

Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte

Arturo Loredo Abdalá,¹ Jorge Trejo Hernández,¹ Corina García Piña,¹ Armando Portillo González,²

Arturo Capistrán Guadalajara,² Ramón Carballo Herrera,² Ofelia Mendoza Rojas,³

Alejandra Hernández Roque,³ Ma. Isabel Alcántar Escalera,¹ Juan Manuel Saucedo García,⁴

Luciana Ramos Lira,⁵ Manuel de la Llata Romero,⁶ María Teresa Sotelo Morales,⁷ Verónica Martín Martín¹

Información y acontecimientos

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que el maltrato infantil (MI) conocido en el ambiente pediátrico como síndrome del niño maltratado (SNM) es una patología médico-social-legal que por sus efectos físicos, sociales, económicos y legales en el menor, su familia y la sociedad alcanza la dimensión de un problema de salud pública mundial.¹⁻⁴

Es una patología de rezago ya que ha estado presente en la vida del hombre desde tiempo inmemorial aunque ha sido considerado como MI probablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX.⁵⁻⁷

Se considera re-emergente porque en las últimas tres décadas la comunidad médica y paramédica, la sociedad en general y los medios masivos de comunicación se han encargado de su estudio, atención y difusión.⁸

Una característica básica para entender esta patología es conocer, entender y aceptar que tiene diversas facetas del ámbito médico, psicológico, social y jurídico. Si no es considerado de esta manera, se complica el establecimiento de un diagnóstico adecuado y temprano, de la atención integral y, evidentemente, de su prevención.⁹

Una dificultad que no se ha podido resolver adecuadamente en México, es no contar con cifras confiables de estos casos; situación que se debe a diferentes razones. Por ejemplo:

- a. No existe una definición precisa, concreta y clara del fenómeno para que pueda ser empleada por todos los profesionales que intervienen en esta patología, de una manera universal.
- b. No se dispone de un registro nacional.
- c. La mayoría de los profesionales que interviene en la atención de estos casos tienen un conocimiento muy pobre de esta problemática.
- d. La sociedad tiene una cultura de la denuncia muy precaria.

En México, esta patología es diagnosticada y atendida de una manera insuficiente en virtud de la gran variedad de formas y manifestaciones clínicas, de la severidad de las mismas, del poco conocimiento que se tiene de ella, de los escasos centros especializados para su atención y de la mínima intervención interdisciplinaria e interinstitucional que existe.¹⁰

Frecuencia

En un intento por conciliar las cifras que han publicado instituciones gubernamentales y civiles del país, se puede considerar que el 10% de cualquier comunidad pediátrica es víctima de alguna forma de maltrato y es muy factible que de 100 niños maltratados, solamente uno sea atendido.¹⁰

¹ Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

² Hospitales Pediátricos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

³ Hospital Infantil de México Federico Gómez.

⁴ Academia Nacional de Medicina de México.

⁵ Instituto Nacional de Psiquiatría. Ramón de la Fuente Muñiz.

⁶ Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

⁷ Fundación en Pantalla contra la Violencia Infantil A.C.

Grupo Académico de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado.

Correspondencia: Dr. Arturo Loredo Abdalá. Av. Insurgentes Sur 3700-C, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, 04530 México, D.F. T y F: 1084 0900 Ext. 1411. Email: cainm_inp@hotmail.com

Estrategia de acción

Ante esta realidad, es imperativo que organismos gubernamentales y civiles unan esfuerzos para resolver las diversas dificultades que se presentan, en un intento que permita lograr la atención integral de los casos y lo más importante, desarrollar diversas estrategias de prevención que permitan detener y quizás evitar esta problemática mundial.

En la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud existe la sensibilidad de entender y comprender la importancia de esta patología y para ello ha facilitado la conformación del Comité para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado (CEAINM). En este contexto, se han convocado profesionales del área médica y paramédica, tanto del ámbito gubernamental como civil que intervienen en el manejo de este problema.

En este accionar, se ha considerado el desarrollo de una actividad profesional continua que permita cubrir los objetivos considerados como básicos y que se puedan cumplir a corto, mediano y largo plazo.

Así mismo, se plantea la necesidad de que sus resultados puedan llegar a las diversas comunidades de profesionales que trabajan o interactúan con niños y adolescentes así como a la sociedad en general. Es un esfuerzo necesario para establecer su detección temprana y su atención adecuada. Por supuesto, lo ideal es su prevención, utilizando como eje rector los Derechos y Deberes de los Niños.

Dentro del accionar primario de este Comité se ha considerado el planteamiento y desarrollo de objetivos primarios y secundarios a cumplir en el corto plazo.

Objetivo primario

- Obtener conclusiones consensuadas sobre los aspectos básicos del tema, para lograr su difusión a nivel nacional.

Objetivos secundarios

- Desarrollar una definición precisa, concreta, clara y consensuada del tópico.
- Precisar las formas básicas de esta patología.
- Estandarizar los aspectos clínicos, sociales y jurídicos de cada forma básica del maltrato infantil.
- Implementar la nomenclatura del tema de acuerdo al CIE-10.
- Establecer y desarrollar una Red Nacional de Registro de los casos, con base en las expresiones clínicas, sociales y jurídicas de cada modalidad.

Objetivos a mediano y largo plazo

- Plantear y desarrollar la Norma Técnica sobre el MI.
- Diseñar, aplicar y fomentar programas de enseñanza en los diferentes niveles de preparación profesional.

- Desarrollar proyectos de investigación para conocer mejor los diversos factores que intervienen en esta patología, considerando la situación geográfica del país (norte, centro y sur) y el desarrollo social de la población mexicana (área urbana, suburbana y rural).
- Proponer que la CEAINM se considere como un órgano consultor y asesor de las Instituciones responsables para la atención de este problema, mediante la formulación de políticas públicas mediante programas de atención integral y prevención de esta patología médico-social-legal.

MATERIAL Y MÉTODO

La CEAINM se constituyó con representantes de organismos académicos y civiles que trabajan en este campo de la medicina social mexicana.

En la misma, se definió su organización interna, agenda de trabajo, calendarización y sitio de las reuniones.

Del grupo inicial, se eligió al Coordinador del grupo para seleccionar y dirigir el accionar general del trabajo.

Se consideró indispensable el establecimiento de una definición consensuada de esta problemática, que abarque todos los elementos necesarios para que sea completa, precisa, concisa y clara.

Se precisó que las cuatro modalidades básicas del MI son el abuso físico (AF), el abuso sexual (AS), el abuso psicológico (AP) y la negligencia (N).

Se definieron y constituyeron diversos subcomités para poder desarrollar los aspectos básicos de las cuatro modalidades del problema. De cada subgrupo se designó a un responsable para la coordinación del mismo. Para cada forma básica de MI se precisó una definición específica, sus características principales, el desarrollo de un formato para el registro de los casos, el algoritmo a seguir para esta acción, los posibles centros de intervención y la sede para recibir la información.

En todas las modalidades de MI se desarrolló un formato que considerara las manifestaciones médicas, psicológicas, sociales y jurídicas básicas para sospechar el diagnóstico. Así mismo, se desarrollaron otros formatos que permitieran clasificar los casos diagnosticados.

Se estableció la necesidad de clasificar esta patología y sus diversas modalidades, de acuerdo al CIE-10 para favorecer su adecuado registro nacional.

Para el registro de los casos se consideró involucrar únicamente hospitales pediátricos, un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México y dos centros hospitalarios del país que cuentan con profesionales preparados en el tema.

Se aceptó que el centro de recepción de la información generada en cada centro fuera el Instituto Nacional de Pediatría a través de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM).

Queda muy claro que todos los miembros del CEAINM pueden disponer de la información obtenida para trabajos de investigación o difusión.

RESULTADOS

En un período de dos años se efectuaron 19 sesiones ordinarias teniendo como sede a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad de la SSA.

Las instituciones participantes se desglosan en la tabla 1.

Tabla 1. Instituciones participantes

- Albergue Temporal de la Procuraduría del DF
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia SSA (CeNSIA)
- DIF Nacional
- DIF GDF
- Fundación en Pantalla contra la Violencia Infantil FUPAVI
- Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Hospital Pediátrico Coyoacán
- Hospital Pediátrico Iztacalco
- Hospital Pediátrico Iztapalapa
- Hospital Pediátrico Legaria
- Hospital Pediátrico Moctezuma
- Hospital Pediátrico Tacubaya
- Instituto Nacional de las Mujeres. INMUJERES
- Instituto Nacional de Pediatría. (CAINM-INP-UNAM)
- Instituto Nacional de Psiquiatría
- Hospital Infantil del Estado de Chihuahua
- Hospital Infantil del Estado de Sonora

Los subcomités establecidos, responsables y participantes se presentan en la tabla 2.

La definición desarrollada y aceptada se presenta en el cuadro 1.

Aunque cada una de las cuatro modalidades básicas fueron desarrolladas por los miembros de cada subcomité, para este trabajo únicamente se presentan los resultados del MF y del AS (anexos 1-2).

La nomenclatura finalmente aceptada para registrar los casos de MI y sus modalidades de acuerdo al CIE-10 se presentan en el cuadro 2.

Tabla 2. Subcomités

- | | |
|--|--|
| Estudio de abuso físico (AF) | |
| Dr Arturo Loredo Abdalá | |
| Dr Ramón Carballo Herrera | |
| Dr. Arturo Capistrán Guadalajara | |
| Dr. Jorge Trejo Hernández | |
| Estudio del abuso sexual (AS) | |
| Dra. Corina García Piña | |
| Dra. Luciana Ramos Lira | |
| Dra. María Ofelia Mendoza Rojas | |
| Lic. Psic. Alejandra Hernández Roque | |
| Estudio del abuso psicológico (AP) | |
| Dr. Juan Manuel Saucedo García | |
| Lic. Psic. Isabel Alcantar Escalera | |
| Psic. Alejandra Hernández Roque | |
| Lic. TS Erick García Estrada | |
| Estudio de negligencia y abandono (NA) | |
| Dr. Armando Portillo González | |
| Dr. Arturo Loredo Abdalá | |

Cuadro 1. Definición

«Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial.

Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.»

Cuadro 2. Clasificación de las formas de maltrato infantil más comunes

1. *Formas básicas*
 - Abuso físico
 - Abuso sexual
 - Abuso psicológico
 - Abuso por negligencia
2. *Formas poco consideradas*
 - Síndrome de Munchausen por poder
 - Abuso fetal
 - Maltrato étnico
 - Ritualismo satánico
 - Niños en situación de calle
3. *Formas poco conceptualizadas*
 - Niños en situación de guerra
 - Niños migrantes
 - Niños trabajadores
 - Violencia entre pares (*bullying*)
 - Alienación parental
 - Maltrato por depredación
 - Niño expósito
 - Niño abandonado

REFERENCIAS

1. Mc Menemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *The Lancet* 1999; 353: 1340.
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. Child maltreatment ! Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 372: 68-81.
3. Kellogg N and The Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007; 119: 1232-1241.
4. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Perea-Martínez A, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor: un problema mundial en salud pública. *Salud Pública Mex* 2000; 57: 669-672.
5. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, et al. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
6. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther* 1946;56:163-173.
7. Solomon T. History and demography of child abuse. *Pediatrics* 1973;51:773-776.
8. Loredo-Abdalá A. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. *Acta Pediatr Mex*. 2008; 29: 255- 261.
9. Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004.
10. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, López-Navarrete G, Gómez-Jiménez M, Casimiro-Victoria A. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009; 66: 284-293.

**COMISIÓN COORDINADORA
DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD**

Dr. Julio Sotelo Morales
Dr. Manuel de la Llata Romero
Dr. Cosme Suárez Ortiz

**COMISIÓN PARA EL ESTUDIO
Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS
Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE MALTRATO**

Coordinador
Dr. Arturo Loredo Abdalá

Subcomité de abuso físico
Dr. Arturo Loredo Abdalá
Dr. Ramón Carballo Herrera
Dr. Arturo Capistrán Guadalajara
Dr. Jorge Trejo Hernández

Subcomité de abuso sexual infantil
Dra. Corina A. García Piña
Lic. Psic. Alejandra Hernández Roque
Lic. Psic. Isabel Alcántar Escalera

Dra. Ofelia Mendoza Rojas
Lic. TS. Erick García Estrada

Subcomité de abuso psicológico
Dr. Juan Manuel Saucedo García
Lic. Psic. Isabel Alcantar Escalera
Lic. Psic. Alejandra Hernández Roque

Subcomité de negligencia y abandono
Dr. Armando Portillo González
Dr. Arturo Loredo Abdalá

ANEXO 1

ABUSO FISICO (AF)

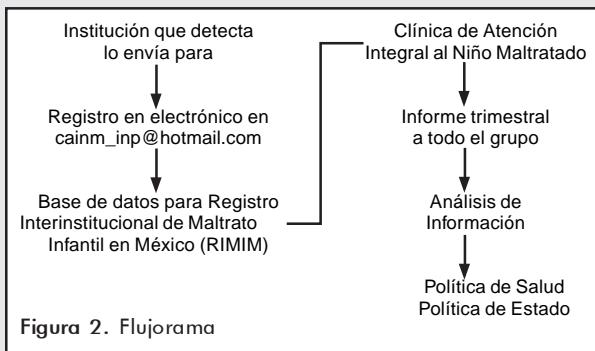
Introducción

Esta modalidad del MI es probablemente la más estudiada en el ámbito médico y paramédico aunque evidentemente no es la más frecuente. Dentro del perfil clínico destaca el mecanismo de la agresión, la localización de las lesiones y la severidad del daño. En este sentido, es una forma de MI que puede ocasionar la muerte de un menor, condicionar lesiones que generan discapacidad de severidad variable o daño que no requiera atención médica y tarde en sanar menos de 15 días.¹⁻⁴

En esta modalidad se debe enfatizar la necesidad de difundir especialmente el Síndrome del Niño Sacudido (SNs). Esta es una forma grave, extrema y poco conocida de AF sobre todo en el ámbito de la medicina crítica pediátrica.



Figura 1. Registro Interinstitucional del Maltrato Infantil variedad AF en el D.F. (RIMIM)



Por su severidad, es necesario realizar una atención médica especializada de urgencia y ello, frecuentemente impide la búsqueda de la etiología del daño y por ende no se establece el diagnóstico específico.⁵⁻⁷

Definición

Cuando un niño o un adolescente presenta una lesión externa o interna como consecuencia de una agresión intencional.⁶

Mecanismos

- Traumatismo externo e interno

Tabla 1. Hospitales y autoridades participantes

Tercer nivel de atención

Hospital Infantil de México Federico Gómez

- Dr. Alejandro Serrano Sierra
- Dra. Alejandra Hernández Roque

Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional Siglo XXI

- Dr. Fortino Solórzano Santos

Instituto Nacional de Pediatría

- Dr. Jaime Ramírez Mayans
- Dr. Arturo Loredo Abdalá

Segundo nivel de atención

Hospital Pediátrico de Coyoacán

- Dr. Miguel Camarillo Valencia
- Dra. Irma Ontiveros Zárate

Hospital Pediátrico de Iztacalco

- Dr. Hugo Caballero Novara
- Dr. Raymundo Rodríguez Herrera

Hospital Pediátrico de Iztapalapa

- Dr. Ramón Carballo Herrera
- Dra. Bonny Mendoza
- Dr. Armando Portillo González

Hospital Pediátrico de Legaria

- Dr. Arturo Capistrán Guadalajara
- Dr. Mario Ruiz Almorejo

Hospital Pediátrico de Moctezuma

- Dr. Carlos Dixon Olvera de la Rosa
- Dr. Carlos Baeza Herrera

Hospital Pediátrico de Tacubaya

- Dr. Carlos Arnaíl Toledo
- Dr. Ramiro García López

Provincia

Hospital Infantil del Estado de Chihuahua

- Dr. Isaías Orozco Andrade
- Dr. Héctor Villanueva Clift

Hospital Infantil del Estado de Sonora

- Dr. Filiberto Pérez Duarte
- Dra. Evangelina Guicho Alba

- Sacudimiento de la cabeza
- Quemaduras
- Sofocación o asfixia
- Envenenamiento

En el cuadro 1 se presenta el formato diseñado ex profeso para el registro de casos con sospecha o diagnóstico establecido.

En las figuras 1 y 2 se presentan los algoritmos respectivos para realizar tal acción.

En la tabla 1 se presentan las instituciones pediátricas de la Ciudad de México y de provincia así como sus directivos que han accedido a participar en el registro de los casos de MF.

Cuadro 1. Formato para el registro de casos con sospecha o diagnóstico de maltrato infantil (mi) variedad abuso físico (af)**I. Nombre, denominación o razón social de la Institución**

Fecha: _____ Hora: _____

Institución: _____ Dependencia: _____

Nivel de atención: 1() 2() 3()

Domicilio: _____ Entidad federativa: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Profesional: médico () psiquiatra () psicólogo () TS () enfermera () maestro () abogado () otro ()

Identificación: Nombre: _____ Cédula profesional: _____

II. Datos del paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Genero: M () F () Fecha de nacimiento: _____

Registro: _____ Lugar de origen: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nombre del responsable: _____

Parentesco: Padre () madre () Otro familiar () especifique _____ Otro () especifique _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

III. Descripción clínica del maltrato física*A. Lesiones físicas*

Tipo: Equimosis () Escoriación () Herida () Mordedura () Quemadura () Fractura(s) () Otras ()

Localización (Figura): Cabeza () Cara () Cuello () Brazo () Mano () Tórax () Espalda ()
Columna vertebral () Abdomen () Pelvis () Glúteo () Área genital () Pierna () Pie ()

SNC: Convulsiones () Pérdida de la conciencia () Hemorragia cerebral ()

Ojos: Hemorragia retiniana () Desprendimiento de retina () Otros ()

Buco dental: Lesión de mucosa () Dientes ()

Tórax y abdomen: Perforación vísceras () Estallamiento de vísceras () Hemorragia ()

Extremidades: Fracturas () Heridas () Equimosis () Cicatrices () Secuelas ()

Otros: Asfixia () Sofocación () Intoxicación () Envenenamiento ()

*B. Incongruencia entre los hallazgos clínicos y la información referida ()**C. Relato de agresión por: el niño () Familiar () Otra persona () Institución ()**D. Frecuencia: Primera vez () Reincidencia ()**E. Sitio de ocurrencia: Hogar () Escuela () Recreación () Deporte () Otro ()**F. Probable agresor: Padre () Madre () Padastro() Madrastra ()**Otro () especifique Desconocido ()*

Impresión diagnóstica: Probable maltrato físico () Certeza maltrato físico ()

Se realizó notificación: Sí () No ()

Número:

Agencia especializada:

REFERENCIAS

1. Smith CA. The battered child. *N Engl J Med* 1973; 289: 322-323.
2. Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J and Castilla-Serna L. Children injured: Abuse o accident? Diagnosis through of indicators. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2003; 60: 368-379.
3. García-Piña C, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J. Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29: 9-15.
4. DiSacala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 16-22.
5. Caffey J. The whiplash-shaken infant syndrome. *Pediatrics* 1974; 54: 396-403.
6. Perea-Martínez A., Loredo-Abdalá A, Guicho-Alba E. El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo. En: Loredo-Abdalá A. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Editores de Textos Mexicanos. México. 2004: 28-74.
7. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr* 2006; 148: 711-712.

ANEXO 2

ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas emocionales graves a corto, mediano y largo plazo. Habitualmente en esta edad predominan los tocamientos más que la agresión sexual física (violación). En estos casos, sólo hay daño físico cuando existió penetración vaginal o anal y ello ocurre en el 10-15% de los casos. Es importante tener presente que las lesiones son detectables a la exploración física en un período de 24-76 hrs. después de la agresión.

El daño emocional ocurre en aproximadamente el 80% de las víctimas. Este depende de diversos factores como: ¿quién fue el agresor?, la reacción de la familia ante este evento así como las estrategias de afrontamiento que tenga la víctima.¹

Definición

El ASI se define como una interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro.²

Mecanismos

Las conductas abusivas recurrentes pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer la utilización del menor como objeto de estimulación sexual para el agresor (exhibicionismo o proyección de películas pornográficas).³

En este contexto, el diagnóstico de ASI tiende a ser difícil, por diversas razones:

- a. Ausencia de daño físico.
- b. Hubo daño físico pero han transcurrido más de 72 hrs. (ha desaparecido cualquier lesión).
- c. El profesional de salud no tiene la experiencia necesaria para detectar este problema.
- d. El ASI puede ser agudo o crónico, con franco predominio de esta última y por ello, las manifestaciones clínicas tienden a ser más frecuentemente dentro del área psico-emocional.

Ante este panorama, es fundamental que los pacientes y sus familiares sean evaluados y si es necesario atendidos por especialistas en salud mental. El objetivo es resolver problemas a corto, mediano o largo plazo.

Por lo tanto, el personal médico de cualquier nivel de atención debe contar con la información básica sobre el tema para evitar, hasta donde sea posible, un diagnóstico erróneo o un manejo inadecuado de cada caso.

Se debe recordar que el interrogatorio y la exploración genito-anal repetida alteran la condición emocional del menor y de la familia.⁴

Finalmente, el incesto es una situación que habitualmente permanece en secreto por tiempo indefinido. Ello condiciona que el menor sea atendido médica o psicológicamente por algún evento físico o emocional aparentemente independiente.⁵

Ante tales dificultades, el Subcomité de ASI consideró la necesidad de realizar inicialmente un estudio piloto en dos centros hospitalarios pediátricos de tercer nivel de atención de la Ciudad de México con el objeto de precisar la expresión clínica de los casos que han sido atendidos, las estrategias seguidas y el

manejo general establecido. De acuerdo a sus resultados se precisará un esquema general de intervención para ser aplicado en cualquier nivel de atención.

Objetivo

Revisar los expedientes de 50 casos con este diagnóstico, atendidos en los dos centros médicos de referencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional basado en la revisión de 50 expedientes clínicos de pacientes menores de 18 años con antecedente de ASI y que fueron atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y del Hospital Infantil de México (HIMFG).

Resultados

El rango de edad fue de dos a 16 años con una media de siete años. La distribución de los casos en función al sexo se presentan en la tabla 1.

Las manifestaciones conductuales y físicas más frecuentes en niños y adolescente se presentan en las tablas 2 y 3.

En la tabla 4 se encuentran las versiones del evento, señaladas por el menor, el cuidador primario y otros familiares.

Discusión

Uno de los tipos del maltrato infantil (MI) que más impactan la esfera psicoemocional de la víctima, es el ASI. A pesar de ello, existe importante sub-registro de casos, condición que no permite precisar su prevalencia en nuestro medio.

Tabla 1. Distribución por sexo

Hospital	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
I.N.P.	24	3	27
H.I.M.F.G.	16	7	23
Total	40	10	50

Tabla 2. Manifestaciones conductuales y físicas en la infancia n = 43

	Ausencia	Presencia
• Miedo generalizado	16	27
• Pesadillas	13	30
• Agresividad	28	15
• Aislamiento	29	14
• Enuresis	20	23
• Cambios bruscos de conducta	17	26
• Bajo rendimiento escolar	27	16
• Masturbación compulsiva	39	4
• Tocamientos genitales a otros menores	37	6
• Dolor genital o anal	36	7
• Infección Transmisión sexual	35	8

Tabla 3. Manifestaciones conductuales y físicas en la adolescencia n= 7

	Ausencia	Presencia
• Agresividad	4	3
• Aislamiento	5	2
• Consumo de drogas-alcohol	5	2
• Huidas del hogar	6	1
• Conductas autolesivas-suicidas	6	1
• Masturbación compulsiva	7	0
• Tocamientos genitales a otros menores	6	1
• Dolor genital o anal	7	0
• Infección transmisión sexual	4	3

Tabla 4. Análisis de la versión sobre AS.

Existe versión sobre AS

	No	Paciente	Cuidador primario	Otros	Total
Infancia	11	27	3	2	43
Adolescencia	1	6	0	0	7
Total	12	33	3	2	50

En esta forma de MI es evidente su mayor frecuencia en niñas que en niños y los datos de este estudio piloto lo confirman. Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico en varones cada día es más frecuente.⁶

La sospecha de ASI se pudo establecer con base en las alteraciones conductuales que presentaron las víctimas como: pesadillas, miedo generalizado, cambios bruscos de conducta, enuresis, encopresis, etc.⁷ En la tabla 2 se presentan el resto de las manifestaciones clínicas.

En adolescentes se observaron: agresividad, aislamiento, consumo de alcohol o drogas y las infecciones de transmisión sexual, información que no difiere de lo señalado en la bibliografía Tabla 3.

Los profesionales de la salud y otros que interactúan con niños y adolescentes con este problema, frecuentemente se informan por la versión del niño (a) y por la sospecha del cuidador primario (madre) (tabla 4). Es frecuentemente por esta razón que los familiares acuden en busca de atención médica.

Por lo tanto, el médico debe dar la credibilidad necesaria a tal información a pesar de que la exploración física sea negati-

va. En estos casos siempre se debe realizar una evaluación integral (médica, social, psicológica, legal) para precisar el diagnóstico y brindar al menor la protección pertinente.⁸

Conclusiones

Con base en el trabajo realizado por el subcomité y en lo descrito en la bibliografía se establecen las siguientes conclusiones:

- Es frecuente que las manifestaciones emocionales sean los primeros síntomas de ASI.
- La versión del niño es el principal motivo por el que los familiares solicitan atención profesional. En ocasiones la sospecha de la madre o un familiar cercano también apoyan esta acción.
- Es fundamental evitar la re-victimización del paciente. Por ello la entrevista o la exploración genito-anal deben ser las estrictamente necesarias.
- El diagnóstico debe ser realizado por un equipo interdisciplinario con experiencia en el tema.

REFERENCIAS

1. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes F. Prevalence and sequel of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse and Neglect* 1995;19: 1039-50.
2. Perea Martínez A, Loredo-Abdalá A, Monroy Villafruente A, Güicho Alba. El abuso sexual: del silencio Ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredo-Abdalá A. *Maltrato en Niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004; pp.75-102.
3. Finkelhor D. Las experiencias descritas En: David Finkelhor. *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax, 2005;pp.79-105.
4. García-Piña C, Loredo Abdalá A, Gómez JM. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex* 2009; 30:94-103.
5. Cantón J, Cortés MR. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En: VE. Caballo y MA. Simón (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide, 2001; pp:293-321.
6. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993; 17:67-70.
7. Echeburúa EPC. Emotional consequences in victims of sexual abuse in Childhood *Cuad Med Forense* 2006; 12:75-82.
8. Finkelhor D. Fuentes de trauma En: David Finkelhor *Abuso Sexual al Menor*. México: Editorial Pax, 2005;155- 66.

Tabla 5. Hoja de registro de casos con sospecha de abuso sexual

Datos de la institución y el paciente

Fecha:

Institución: Nombre: _____

Domicilio: _____ Entidad federativa: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Paciente: Nombre: _____ Registro: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de origen: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre del responsable: _____**Guía clínica**Existe versión sobre abuso sexual Sí No

Edad

Versión recibida de: Paciente () Madre () Otra persona ()**Manifestaciones emocionales**

Infancia < 11 años:

- Miedo generalizado (oscuridad, estar solo, a la escuela, etc.) Sí No
- Agresividad Sí No
- Aislamiento Sí No
- Enuresis Sí No
- Pesadillas Sí No

Adolescencia de 11 a 18 años

- Aislamiento Sí No
- Agresividad Sí No
- Pesadillas Sí No

Manifestaciones conductuales

Infancia

- Cambios bruscos de conducta Sí No
- Bajo rendimiento escolar Sí No

Adolescencia

- Consumo de drogas o alcohol Sí No
- Fuga del hogar Sí No
- Autoagresión o conducta suicida Sí No

Comportamiento hipersexualizado

Infancia

- Masturbación compulsiva Sí No
- Tocamiento genital a otros menores Sí No

Adolescencia

- Tocamiento genital a otros menores Sí No

Manifestación física

Infancia

- Dolor en área genital o anal Sí No
- Datos de infección por transmisión sexual Sí No

Adolescencia

- Dolor en área genital o anal Sí No
- Datos de infección por transmisión sexual Sí No

Observaciones (síntomas o datos no descritos):

Nota: No aplica a pacientes menores de 3 años. Todos los casos deben ser evaluados por profesionales especializados.