del instrumento; d) aplicación, en una sola ocasión, a derechohabientes atendidos en la consulta externa de pediatría médica de la unidad. Así se llegó a conceptualizar el maltrato infantil y su tipología:

- a) Maltrato infantil hospitalario: toda forma de violencia, perjuicio o abuso, físico, emocional o psicológico, sexual y verbal que sufre un niño, por descuido, trato negligente, explotación o malos tratos al interior de la institución médica y que pueda ser causada por omisión, supresión o comisión durante el proceso de atención médica, pero que finalmente representa una trasgresión a sus derechos humanos, de manera individual o colectiva.
- b) Físico: la presión que ejercen autoridades administrativas, asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, camilleros u otros, a través de acciones físico-corporales durante el proceso de atención médica. Acciones como sujetarlo de las manos o pies a la cama, darle coscorriones, golpes con la mano en la espalda, cabeza o cualquier parte del cuerpo, empujarlo para llamarle la atención o jalarlo para arrebatarlo de las manos de sus padres.

- c) Verbal: la presión que ejercen autoridades administrativas, asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, camilleros u otros, mediante el lenguaje verbal para llamar la atención del niño, descalificando, discriminando o intimidando a través del proceso de atención médica. Acciones como gritarle para que permitiera la realización de un procedimiento; regañarlo, llamarle con apodos como “gordo”, “negrito”, “chaparrito” o “latoso”; solicitar su cooperación mediante el uso de palabras altisonantes.
- d) Psicológico o emocional: la presión que ejercen autoridades administrativas, asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, camilleros u otros, que se manifiesta de forma velada o enmascarada, a través de actos o prácticas cuyo propósito es manipular, discriminar, intimidar o humillar en el proceso de atención médica. Acciones como burlarse de él por su color de piel, religión, estatura, peso, color de ojos; amenazarlo con dejarlo sin comer, ponerle una inyección o prolongar su estancia si se negara a cooperar con el personal de salud; ignorar sus preguntas acerca de la enfermedad, el tratamiento o la posibilidad de contribuir a las decisiones para su asistencia médica; solicitarle permanecer en una posición durante un tiempo mayor al de su tolerancia física; o pedirle que no se moviera durante un procedimiento sin haber recibido manejo anestésico y/o analgésico.
- e) Sexual: la intimidación o asedio que ejercen las autoridades administrativas, asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, camilleros u otros, con el objetivo de obtener un favor sexual, utilizando como medio de presión la amenaza, el chantaje o la extorsión en proceso de atención médica. Acciones como tocar los genitales sin solicitar autorización al paciente o sus familiares; hacer contacto físico con movimientos continuos de las manos sobre una zona del cuer-

po en vez de comunicarse verbalmente con el niño; hacer referencia abierta y ofensiva para el niño de aspectos sexuales como llamar de manera diferente y en doble sentido a los genitales; o mostrar fotografías, videos, carteles o caricaturas con imágenes explícitas de adultos desnudos llevando a cabo actos sexuales, sin que medie un proceso de enseñanza-aprendizaje previamente planeado y autorizado explícitamente por el paciente y sus padres.

Para participar como expertos en la validación del instrumento, los criterios de selección para los médicos fueron: a) antigüedad mínima de cinco años de actividad profesional en el área de la pediatría médica, b) en activo, c) con un curso de docencia o investigación, d) con al menos un trabajo de investigación en los últimos tres años. Para los expertos en educación especial: a) grado de maestría en educación especial, b) en activo, c) con experiencia en investigación educativa al menos durante los últimos tres años, d) con algún trabajo de investigación presentado en congresos de educación en los últimos tres años.

El instrumento explora siete fuentes probables de maltrato: de autoridades administrativas, asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, camilleros y un grupo denominado “otros” donde se incluyó a personal de seguridad, personal de intendencia y nutricionistas. Los enunciados se refieren a siete circunstancias o situaciones del proceso de atención para médicos y enfermeras, seis para autoridades administrativas, cinco para trabajadoras sociales y asistentes médicas y tres para camilleros y otro tipo de personal, así como cuatro rubros relacionados con la forma de ser del niño: apariencia física, género, religión y posición económica. Todas ellas bajo las cuatro posibilidades previamente descritas. De esta forma, se contó al final con 36 enunciados para cada tipo de violencia y fuente, cuatro para género, cuatro para apariencia física, cuatro para la religión, cuatro para posición socioeconómica y uno

para la posibilidad de haber sido víctima de violación.

Se establecieron niveles de maltrato y su correlato, el ejercicio del poder (Cuadro 1).

Estos niveles no se traslapan entre sí y permiten diferenciar adecuadamente las víctimas de maltrato y su correlato, el ejercicio del poder de quien fue el agresor.

Finalmente, se realizó una prueba piloto a una población de 25 pacientes y 25 familiares de pacientes que acudieron a consulta externa de pediatría médica de la unidad participante, de donde se obtuvo el coeficiente de confiabilidad mediante la prueba de Kuder-Richardson de 0.90, con lo que se consideró terminada la construcción y validación del instrumento.

De la aplicación del instrumento

La aplicación del cuestionario se realizó a través de un método por conveniencia, a pacientes que ingresaron al hospital por ser portadores de un padecimiento crónico. En todos los casos los investigadores les solicitaron verbalmente la participación en el estudio. Previo a ello se explicó a los escolares y adolescentes, así como a sus padres o tutores, el objetivo del estudio y la confidencialidad en el procesamiento de los datos, así como la exclusión de las autoridades de la institución en el manejo de la información y la ausencia de posibles represalias por manifestar sus experiencias. Los cuestionarios fueron contestados de manera individual en el área de juegos del servicio, permaneciendo los investigadores en la sala con los participantes para aclarar posibles dudas. La duración máxima del procedimiento fue de 60 min, y al finalizar cada participante entregó al investigador los instrumentos para que posteriormente fueran calificados por una persona ajena a la toma de datos.

Además, con una diferencia de 24 horas, se aplicó el instrumento COOP-DARMOUTH¹⁸ a los mismos pacientes. La base de datos fue mane-

jada en un programa computarizado Quattro Pro 9, para posteriormente efectuar el análisis estadístico de la información, utilizando medidas de tendencia central, proporciones y la prueba ji cuadrada.

Resultados

De los 53 participantes, 30 fueron escolares y 23 adolescentes, procedentes de los estados de Sonora (55%), Baja California Sur (30%) y Sinaloa (15%).

El grupo mayoritario (72%) estuvo integrado por pacientes onco-hematológicos, el resto estuvo constituido por niños atendidos en servicios de cardiología, neumología, nefrología, neurología y gastroenterología.

De acuerdo al género, predominaron las mujeres (29) sobre los varones (24), y según el tiempo en que se hospitalizaron, los que ingresaron de julio a diciembre (60%).

Con relación al nivel de maltrato referido por el grupo participante, 27 menores fueron víctimas de algún tipo de violencia, 26% de ellos en niveles que corresponden a un ejercicio del poder por parte de los agresores de autoritario a doloso. Esto contrastó con el nivel de calidad de vida de los pacientes, donde tan sólo dos de los niños mostró un nivel considerado como malo (Cuadro 2).

En cuanto a los niveles de maltrato sufrido por el grupo de escolares y adolescentes, no se encontró diferencia significativa entre ellos, $\chi^2 = 2.28$ ($P = 0.68$).

Respecto a la posibilidad de que los niveles de maltrato tuviera relación con el tipo de padecimiento, al realizar la comparación entre los niveles mostrados por los pacientes onco-hematológicos y el resto de los participantes con otro tipo de padecimientos, no hubo diferencia significativa, $\chi^2 = 1.5$ ($P = 0.82$). Algo similar ocurrió en cuanto al estado de procedencia, $\chi^2 = 7.92$ ($P = 0.44$) y el semestre del año en que ingresaron y respondie-

ron los instrumentos, $\chi^2 = 3.52$ ($P = 0.23$). Se encontró mayor nivel de maltrato en el grupo de mujeres participantes, $\chi^2 = 6.49$ ($P = 0.01$).

En términos de calidad de vida, la comparación de los niveles según el tipo de padecimiento no mostró diferencia significativa, $\chi^2 = 3.78$ ($P = 0.39$), circunstancia que se repitió en la comparación entre escolares y adolescentes, $\chi^2 = 3.46$ ($P = 0.32$), estado de procedencia, $\chi^2 = 3.0$ ($P = 0.88$) y género, $\chi^2 = 2.24$ ($P = 0.64$). Lo que contrastó con la diferencia encontrada con relación al semestre de ingreso, $\chi^2 = 7.48$ ($P = 0.05$) determinada por los ingresos de julio a diciembre.

La correlación mediante el coeficiente de Pearson entre las puntuaciones obtenidas para el instrumento de maltrato y el de calidad de vida, mostró la falta de asociación entre ellas ($r = 0.183$, $P = 0.193$); es decir, son dos situaciones independientes.

En cuanto al tipo de violencia en relación con la circunstancia de su presentación, destaca la de tipo psicológico y verbal en el área de hospitalización (Cuadro 3).

Los episodios de maltrato sumaron un total de 1 038, de los cuales 381 (37%) fueron de tipo psicológico, 342 (33%) verbal, 255 (24%) físico y 60 (6%) sexual. Hubo 63 episodios (6%) relacionados con formas de parecer o ser del paciente. De ellos, 45 fueron referidos como de tipo psicológico y 18 como verbales, predominando los relacionados con la apariencia física de los niños (30 psicológico y 12 verbales) sobre los atribuibles al género (10 psicológico y cinco verbales) y la posición económica de los pacientes (cinco psicológico y uno verbal). No se detectó ningún episodio determinado por la religión de los participantes.

Según el tipo de maltrato de acuerdo a la fuente de agresión, no se encontró ningún caso de abuso sexual por parte de las enfermeras, lo que contrasta con lo mostrado por el resto del personal (Fig. 1).

La indagación de la situación o circunstancia en la que se presentan con mayor frecuencia los episodios de maltrato en relación a la fuente agresora, mostró que la estancia en el área de hospitalización y el paso por urgencias fueron los sitios donde hubo más acciones violentas durante el proceso de atención de los niños, independientemente de la jerarquía administrativa o profesional del personal de salud que participaron en ello (Fig. 2).

Discusión

Abordar el maltrato infantil no es un problema nuevo ni reciente, sin embargo, tratarlo a través de la mirada de la educación especial, permite reconocer que se trata de un problema capaz de predecirse, y por tanto, de prevenirse. En lo que se refiere al maltrato infantil en el hospital, su contexto, situaciones y circunstancias tan peculiares obligan a una observación exhaustiva y pormenorizada del marco institucional bajo en que se fundamentan las políticas de salud.

En el maltrato al niño dentro del hospital concurren factores causales muy diversos y sujetos a un sistema de relaciones interpersonales matizadas de emociones y aspectos cognitivos propios de la atención hospitalaria, los cuales también se relacionan con situaciones familiares en las que se encuentran inmersos los pacientes. El personal de salud, cualquiera que sea su jerarquía, permite el maltrato al interior de los hospitales por acciones violentas individuales o de grupo; por comisión u omisión derivadas de la ignorancia o negligencia, y por las formas de ser o parecer del niño, mismas que dan pauta para la discriminación por género, edad, nivel socioeconómico o religión.¹⁹

Los resultados de este estudio permiten reconocer lo anterior. El número de participantes (27) que refirieron haber sido víctimas de maltrato, permite afirmar que al interior de una institución del sector salud en nuestro país se generan acciones violentas en detrimento de la atención de niños hospitalizados. Ésta es la realidad que viven

Cuadro 1. Niveles de maltrato

Nivel de maltrato	Ejercicio del poder
Nulo 0 puntos	Prudencial
Mínimo 1 a 20 puntos	Imprudencial
Intermedio 21 a 40 puntos	Autoritario
Máximo 41 a 60 puntos	Coercitivo
Extremo > 60 puntos	Doloso

los pacientes, contraria a los discursos de autoridades y personal de salud que hablan de “calidad y calidez”. Se revela una forma de maltrato poco conocida y atendida, otro tipo de violencia extra-familiar que bien podría denominarse “*los niños de hospital*”.

Desde hace tiempo se sabe que los pacientes onco-hematológicos, sufren las consecuencias de

Cuadro 2. Nivel de maltrato y calidad de vida referido por los participantes

n =53
Nivel de maltrato*

Nivel de calidad de vida**	Nulo 0 puntos	Mínimo 1-20 puntos	Intermedio 21-40 puntos	Máximo 41-60 puntos	Extremo + 60 puntos	Total Núm. (%)
Malo 21-40 puntos	1	1	—	—	—	2 (4)
Regular 41-60 puntos	7	11	5	—	—	23 (43)
Bueno 61-80 puntos	18	1	—	2	—	21 (40)
Muy bueno 81-100 puntos	—	—	5	1	1	7 (13)
Total Núm. (%)	26 (49)	13 (24)	10 (19)	3 (6)	1 (2)	53 (100)

*MIH-03; **COOP-DARMOUHT

Cuadro 3. Número de denuncias infantiles de acuerdo a la tipología y circunstancia o condición de presentación de la violencia

n =1038

Tipo de maltrato

Circunstancia o condición	Física núm. (%)	Verbal núm. (%)	Psicológica núm. (%)	Sexual núm. (%)
Hospital, n =323	89 (35)	104 (30)	106 (28)	24 (40)
Urgencias, n =186	49 (19)	76 (22)	55 (14)	6 (10)
Trámite administrativo, n =171	45 (18)	69 (20)	51 (13)	6 (10)
Consulta externa, n =135	24 (9)	33 (10)	72 (19)	6 (10)
Procedimiento, n =52	18 (7)	6 (2)	28 (7)	—
Información estado de salud, n =63	—	30 (9)	15 (4)	18 (30)
Receta, n =45	30 (12)	6 (2)	9 (2)	—
Apariencia física, n =42	—	12 (4)	30 (8)	—
Género, n =15	—	5 (1)	10 (3)	—
Posición económica, n =6	—	1 (1)	5 (1)	—
Total	255 (24)	342 (33)	381 (37)	60 (6)

Núm: número de episodios

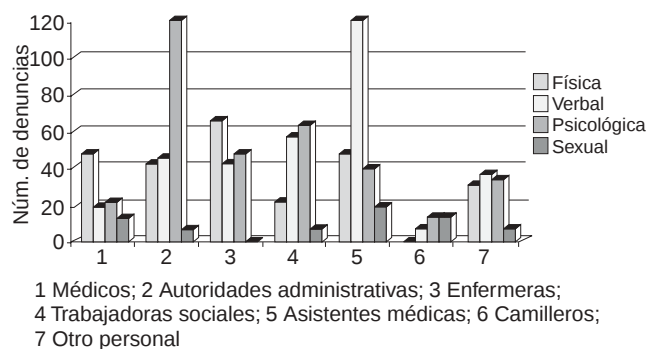


Figura 1. Número de denuncias infantiles por tipología y fuente agresora.

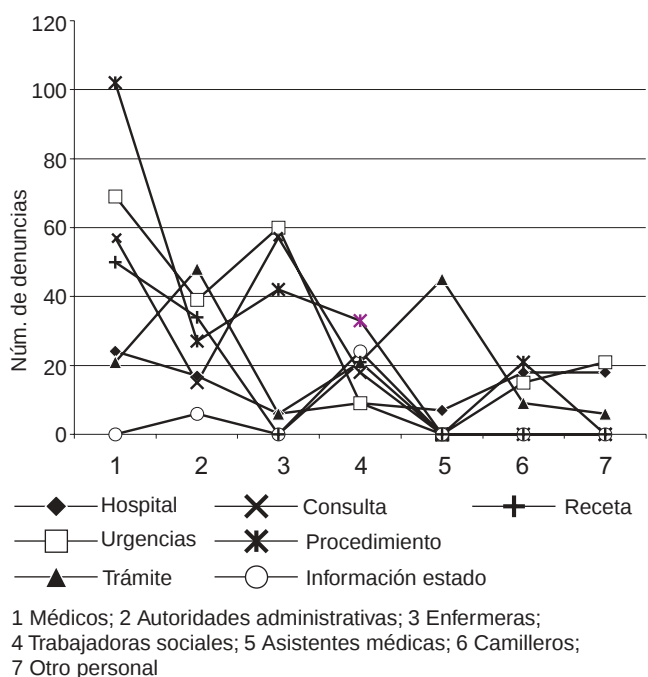


Figura 2. Perfil de las denuncias por fuente y circunstancia o condición de presentación de la violencia.

sobrevivir al cáncer, su tratamiento y de su impacto psicológico, emocional o social. La depresión y la angustia por la experiencia vivida son mayores en adolescentes que sufrieron cáncer.^{20,21}

En este estudio se buscaron diferencias en los niveles de maltrato entre niños con padecimientos oncológicos y otro tipo de enfermedades; sin embargo, tal fenómeno no se presentó. La explicación que se puede dar a este hecho no es parti-

cularmente halagadora, al contrario, parece servir solo para afirmar que al menos en este grupo de pacientes hay cierta homogeneidad en la atención brindada en todos niveles y espacios de la unidad participante. Se trata de un maltrato “democrático”, sin distinguos, legitimado, poco propicio para el desarrollo de relaciones de equidad y justicia entre el personal que ahí labora y los pacientes y sus familiares.

Es posible que en el hospital exista, al igual que en otros espacios como la escuela,^{10,11,22} mediante la rigidez de sus normas y la exaltación de su control disciplinario, un modo secundario de represión, suave, disimulada, y extraordinariamente simbólica en sus manifestaciones -el color de las batas, los gafetes, la disposición en áreas de atención específica, las tarjetas de identificación. Por fortuna, en esta serie los casos representativos de maltrato extremo fueron pocos, pero no por ello dejan de ser significativos.

Las acciones de maltrato verbal y psicológico ocurrieron con preocupante frecuencia en el grupo participante -70% de las ocasiones- las cuales consistieron de burlas, amenazas, sobrenombres y palabras ofensivas. En 63 casos, este tipo de maltrato estuvo relacionado con maneras de ser o parecer de los niños. Parece que este tipo de acciones violentas son formas comunes en la relación entre prestadores de servicio y derechohabientes.

También se encontró que los períodos de hospitalización y el tránsito por urgencias de los pacientes son dos condiciones que favorecen la presencia de maltrato infantil. En tales situaciones, médicos con las dos jerarquías aquí exploradas, clínica o de autoridad administrativa, aparecieron como agresores en 29% de los casos, y las asistentes médicas (personal encargado de realizar trámites administrativos de los pacientes ante las autoridades institucionales) en 25%. No fue nuestro propósito de este estudio esclarecer las razones que predispusieron al maltrato de los niños por parte de los agresores, si bien sabemos de la exis-

tencia de ciertas condiciones no exploradas: sobrecarga de trabajo, insuficiencia de recursos, inexperiencia. Sin embargo, ninguna de ellas justifica los resultados encontrados.

Podría esperarse -hasta cierto punto- que hubiera algún maltrato durante la realización de procedimientos como punción venosa, lumbar o pleural y en la aplicación de catéteres, pero estas circunstancias fueron las menos (7%). La mayoría de las ocasiones, la agresión ocurrió en otros momentos y no le encontramos explicación. Se trató de violencia físico-corporal del tipo de coscorrones, sujeciones, y arrebatos violentos de los brazos de padres o familiares. El carácter punitivo e intimidador de estas acciones señala la existencia de un aspecto sancionador en la relación entre personal de salud y derechohabiente que reproduce las relaciones de poder bajo una estructura de dominio-subordinación, y perpetúa los fenómenos de desigualdad social al interior de las unidades médicas.

Esto se manifiesta en el trato preferencial, velado, ofrecido a los niños o sus familiares según su apariencia física, género o su posición económica. Las instituciones públicas son el terreno perfecto para legitimar la discriminación. La ambigüedad de sus propuestas, "calidad y calidez" de la atención, por un lado, y por el otro insuficiencia de presupuesto y recursos, la facilitan. El reconocimiento de los derechos de los pacientes, niños o adultos, contrasta con el incremento en las medidas reglamentarias, la normatividad, y la organización altamente jerarquizada, legitimando el poder y envolviéndolo en una atmósfera de inmunidad permanente.²²

Mención aparte merece lo relacionado con el maltrato sexual. La proporción de episodios observados en el estudio (6%), nos enfrenta a otras formas de maltrato poco conocidas. Algunos autores insisten en alertar al médico sobre la posibilidad de este maltrato: incesto, violación, prostitución, pornografía, corrupción de menores y manipulación de genitales.^{10,11} Nosotros agrega-

mos la violencia sexual verbal, presente en el lenguaje de los prestadores de servicios para el cuidado de la salud. Las fuentes de este tipo de agresión nos obligan a analizar el papel que juegan cada uno de los miembros del equipo de salud en su interrelación con los niños. Los médicos tienen aquí un sitio destacado que comparten con los camilleros, sólo superado por las asistentes médicas. No se tiene una explicación satisfactoria para tales hallazgos, pero si nuestros resultados son válidos, se puede suponer que este grupo de trabajadoras de la salud recurre a la violencia sexual verbal quizá como prolongación del trato que mantienen con los médicos y otro tipo de personal de salud.

Por otro lado, cabría suponerse que las experiencias referidas aquí, podrían estar relacionadas con la calidad de vida de los pacientes en el momento del estudio; sin embargo, sólo 4% de los participantes mostró un nivel considerado como malo. Además, el grado de asociación expresado por el coeficiente de correlación obtenido ($r = -0.183$) entre las puntuaciones de los dos instrumentos utilizados, permite pensar que los episodios de maltrato de que fueron víctimas los pacientes fueron reales y se trata entonces, de dos condiciones independientes una de la otra. Esta falta de asociación traduce un grave problema al interior de la unidad médica durante el proceso de atención de los niños con padecimientos crónicos. La autoridad médica y el resto de autoridades institucionales, se desvinculan o son indiferentes a la realidad que el niño enfrenta en el hospital. Los rituales a que son sometidos a lo largo de su tránsito hospitalario colocan a los niños en situaciones precarias, donde al sufrimiento -poco reconocido por los miembros del equipo de salud- provocado por el padecimiento, se suma el tener que aceptar, sin denunciar, los malos tratos de que son víctimas. Los niños sufren y son maltratados en el hospital porque no se toman en cuenta sus intereses, sus deseos, no se les deja tomar decisiones, se les impone una autoridad que desconocen, tienen que aceptar imposiciones de sus padres, de las autori-

dades administrativas, de los médicos, del resto de los miembros del equipo de salud, de manera que ven condicionados sus derechos al cumplimiento de las exigencias de los demás, *todo por su bien*.

Para mitigar los efectos de las desventajas mostradas en los resultados en este estudio, se debe considerar muy en serio la propuesta de algunos autores²³ por crear la figura del *ombudsman* de los niños en cada unidad hospitalaria, con el propósito de salvaguardar al máximo sus derechos. Así como también aproximarse a la problemática bajo una mirada transdisciplinaria, integral, desde todas las aristas posibles.^{24,25}

Los resultados aquí mostrados permiten suponer la existencia de una prevalencia de maltrato infantil mayor a la reportada mundialmente.¹⁹ Estos niños atendidos en un ambiente desfavorable, se acostumbrarán -o ya están acostumbrados- a las interrelaciones violentas entre ellos y el personal de salud, para cumplir con las condicionantes que la institución les impone como obligación, desconociendo sus derechos. Estarán participando de un código de conducta ajeno a ellos y a sus familias, pero común, habitual, natural en las unidades médicas, donde los trabajadores recurren a acciones violentas para mantener el control.

Los niños atendidos en el hospital, reeducados en un medio violento, encontrarán ahí elementos suficientes para aprender códigos culturales poco propicios para su desarrollo, atención médica y apego al tratamiento. Las experiencias hospitalarias se convertirán en vivencias desagradables, sinérgicas con el sufrimiento inherente al padecimiento de fondo, y se harán insoportables para el niño y sus familiares. Los resultados son predecibles: falta de cooperación con el personal encargado de su salud, incumplimiento en sus citas, falta de apego al tratamiento, falta de integración social, abandono de actividades escolares, interrelaciones violentas con los miembros del equipo de trabajo hospitalario. Se desearía que esto no fuera así, pero la prevalencia del maltrato, el nú-

mero de episodios referidos, la organización administrativa de la unidad participante, la normatividad y reglamentación excesiva, proveen las condiciones necesarias para mantener el estado de las cosas tal y como aquí se presenta.

Lo anteriormente expuesto no deja de provocar miradas escépticas o resistencia por parte de los trabajadores de la salud, más aún de los médicos, ante la existencia de esta forma de maltrato poco reconocida, lo que claramente retardará la emergencia y puesta en acción de soluciones capaces de resolver el problema. Sin embargo, ello no debe sorprendernos, pues ya antes se ha mencionado el escepticismo que existe en el área médica ante formas poco comunes de maltrato, complementado con el encubrimiento del posible perpetrador.²⁶

Los resultados de este estudio deben valorarse a la luz de sus limitaciones: al ser un estudio transversal, no permite reconocer la evolución del fenómeno a lo largo del tiempo de atención de los participantes. No fue posible realizar una muestra aleatoria, toda la información se obtuvo a través de instrumentos validados y contruados para los propósitos del estudio, lo cual pudo haber propiciado distorsión en la veracidad de las respuestas, aunque la homogeneidad encontrada entre los pacientes onco-hematológicos y el resto, permite vislumbrar que la violencia es un fenómeno habitual al interior de la unidad y que tiene diferentes formas de presentación. El tamaño de la muestra puede parecer pequeño, no representa la totalidad de pacientes que ingresan a la unidad para su atención y no permite generalizar los resultados; sin embargo, la falta de asociación entre la calidad de vida y el maltrato de que fueron víctimas los niños pone de manifiesto que la violencia es un aspecto del que se habla muy poco y que generalmente no se asocia con el nivel de calidad de vida de los pacientes, sino más bien con los contextos bajo los que se presenta la relación entre pacientes-familiares y las fuentes probables de agresión.

Existe, sin embargo, una tendencia en la literatura de nuestro país al ocultamiento de la participación de los profesionales de la salud en el maltrato infantil, el cual se ve de “la puerta del hospital” hacia afuera.^{11-13,18,19} Se ignoran las raíces histórico-sociales constituyentes de toda institución, máxime cuando no se ha logrado la madurez organizacional debido a la inercia propia de estructuras debilitadas por la corrupción y la impunidad.

En efecto, los casos aquí presentados son la expresión de la impunidad con diferentes formas de presentación. Es difícil de aceptar y fácil de desacreditar, ya que parece poco creíble que en el hospital ocurran este tipo de sucesos. Tradicionalmente se piensa que todo se hace dentro de límites razonables para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades de los niños, y las situaciones concurrentes tan sólo representan eventos aislados o contingentes de una necesidad imperiosa por alcanzar los objetivos institucionales y médicos; la restitución de la salud a un menor costo para el mayor número de derechohabientes.

Todavía en estos tiempos se forman especialistas pobremente preparados para abordar los problemas médicos y psicosociales que representan las necesidades especiales de los pacientes con padecimientos crónicos, más aún cuando de maltrato hacia ellos se refiere. La educación prevaleciente enfatiza un entrenamiento orientado a la restitución de la salud y escasamente a la prevención, pero es extremadamente pobre en reconocer otro tipo de problemas como las necesidades especiales de los niños con padecimientos cróni-

cos. Y visto desde la perspectiva de la educación especial, los menores experimentan una necesidad especial de cariño, comprensión, cooperación y tolerancia para satisfacer, lo cual los futuros pediatras deben comprometerse con otro tipo de educación.^{27,28}

Finalmente, trabajando a través de miradas alternativas en la búsqueda de un mejor futuro para los niños con padecimientos crónicos, debemos conjugar esfuerzos médicos y legales, y poner en práctica estrategias encaminadas a evitar el maltrato que sufren estos niños en ámbitos insospechados. Es tiempo de desmitificar las imágenes médicas e institucionales, la amnesia que caracteriza a los procederes poco prudentes de lo que sucede al interior de estas últimas. Se requiere de esfuerzos superlativos de la sociedad, los profesionales de la salud y las autoridades administrativas, pero sobre todo de las víctimas de maltrato y sus familiares. La intervención de organismos ajenos a la institución y el estado al interior de cada unidad médica, así como la creación de instancias para hacer del conocimiento de autoridades competentes la presencia de casos de maltrato infantil hospitalario, permitirán sancionar a los agresores independientemente de su jerarquía. Así se crearía un ambiente de justicia y equidad para solucionar los conflictos entre pacientes y sus familiares con los miembros del equipo de salud, situación que por el momento no existe. Simplemente no es posible seguir por el camino aquí presentado. Evitar el maltrato infantil hospitalario debe ser una prioridad en las políticas de salud, pero ello no será posible si se ignora su existencia.



HOSPITAL MISTREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC ILLNESS

Introduction. The mistreatment of children, independent of where it takes place, is a complex problem that must be addressed in an urgent manner.

Material and methods. We explored the possibility of children and adolescent with chronic illness to undergo physical, psychological, verbal or sexual mistreatment during hospitalization using a validated instrument to explore process, furthermore evaluate life quality. Non parametric statistics were used for data analysis.

Results. Thirty children and 23 adolescents were interviewed; 27 related be some type of mistreatment while hospitalized; only 4% expressed bad quality of life. There was a significant difference according to gender, with females being more likely to being mistreated ($P = 0.01$). In 1 038 reported episodes, psychological and verbal mistreatment dominated (597) in the emergency room and hospital area (409), medical assistants were identified as being the more common source.

Conclusions. Mistreatment of children and adolescents was found to be commonplace in this medical unit, psychological and verbal mistreatment predominated. The implementation of educational and legal interventions is potential strategies to eliminate this practice.

Key words. Child, hospitalized; child abuse; chronic disease; violence; special needs.

Referencias

1. Carrel A. Cuerpo y actividades fisiológicas. En: La incógnita del hombre. México: Editores Unidos; 1992. p. 85-6.
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 2001. p. 293.
3. Lipovetsky G. Derechos de los niños, deberes de los padres. En: El crepúsculo del deber. México: Anagrama; 1994. p. 164-5.
4. Foucault M. ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedición? En: Estrategias de poder. México: Páidos; 1999. p. 343-61.
5. Foucault M. El panoptismo. En: Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI; 2001. p. 199-230.
6. Gómez TLE. Derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad. En: Derechos humanos de las personas con discapacidad. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2002. p. 11-54.
7. Cadman D, Boyle M, Sztzman P, Offord DR. Chronic illness, Disability and mental and social well-being: Findings on the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*. 1987; 79: 805-13.
8. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobor AM. Chronic conditions, socioeconomic risks and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*. 1990; 85: 267-76.
9. Smith CA. The battered child. *N Engl J Med*. 1973; 289: 322-3.
10. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela J, 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.
11. Loredó-Abdalá A, Bustos-Valenzuela J, Trejo-Hernández J, Sánchez-Velázquez A. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999; 56: 129-35.
12. Comité de Expertos sobre Maltrato al Menor. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar de maltrato físico en un niño. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999; 56: 195-7.
13. Reyes-Gómez U, Loredó-Abdalá A, Carbajal-Rodríguez L, Martínez-Zaguilán ML, Garzón-Sánchez E. Ritualismo satánico: una forma extrema de maltrato infantil. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2000; 57: 276-9.

14. Jonker F, Jonker BP. Experiences with ritualistic child sexual abuse: a case study from the Netherlands. *Child Abuse Neglect*. 1991; 15: 191-6.
15. Lanning KV. Investigator's guide to allegations of "ritual" child abuse. National Center for the Analysis of Violent Crime Federal Bureau of Investigation. FBI Academy. Quantico, Virginia (22135) URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
16. Restrepo LC. El derecho a la ternura. España: Península; 1997. p. 192.
17. Miller A. Por tu propio bien. España: Tusquets; 1998. p. 280.
18. López GGA, Valois FL, Arias GJ, Alonso VA, Cárdenas NR, Villasis KMA, et al. Validación del cuestionario COOP-DARMOUTH para evaluar el estado psicossocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1996; 53: 606-15.
19. Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 241.
20. Teta MJ, del Po MC, Kasl SV, Smith JA. Psychosocial consequences of childhood and adolescent cancer survival. *J Chronic Dis*. 1986; 9: 751-9.
21. Byrne J, Fears TR, Steinhorn SC, Mulvihill JJ, Connely RR, Austin DF, et al. Marriage and divorce after childhood and adolescent cancer. *JAMA*. 1989; 262: 2693-9.
22. Bourdieu P. La miseria del mundo. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 564.
23. Kumate J. El ombudsman de los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2001; 58: 889-901.
24. Loredó-Abdalá A, Baez-Medina V, Perea-Martínez A. Historia del maltrato infantil en México: Revisión de la literatura pediátrica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2001; 58: 205-15.
25. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex*. 1998; 40: 58-65.
26. Corchado-Chávez S, Loredó-Abdalá A, Perea-Martínez A, Villa RAR. El niño maltratado: obstáculos en el diagnóstico y asistencia integral. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2004; 61: 412-22.
27. Pham HH, Simonson L, Elnicki MD, Fried LP, Goroll AH, Bass EB. Training U.S. Medical Students to Care for Chronically Ill. *Acad Med*. 2004; 79: 32-41.
28. Darer JD, Hwang W, Pham HH, et al. More training needed in chronic care: A survey of U.S. Physicians. *Acad Med*. 2004; 79: 541-8.

