



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“FRECUENCIA DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL”**

M.P.S.S KARINA PÉREZ CALVILLO

MATRÍCULA 2133077211

ASESORES

DR. RAÚL ENRIQUE CASTAÑEDA CASTANEIRA ASESOR UAM

DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA ASESOR INP

MTRO. CHIHARU MURATA ASESOR INP

31 DE ENERO DEL 2020

FIRMAS:

Asesor Interno
Dr. Raúl Enrique Castañeda Castaneira
Universidad Autónoma Metropolitana - X

Vo. Bo. de la Comisión
Dr. Alejandro Alonso Altamirano
Coordinador de Internado y Servicio Social
Universidad Autónoma Metropolitana - X



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“FRECUENCIA DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRÍA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL”**

M.P.S.S KARINA PÉREZ CALVILLO

MATRÍCULA 2133077211

ASESORES

DR. RAÚL ENRIQUE CASTAÑEDA CASTANEIRA ASESOR UAM

DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA ASESOR INP

MTRO. CHIHARU MURATA ASESOR INP

31 DE ENERO DEL 2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco ampliamente en este trabajo al gran equipo de la CAINM del INP por haberme enseñado, capacitado e inspirado no solamente en el aspecto profesional sino en la vida, por cobijarme durante todo este año en el cual se convirtieron en mi familia, las admiro enormemente y les deseo el mejor de los éxitos en esta labor tan noble en la cual son grandiosas. Al maestro Chiharu quien siempre estuvo disponible para asesorarme y apoyarme, lo admiro y respeto muchísimo. A nuestros hermosos patientitos que siempre me enseñaron más de lo que yo podría comunicarle a cualquiera a pesar de la diferencia de edad, sin su amabilidad, tenacidad y resiliencia el mundo no tendría esperanza. Les deseo el amor y el cariño más grande que esta vida pueda dar y agradezco a sus familias por tenernos la confianza de escuchar sus historias, así como la fortaleza en su caso para decidir arriesgarse a cambiar.

Agradezco a mi universidad, que me dio la oportunidad de aprender de los mejores y me brindó los espacios necesarios para hacerlo. A mis profesores de carrera y de vida, quienes pudieron enseñarme dentro de un aula u hospital o inclusive fuera de los mismos, lecciones que me han hecho ser mejor persona y el médico que espero ser. A los pacientes que he atendido en el transcurso de estos años de aprendizaje, por ser nuestros grandes maestros, sin ellos nada de esto sería posible, buscaré que el ejercicio de mi profesión sea siempre en su beneficio.

Agradezco profundamente a mi familia. A mi mamá quien me brindó y me permitió acceder a la mejor educación, el legado más grande que existe y el más amoroso, a mi hermanito que me esperó pacientemente cada día de vacaciones, a mi abuela, mi tía y mi primo que siempre me apoyaron y me dieron asilo cuando lo necesité, y finalmente a la persona que más inspira mi corazón, mi pareja, quien junto a mi perrito se desvelaron, rieron, lloraron, sufrieron, me esperaron y lucharon conmigo durante todos estos años que apenas son el arranque de mi formación profesional.

No lo habría logrado sin ustedes, estoy infinitamente agradecida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS. 1

1.1 El Instituto Nacional de Pediatría 1

1.1.1 Historia y contexto legal dentro del sistema de salud mexicano 1

1.1.2 Actualidad y contexto ideológico del Instituto 1

1.1.2.1 Misión 4

1.1.2.2 Visión 4

1.1.2.3 Valores y Código de Conducta Institucional 5

1.1.2.4 Política de Calidad 5

1.1.3 Infraestructura y alineación con los Objetivos Nacionales e Institucionales 6

1.1.4 Usuario INP 8

1.1.4.1 Acceso a los servicios de salud 8

1.1.4.2 Perfil socioeconómico y condiciones de vida usuario INP 9

1.1.4.3 Procedencia de las familias 10

1.1.4.4 Clasificación por nivel socioeconómico pacientes de primera vez 12

1.1.4.5 Procedencia de los pacientes de primera vez 12

1.1.4.6 Atención educativa 12

1.1.5 Investigación 13

1.1.5.1 Impacto médico y social en los procesos de investigación 13

1.1.5.1.1 Impacto directo en pacientes reclutados en proyectos 14

1.1.5.1.1.1 Diagnóstico 14

1.1.5.1.1.2 Tratamiento/manejo clínico/vacunación 14

1.1.5.1.2 Impacto indirecto 14

1.1.5.1.2.1 Publicaciones en revistas de divulgación o de alto impacto científico 14

- 1.1.5.1.2.2 Publicaciones en revistas de “bajo” impacto, los libros y los capítulos de libros 15
- 1.1.6 Enseñanza 16
 - 1.1.6.1 Alumnos de pregrado y posgrado 16
 - 1.1.6.2 Vinculación Institucional 18
 - 1.1.6.2.1 Programa de Telemedicina 18
 - 1.1.6.2.2 Vinculación para la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en diversas instituciones públicas y privadas 18
 - 1.1.6.3 Otras áreas de enseñanza y capacitación 20
- 1.1.7 Atención médica 20
 - 1.1.7.1 Recursos Humanos 20
 - 1.1.7.2 Consulta Externa 21
 - 1.1.7.3 Atención de Urgencias 22
 - 1.1.7.4 Ingresos y Egresos 23
- 1.1.8 Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado 24
 - 1.1.8.1 Modelo de detección y atención en la CAINM 24
 - 1.1.8.1.1 Enfoque de Derechos Humanos 24
 - 1.1.8.1.2 Modelo Ecológico de la OMS 24
 - 1.1.8.1.3 Enfoque Interdisciplinario 25
 - 1.1.8.2 Modelo de prevención en la CAINM 26

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN. DIAGNÓSTICO DE SALUD. 27

- 2.1 Contexto de la Salud y contribución del INP 27
 - 2.1.1 La Salud en el entorno actual 27
 - 2.1.2 Epidemiología actual. Un problema de salud pública 28
 - 2.1.2.1 Epidemiología del Maltrato Infantil en México 31
 - 2.1.2.2 Estadística y epidemiología del Maltrato Infantil en la CAINM 32
- 2.2 Alcance Geográfico del INP 34
 - 2.2.1 Descripción general por estado de atención 35

2.2.1.1 Ciudad de México	37
2.2.1.1.1 Territorio	37
2.2.1.1.1.1 Superficie	37
2.2.1.1.1.2 División Territorial	38
2.2.1.1.1.3 Clima	39
2.2.1.1.1.4 Agua	40
2.2.1.1.1.5 Relieve	40
2.2.1.1.1.6 Altitud	41
2.2.1.1.1.7 Flora y Fauna	42
2.2.1.1.2 Población	42
2.2.1.1.2.1 Número de habitantes	42
2.2.1.1.2.2 Distribución	44
2.2.1.1.2.3 Densidad	44
2.2.1.1.2.4 Población de niños, niñas y adolescentes	44
2.2.1.1.2.5 Dinámica de la población	45
2.2.1.1.2.6 Esperanza de vida	46
2.2.1.1.2.7 Natalidad y Mortalidad	47
2.2.1.1.2.8 Movimientos migratorios	47
2.2.1.1.2.9 Educación	50
2.2.1.1.2.10 Diversidad	51
2.2.1.1.2.11 Vivienda	52
2.2.1.1.3 Economía	53
2.2.1.1.3.1 Actividades económicas	53
2.2.1.1.3.2 Unidades económicas y personal ocupado	54
2.2.1.1.3.3 Aportación al PIB nacional	54

CAPITULO III INVESTIGACIÓN.

3.1 Protocolo de Investigación	56
3.1.1 Título de la investigación	56
3.1.2 Resumen	56

3.1.3	Pregunta de Investigación	57
3.1.4	Introducción	57
3.1.5	Planteamiento del problema	57
3.1.6	Justificación	57
3.1.7	Antecedentes	58
3.1.7.1	Infección por Virus del Papiloma Humano en niños	58
3.1.7.1.1	Epidemiología	58
3.1.7.1.2	Diagnóstico y clasificación	58
3.1.7.1.3	Mecanismo de transmisión	59
3.1.7.2	Abuso Sexual	59
3.1.7.2.1	Epidemiología	59
3.1.7.2.2	Diagnóstico y clasificación	60
3.1.7.2.3	Consecuencias	60
3.1.7.2.3.1	Corto plazo	60
3.1.7.2.3.2	Largo plazo	61
3.1.7.2.3.3	Sleeper effect	61
3.1.7.3	Asociación entre IVPH y AS	62
3.1.7.3.1	Epidemiología	62
3.1.7.3.2	Asociación	62
3.1.7.3.3	Diagnóstico etiológico diferencial	63
3.1.8	Objetivo	64
3.1.9	Hipótesis	64
3.1.10	Métodos	64
3.1.10.1	Clasificación de la investigación	64
3.1.10.2	Población	64
3.1.10.2.1	Población objetivo	64
3.1.10.2.2	Población elegible	64
3.1.10.3	Criterios de selección	65
3.1.10.3.1	Criterios de inclusión	65
3.1.10.3.2	Criterios de exclusión	65
3.1.10.4	Muestra	65

3.1.10.5	Variables	55
3.1.10.6	Definiciones conceptuales	66
3.1.10.7	Procedimiento	67
3.1.11	Análisis estadístico	67
3.1.12	Bioética	68
3.1.13	Bioseguridad	68
3.1.14	Cronograma de actividades	68
3.1.15	Apéndice	69
3.1.15.1	Cuadro 1	69
3.1.15.2	Cuadro 2	70
3.1.15.3	Cuadro 3	70
3.1.15.4	Tabla 1	72
3.1.16	Apéndice 2	72
3.1.16.1	Tabla de descripción de variables	72
3.1.17	Referencias	75
3.2	Reporte modelo STROBE	78
3.2.1	Introducción	78
3.2.2	Métodos	80
3.2.2.1	Selección de pacientes	80
3.2.2.2	Criterios de Inclusión	80
3.2.2.3	Recopilación de datos	81
3.2.3	Resultados	81
3.2.3.1	Cuidadores	83
3.2.3.2	Presentación y características clínicas de la IVPH	83
3.2.3.3	Diagnóstico de AS	84
3.2.3.4	Otras formas de MI	84
3.2.3.5	Aviso a las autoridades	84
3.2.4	Discusión	86
3.2.5	Conclusión	89
3.2.6	Bibliografías	89

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

4.1 Tiempo que acudió el pasante a Servicio Social y horarios de trabajo 91

4.2 Objetivos generales 91

4.3 Actividades realizadas 91

4.4 Evidencias 94

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.

5.1 En relación a su formación como persona 97

5.2 En relación a su formación profesional 97

5.3 En relación a su aportación a la comunidad 98

5.4 En relación con su institución educativa 99

INTRODUCCIÓN

El Servicio Social (SS) surge en México a partir 1937, en aquel entonces se consideraba que los universitarios eran ciudadanos privilegiados por lo cual se estableció el SS obligatorio con la finalidad de poder extender los beneficios profesionales y culturales de este nivel educativo a aquellos que no pudieran pisar las aulas universitarias. ¹

Como egresados de una universidad pública considero esta etapa como una oportunidad para devolverle un poco a la sociedad de la educación que se nos ha brindado de manera gratuita, haciendo frente en el caso de los médicos a los problemas de salud que más afectan a la población mexicana enfocándonos a la población más vulnerable del país.

El SS nos brinda no solo espacios donde podemos empezar un proceso de inserción a la vida laboral, sino también herramientas clínicas, personales y profesionales para afrontar los nuevos desafíos que enfrentaremos en nuestro desempeño como profesionistas, permitiéndonos hacer uso de lo aprendido en nuestra carrera por primera vez por nuestra cuenta, participando y proponiendo nuevas estrategias para la atención de estas temáticas.

Uno de los grandes desafíos en México es la atención de niños, niñas y adolescentes (NNA) que sufren maltrato infantil, del 1 de febrero del 2019 al 31 de enero del 2020 tuve la oportunidad de realizar mi SS en la Clínica de Atención Integral al Maltrato Infantil (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) para atender esta problemática.

El presente trabajo explica de manera general las particularidades de la población que atiende el INP, integra el protocolo de investigación aprobado por los comités de investigación y bioética del instituto así como el reporte de los resultados en formato STROBE, y detalla las actividades realizadas en el servicio.

CAPITULO I DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.

1.1 El Instituto Nacional de Pediatría

1.1.1 Historia y contexto legal dentro del sistema de salud mexicano

La Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos pese a sus múltiples modificaciones a través de los años establece y refuerza el derecho fundamental de protección a la salud. De acuerdo al artículo 5º, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal están organizadas en un Sistema Nacional de Salud, que de acuerdo con el artículo 7º es coordinado por la Secretaría de Salud. ²

El 18 de abril de 1983 se publicó en el Diario oficial de la Federación el decreto presidencial mediante el cual se crearía el nuevo Hospital Infantil, en razón de que el original había sido demolido en 1958 posterior al sismo del “Ángel”. Finalmente en 1970 culminó un proceso de más de dos años en el que un grupo de médicos visionarios entre ellos Lázaro Benavides Vázquez, Jesús Álvarez de los Cobos, Rafael Ramos Galván, Luis Sierra Rojas y Jesús Kumate Rodríguez trabajaron para la creación del este nuevo hospital dentro del concepto de Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), que estaba integrado por la Casa Cuna de Coyoacán, la Casa Hogar y los Centros rurales de Tlaltizapan y Temazcalcingo, entre otros, estructurándolo como organismo público descentralizado y por lo tanto bajo la coordinación de la Secretaría de Salud dentro de la Ley orgánica de la Administración Pública Federal. ^{2, 3}

El Hospital Infantil del IMAN fue inaugurado el 6 de noviembre del 1970 por el presidente de la República Gustavo Díaz Ordaz acompañado del Dr. Salvador Aceves Parra, Secretario de Salud y el Dr. Salvador Zubirán Anchondo, presentando al Dr. Benavides como su primer director.

Las instalaciones eran nuevas y de vanguardia, con el sello de uno de los Arquitectos más renombrados de México Pedro Ramírez Vázquez, equipadas con la tecnología de punta de la época.

En un principio existió autonomía presupuestal, administrativa y académica, un modelo novedoso y atractivo de la atención pediátrica, con formación de recursos humanos de excelencia, y con un enfoque social e integral, que respondería a las necesidades del país. Se inició la apertura para las subespecialidades pediátricas médico quirúrgicas con reconocimiento de la Institución. Los médicos que integraron ese grupo fueron muchos de ellos jóvenes ambiciosos y comprometidos que ingresaron a la institución como médicos internos, más tarde se convirtieron en los primeros residentes de la especialidad y hoy en día son los pilares del Instituto con pleno reconocimiento internacional. El salario en aquel entonces era suficiente para dedicarse tiempo completo a la labor hospitalaria.

En 1968 se colocaron en el IMAN cuadros elaborados por niños de diferentes países con motivo de los Juegos Olímpicos de ese año, representando el primer acervo pictórico cultural que adorna las diferentes áreas del hospital. Contaba con 350 camas, laboratorios de diagnóstico clínico, estudios especiales e investigación de campo, aulas para la educación pediátrica, la unidad de rehabilitación integrada por: terapia física, terapia ocupacional y recreativa así como clínica del lenguaje con facilidades para enseñanza a los padres y orientación tanto nutricional como de higiene, entre otros servicios.

El 4 de enero de 1971 el Dr. Rafael Ramos Galván inauguró la docencia en el hospital con un par de residencias Medicina Interna Pediátrica y Cirugía en el posgrado y dos cursos de pregrado: Pediatría e Infectología. A partir de ese momento el hospital se volvió clave en la formación y desarrollo de personal para la salud y la investigación. En él se respiraba siempre un ambiente de entusiasmo y solidaridad con los niños apoyada por la total entrega del personal médico y de enfermería que hasta ahora siguen siendo ejemplares.

En 1979 se fusiona el IMÁN con el INPI cambiando a Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de Familia (SINADIF) y el 18 de abril de 1983 se consiguió el cambio de “Hospital” a “Instituto Nacional” solicitado a la presidencia por el Dr. Francisco Beltrán Brown, cambiando su nombre a Instituto Nacional de Pediatría (INP) y siendo éste el primero en su ramo. ³

Actualmente el INP es regulado por el artículo 5° fracción VI de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y los artículos 19 y 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, los cuales facultan a su Director General para formular sus propios programas institucionales. ²

De 1983 - 1995 se abrieron 22 Clínicas y programas para pacientes con patologías específicas y el Instituto creció exponencialmente en las áreas de investigación clínica y experimental, se registró a sus investigadores en el Sistema Nacional (SIN) y obtuvo reconocimiento mediante el premio Gross que se entregó al Dr. Alberto Peña por la descripción del procedimiento quirúrgico para el tratamiento de malformaciones anorectales. Esta nueva etapa fue representada por la identificación y evaluación de procedimientos de diagnóstico y tratamiento que complementan la consulta y le dan la característica de tercer nivel de atención, también se publicaron el Acta pediátrica y la Gaceta Institucional.

Finalmente posterior a un proceso de transición en el cuál aumentó la matrícula de investigadores y se realizaron las remodelaciones necesarias para la implementación de técnicas quirúrgicas de mínima invasión, mejoría de espacios y establecimiento de nuevos servicios que cumplieran con los más altos estándares de calidad en la atención médica, se desarrollaron los Sistemas Informáticos (SIA) que dieron inicio a la modernización de la infraestructura informática y a la mejora de procesos a través del uso de tecnologías de vanguardia.

En los últimos 15 años se ha dado un crecimiento exponencial en todas las áreas del Instituto y ha continuado la modernización de procesos así como el establecimiento

de alianzas y sinergias con los diferentes actores sociales para fortalecer la infraestructura, los programas de investigación y enseñanza y el enfoque de atención de calidad y seguridad para el paciente el cual impera en el actual INP. Además se firmaron convenios con el Fondo de Protección Social en Salud lo que implicó un incremento en la captación de Recursos Propios. ³

Desde su creación, el Instituto tuvo como objetivos la enseñanza, la investigación y publicación científica, la formación de recursos humanos esenciales en la atención a la salud; con la formulación de programas de estudio y cursos de capacitación, la alineación con las estrategias y planes nacionales, y la prestación de servicios de salud; en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización, actividades que continúa realizando hoy en día. ^{2, 3}

1.1.2 Actualidad y contexto ideológico del Instituto

El Instituto Nacional de Pediatría define su misión y visión desde el Programa de Trabajo Estratégico vigente.

1.1.2.1 Misión

La Misión del Instituto Nacional de Pediatría es desarrollar modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la Investigación científico básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con calidad y seguridad, constituyendo el modelo de atención de clase mundial. ²

1.1.2.2 Visión

El Instituto Nacional de Pediatría impacta en los indicadores básicos de salud de la infancia y la adolescencia, al disminuir la carga de la enfermedad y propiciar un

financiamiento integral así como una atención que incluya a la familia en los ámbitos que toca la enfermedad del niño. Es además una institución que comparte el liderazgo por la generación del conocimiento de las causas y los determinantes de la enfermedad en menores de 18 años. Está a la vanguardia porque anticipa soluciones a problemas emergentes, reemergentes y del rezago, con servicios certificados en calidad internacional. ²

1.1.2.3 Valores y Código de Conducta Institucional

Sus valores se definen de acuerdo con lo señalado en el Acuerdo emitido relativo a los Códigos de Ética e Integridad de los Servidores Públicos, publicado por la Secretaría de la Función Pública. Se apegan a los determinados por la APF y se encuentran declarados en su Código de Conducta institucional, los cuáles son; interés público, respeto, respeto a los derechos, igualdad y no discriminación, equidad de género, entorno cultural y ecológico, integridad, cooperación, liderazgo, transparencia y rendición de cuentas.

El INP tiene el compromiso de asegurar el cabal respeto de los principios y obligaciones que de este Código emanen para construir una cultura de ética pública que guíe y oriente el actuar de las y los servidores públicos, con el propósito de dar puntual cumplimiento a la Ley y sensibilizar a éstos sobre el papel ejemplar que deben desempeñar ante la sociedad. ^{2, 4, 5}

1.1.2.4 Política de Calidad

Comprometidos en implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos que lleven a la obtención del cumplimiento de los objetivos en las áreas, de investigación, enseñanza y asistencia, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes con patología de alta complejidad, que permita obtener modelos interdisciplinarios, que proyecten a la institución a nivel nacional e internacional. ⁵

1.1.3 Infraestructura y alineación con los Objetivos Nacionales e Institucionales

El Proyecto de Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 vislumbra objetivos y directrices adoptadas desde el Gobierno Federal destacando tres ejes denominados:

- Eje 1. Justicia y Estado de derecho
- Eje 2. Bienestar
- Eje 3. Desarrollo económico

Con tres ejes transversales:

- Eje transversal 1. Inclusión e igualdad sustantiva
- Eje transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública
- Eje transversal 3. Territorio y desarrollo sustentable

El Sector Salud en el cual se encuentra el Instituto se alinea con el Eje 2. Bienestar, que está dirigido a garantizar que la población cubra sus necesidades básicas de forma que tengan acceso a una vida digna. Lo anterior implica atender el derecho a la salud en el caso particular del INP. Esto conlleva a contemplar acciones que permitan un ejercicio efectivo de los usuarios de los servicios del INP y que se garantice una cobertura mínima de protección social, con énfasis en aquellas personas que enfrentan alguna condición de desigualdad, pobreza, marginación o que por algún motivo se encuentren en situaciones de vulnerabilidad.

La alineación con el Eje 3. Desarrollo económico es particular porque se considera que una economía fuerte y prospera fortalece la formación de capital humano y la productividad, moderniza la infraestructura, fomenta la inversión favorecen un entorno de competencia, eficiencia y empleo productivo, en el caso del Instituto para la investigación se fortalecerá la innovación, inversión en tecnología y apertura económica.

Los Ejes Transversales estrechamente vinculados para el cumplimiento del PND que se alinean en el Sector Salud son:

Eje transversal 1. Inclusión e igualdad sustantiva, este eje considera las desigualdades por razón de sexo, origen étnico, edad, condición de discapacidad y condición social entre otros, por lo que a través de la Investigación, formación de recursos humanos y la atención de la salud se buscará su eliminación o reducción, generando acciones con perspectiva de género, generacional, intercultural y de desarrollo territorial. El eje considera a las personas como titulares de derechos, y busca garantizar que las personas hagan ejercicio efectivo de los mismos.

Eje transversal 2. Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública, sobre el tema, el Instituto ha trabajado en los últimos 12 años realizando acciones a través los Programas de Mejora de la Gestión, Gobierno Cercano y Moderno, Administración de Riesgos y Control Interno, no obstante, se han identificado ineficiencias y riesgos en los procesos de la gestión pública, distorsión de los espacios de interacción entre gobierno y sociedad y sobrerregulación de los procesos administrativos, entre otros. Esto puede conllevar a una implementación deficiente de las políticas públicas, limitando el cumplimiento de objetivos institucionales.

En el Proyecto de Plan Nacional de Salud 2019-2024 el Objetivo General establece hacer efectivo el artículo 4to constitucional que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Los objetivos particulares establecen que la Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos sustituya al Seguro Popular, que se realice una reforma de la Ley General de Salud, que el acceso a los servicios se incrementen paulatinamente, y los pacientes afiliados al Seguro Popular sigan recibiendo los servicios, así como que se garanticen los servicios de alta complejidad y los medicamentos sean gratuitos. Se señala que el Gobierno Federal mantendrá la obligación de transferir la parte proporcional actual del presupuesto a

los estados y compensarlos por la pérdida de cuotas de recuperación; se incrementará la capacidad regulatoria de la Secretaría de Salud, así como la vigilancia y la fiscalización para el uso transparente y eficiente de los recursos transferidos para combatir la corrupción y finalmente, la evaluación sistemática del cumplimiento de la nueva política de:

- Accesibilidad
- Calidad y Seguridad del paciente
- Oportunidad
- Integralidad
- Impacto

Es de resaltar que la prestación gratuita de servicios médicos y medicamentos considera a los 21 Hospitales e Institutos Coordinados por la CCINSHAE, asimismo, se invertirá en su infraestructura y en equipo. ²

1.1.4 Usuario INP

El Instituto Nacional de Pediatría pertenece a un grupo vinculado de instituciones con programas de carácter asistencial, cuya población objetivo es la población con empleo informal, autoempleo y, en específico, la carente de seguridad social médica, predominantemente en estado de pobreza, vulnerabilidad o marginación, con bajo ingreso familiar; a este segmento de la población se le conoce como población no derechohabiente o población abierta; bajo estas condiciones el sistema de salud debe y tiene la obligación de generar instituciones y programas asistencialistas que se financian con recursos públicos obtenidos de la recaudación de los ingresos presupuestarios del Gobierno Central. ^{2, 5}

1.1.4.1 Acceso a los servicios de salud

Se considera que una persona es carente por acceso a los servicios de salud cuando no está afiliada o inscrita a una institución de salud pública o privada o no

cuenta con un seguro privado de gastos médicos. Entre 2010 y 2012, la proporción de mexicanas y mexicanos que no contaban con acceso a los servicios médicos disminuyó de 29.2 a 21.5 por ciento, lo que significó una reducción de 26.3 por ciento; en número de personas pasó de 33.5 a 25.3 millones (ocho millones menos).

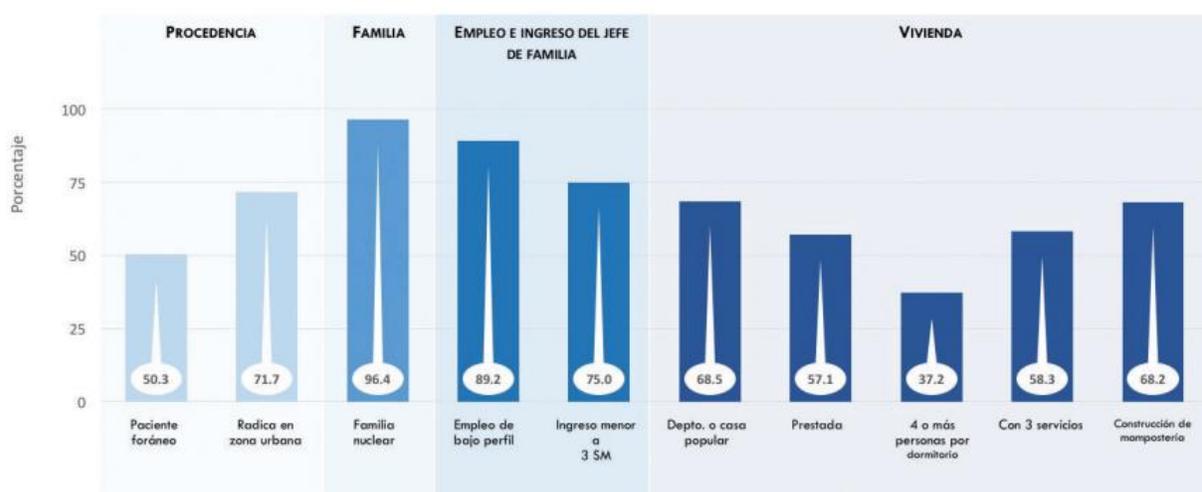
5

1.1.4.2 Perfil socioeconómico y condiciones de vida usuario INP

Año	Expedientes nuevos usuarios	Familia nuclear	Ocupación del jefe de familia e ingreso salarial		Procedencia		Vivienda				
			Empleo bajo perfil	Ingreso menor a 3 salarios mínimos	Paciente foráneo	Radica en zona urbana	Depto. o casa popular	Prestada	4 o más personas por dormitorio	Con 3 servicios	Construcción de mampostería
Por ciento											
2009	5,483	75.0	88.0	53.5	47.9	66.7	57.4	55.0	42.5	48.6	62.8
2010	5,431	72.5	90.5	66.5	45.7	75.5	56.5	54.9	39.9	50.7	69.2
2011	5,213	71.5	90.0	49.3	47.5	71.5	65.4	56.9	41.7	51.6	67.5
2012	5,292	48.0	89.5	67.5	51.0	70.2	64.9	58.3	47.9	58.3	65.9
2013	5,456	70.3	89.0	75.4	49.0	76.9	67.3	37.8	39.2	54.0	69.6
2014	5,719	70.0	89.0	81.0	49.0	74.8	66.0	53.6	40.6	57.5	69.0
2015	5,714	69.0	89.0	80.0	49.0	75.0	69.0	57.0	38.0	59.0	66.0
2016	6,088	96.4	89.2	75.0	50.3	71.7	68.5	57.1	37.2	58.3	68.2

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 1. Perfil socioeconómico, Usuario INP



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Gráfica 1. Condiciones de vida en el paciente INP, 2016

1.1.4.3 Procedencia de las familias

La atención del Instituto Nacional de Pediatría se centra en 11 entidades federativas que polarizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes con enfermedades complejas; es decir, el INP es de vital importancia para estas entidades y su población infantil y adolescente, convirtiéndose en el principal centro de referencia de alta especialidad. ⁵

De acuerdo al informe de pobreza de la CONEVAL, las entidades de: Guerrero, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Guanajuato, Morelos y Tlaxcala, tienen un porcentaje de su población en pobreza, con un nivel de carencia a los servicios básicos; contemplando que una persona es carente por acceso a los servicios de salud cuando no está afiliada o inscrita a una institución de salud pública o privada o no cuenta con un seguro privado de gastos médicos; bajo este precepto, en un rango del 16.0 al 26.0% de la población en estos estados, no tiene acceso a servicios de salud. ⁶

Pacientes foráneos											
Entidad Federativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Estado de México	1,541	1,388	1,506	1,424	1,446	1,396	1430	1,455	1,524	1,490	1,651
Guerrero	281	305	271	236	248	258	231	325	295	328	329
Veracruz	–	93	98	119	95	118	114	116	141	119	160
Hidalgo	166	185	149	111	117	93	104	111	118	127	121
Morelos	128	–	99	82	44	72	68	74	72	88	74
Puebla	–	94	–	79	69	–	80	80	113	119	119
Michoacán	–	–	–	69	75	88	77	81	82	80	89
Guanajuato	118	–	–	64	53	–	76	57	64	–	56
Oaxaca					86	65	71	74	73	88	107
Tlaxcala									–	96	79
Otros	666	578	587	315	252	389	279	289	350	300	295
Total	2,900	2,643	2,710	2,499	2,485	2,479	2,530	2,662	2,832	2,835	3,080

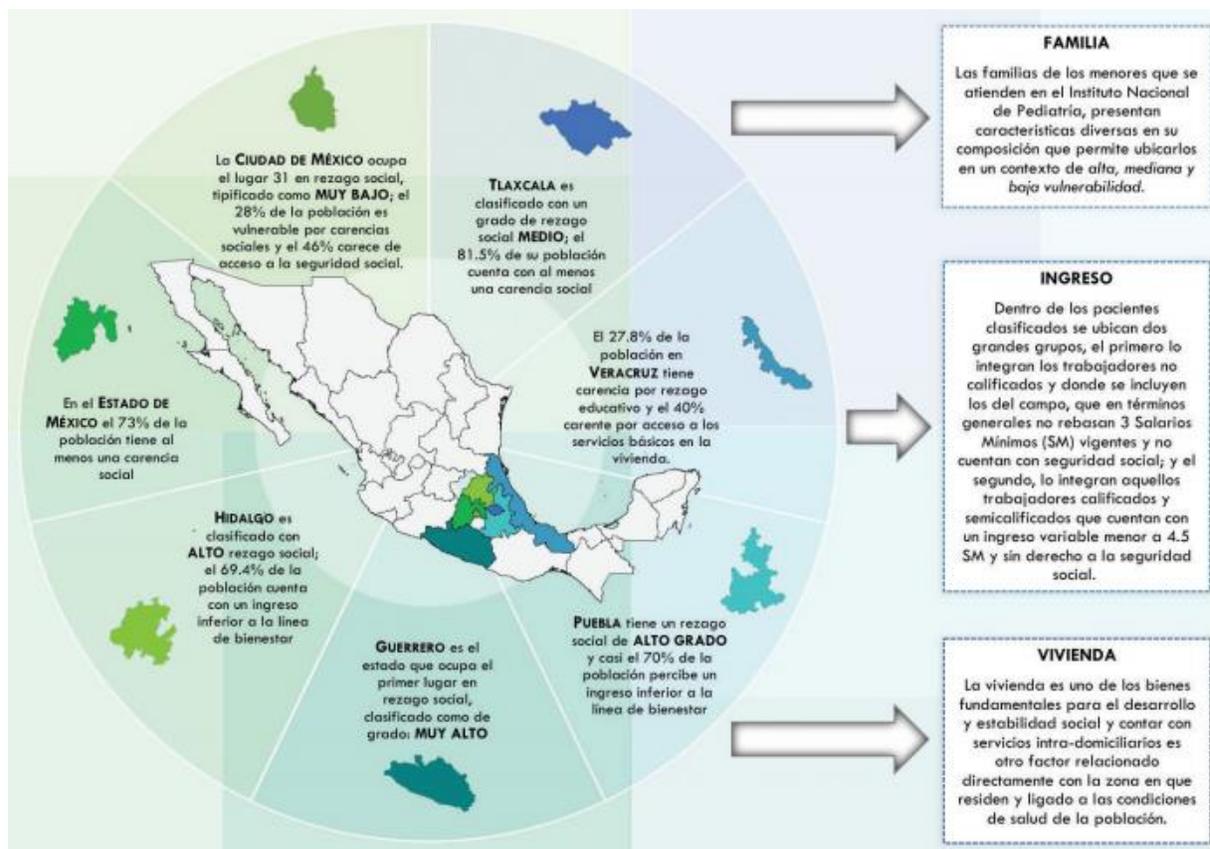
Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 2. Procedencia de las familias de pacientes foráneos

Pacientes Ciudad de México *											
Delegación	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tlalpan	616	545	548	581	579	496	516	557	571	578	604
Iztapalapa	659	552	571	537	563	510	489	520	486	523	522
Coyoacán	431	385	373	418	424	367	398	349	377	358	352
Xochimilco	309	264	272	296	285	253	236	274	286	261	264
Álvaro Obregón	234	229	214	252	201	223	212	226	234	230	243
Tláhuac	192	171	177	203	186	196	168	191	213	197	194
Magdalena Contreras	182	-	148	157	166	-	158	132	154	149	163
Gustavo A. Madero	-	-	112	107	104	-	105	111	90	114	117
Otras	608	730	465	433	438	689	480	434	476	469	491
Total	3,231	2,876	2,880	2,984	2,946	2,734	2,762	2,794	2,887	2,879	2,950

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 3. Procedencia de las familias de pacientes de la Ciudad de México por alcaldía

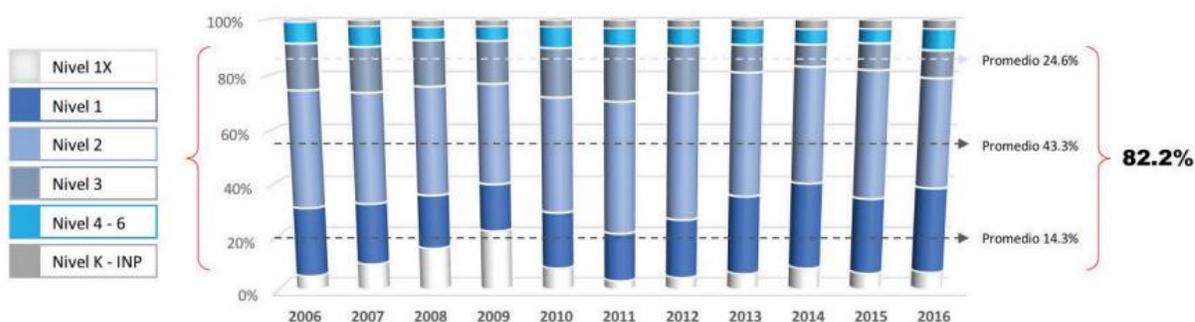


Fuente: Indicadores de bienestar por entidad federativa. INEGI

Figura 1. Mapa de Cobertura de Atención del Instituto Nacional de Pediatría (Principales Estados)

1.1.4.4 Clasificación por nivel socioeconómico pacientes de primera vez

En el periodo de 2006 a 2016, se abrieron 61,639 nuevos expedientes en el INP, con un promedio anual de 5,600 nuevos pacientes, de los cuales casi el 80% se encuentran clasificados, de acuerdo al estudio socioeconómico practicado, en los niveles 1X, 1N y 2N; es decir, en los niveles que recibe subsidio del 87 al 100% en el costo de la atención. ⁵



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

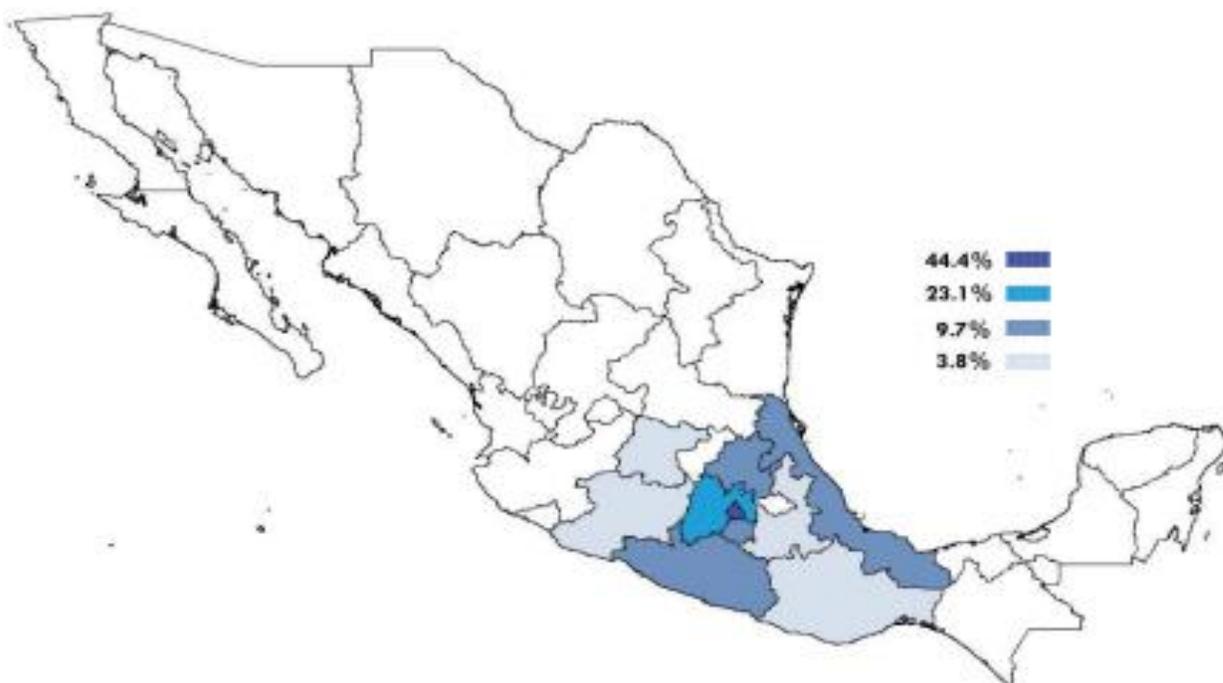
Gráfica 2. Descripción porcentual de pacientes de primera vez. Según clasificación por nivel socioeconómico

1.1.4.5 Procedencia de los pacientes de primera vez

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ciudad de México	7,340	6,872	6,405	6,130	5,048	5,365	3,439	6,288
Estado de México	3,769	3,429	3,299	3,081	2,685	2,755	2,171	3,501
Morelos	266	157	162	185	128	138	120	152
Guerrero	548	527	460	479	487	495	416	663
Hidalgo	281	307	257	252	222	213	152	243
Veracruz	277	222	268	247	198	222	209	375
Guanajuato			136	131				
Puebla	196	193	161	183	131	188	191	239
Oaxaca	146	148			128	119	226	180
Michoacán	186	172	183	158	154	161	94	194
Otras entidades	529	602	585	533	474	526	426	3360
Extranjeros	2	14	5	4	1	1	2	0
Ignorados	2,164	1,238	2,451	2,237	2,404	2,069	1,919	2,657
Total	15,804	13,881	14,372	13,620	12,060	12,252	9,365	15,195

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 4. Procedencia de los pacientes de primera vez



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Figura 2. Mapa de consulta de primera vez, principales estados de procedencia de los usuarios INP

1.1.4.6 Atención educativa

Nivel de escolaridad		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atención de pacientes escolaridad INP	Preescolar			892	964	881	363	533	485	494
	Primaria			2,738	2,845	2,304	1,299	1,369	1,516	1,481
	Secundaria			1,109	1,123	882	449	532	715	529
	Preparatoria			406	382	307	149	193	355	216
	No asisten a la escuela			1,918	1,855	1,263	1,123	1,139	1,436	814
	Otros niveles			362	468	283	131	107	61	55
Total		4,104	6,922	7,425	7,637	5,920	3,514	3,873	4,569	3,589
Programa "sigamos aprendiendo en el Hospital"						786	1,018	310	439	175
Actividades educativas		12,004	11,962	13,435	13,538	12,916	10,403	9,087	12,773	9,185
Campañas de Promoción para la salud (participantes)						2,246	2,201	5,837	6,911	4,114

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 5. Atención educativa, pacientes hospitalizados y ambulatorios

1.1.5 Investigación

1.1.5.1 Impacto médico y social en los procesos de investigación

1.1.5.1.1 Impacto directo en pacientes reclutados en proyectos

1.1.5.1.1.1 Diagnóstico

Durante el desarrollo de los proyectos de investigación en seres humanos, los pacientes reciben el beneficio del diagnóstico con tecnología de punta, no siempre utilizada de manera rutinaria, que complementa su diagnóstico clínico o permitiendo descartar diagnósticos alternativos, mejorando las decisiones de manejo. Estas pruebas no tienen costo para los pacientes y frecuentemente tampoco para el INP, dado que tienen apoyo con recursos externos; cuando estas pruebas tienen costo para el INP, éste es mucho más bajo, dado que se omiten los precios de la comercialización y los intermediarios. ⁵

1.1.5.1.1.2 Tratamiento/manejo clínico/vacunación

Todos los pacientes que participan en estudios de evaluación de medicamentos terapéuticos o coadyuvantes y/o de biológicos preventivos (vacunas) reciben manejo clínico sin costo (si son proyectos de la industria), o garantizando un bajo costo dependiendo del nivel socioeconómico. ⁵

1.1.5.1.2 Impacto indirecto

1.1.5.1.2.1 Publicaciones en revistas de divulgación o de alto impacto científico

La difusión de los resultados de investigación básica, clínica y epidemiológica en revistas científicas de nivel internacional, permite dar a conocer información valiosa sobre mecanismos fisiopatogénicos, marcadores de daño o predisposición a éste, frecuencia de enfermedades y factores de riesgo (como hábitos, exposición a contaminantes o agentes infecciosos) entre otros. Todo esto avalado por el sistema de evaluación de estas publicaciones, que es por pares expertos; por ello, las publicaciones en revistas de difusión internacional (principalmente de los niveles III

al VII), avalan la calidad de la información y por ende al INP como institución proveedora de información biomédica y médica de calidad.

Esta información se suma al bagaje de conocimiento internacional, permitiendo, por ejemplo, que la Organización Mundial de la Salud, cuente con información confiable para proponer medidas internacionales para la erradicación o el control de enfermedades. No es posible medir el impacto que cada publicación del INP tiene en este sentido, habría que determinar qué información en particular fue utilizada por diversas instituciones relacionadas con la salud. Por ello, actualmente se usan las citas a las publicaciones como medida de su impacto, que si bien no permite determinar cuál es el impacto cualitativo, sí permite tener una idea de la visibilidad de la información que genera el instituto. El número de citas a las 1,696 publicaciones del INP en la base Scopus desde 1955 (que abarca el 40% de las publicaciones del área biomédica) a la fecha es de 17,877. ⁵

1.1.5.1.2.2 Publicaciones en revistas de “bajo” impacto, los libros y los capítulos de libros

Las publicaciones en revistas consideradas de bajo impacto (por tener una difusión más bien nacional, no por ser de baja calidad científica), los libros y los capítulos de libros de corte médico o biomédico, suelen tener un impacto más directo en la práctica médica. Un ejemplo es la revista Acta Pediátrica de México, editada por el INP, que es consultada con mucha frecuencia (número de consultas en el periodo enero diciembre de 2016: 21,026 visitas, por 16,041 usuarios), ocupando el segundo lugar de las revistas médicas del país. Tampoco es fácil determinar el uso que se le da a la información difundida por este medio, pero el número de consultas sugiere que es útil para los médicos que atienden a pacientes del área pediátrica y perinatal. Cabe resaltar que la revista tiene difusión en Iberoamérica. ⁵

Líneas de Investigación	Proyectos registrados										Total
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Enfermedades infecciosas	28.2	13.3	20.8	33.8	12.5	25.3	9.5	13.4	8.6	17.7	18.6
Alergia, inmunología, reumatología	5.1	13.3	3.9	8.1	28.6	13.9	14.3	11.0	8.6	17.7	12.2
Enfermedades Oncológicas	12.8	15.0	15.6	32.4	28.6	16.5	11.9	8.5	14.3	16.1	17.3
Farmacología, evaluación de drogas y biológicos	7.7	6.7	6.5					2.4	12.9	12.9	4.8
Innovación, Metodología y Educación								2.4	0.0	11.3	1.4
Neurociencias	12.8	20.0	20.8	10.8	1.8	2.5	16.7	18.3	10.0	9.7	12.3
Cirugía y trasplantes							14.3	7.3	5.7	6.5	3.1
Enf. de la Nutrición	7.7	5.0	5.2	9.5	7.1	3.8	9.5	7.3	15.7	3.2	7.3
Salud Reproductiva								1.2	4.3	3.2	0.9
Enf. Hereditarias y Congénitas	17.9	13.3	20.8	5.4	21.4	38.0	19.0	13.4	14.3	1.6	16.7
Accidentes, maltrato y violencia								2.4	2.9	0.0	0.6
Enfermedades renales de la Infancia		5.0	1.3								0.6
Otros	7.7	8.3	5.2				4.8	12.2	2.9	0.0	4.1
Total de proyectos	39	60	77	74	56	79	42	82	70	62	641

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 6. Principales líneas de investigación

Tipo de ICM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2015		2016	
									Evaluatedos vigentes	Evaluatedos no vigentes	Evaluatedos vigentes	Evaluatedos no vigentes	Evaluatedos vigentes	Evaluatedos no vigentes
ICM "A"	34	34	30	36	22	18	25	22	16	7	13	3	17(21)*	0
ICM "B"	36	36	26	37	40	43	46	46	35	3	34	5	28(30)*	5
ICM "C"	27	27	24	26	22	22	31	33	34	2	37	3	40(41)*	3
ICM "D"	26	26	20	17	19	22	24	26	29	1	30	-	30(31)*	0
ICM "E"	3	3	2	5	1	1	0	0	0	-	0	-	0	0
ICM "F"	8	8	6	5	3	3	3	2	4	-	3	1	2	1
Emérito	0	0	1	1	1	1	1	1	1	-	1	-	1	0
Total	134	134	109	127	108	110	130	130	119	13	118	12	117	9
									132		130		126	
Investigadores en el Sistema Nacional (SNI)														
Candidatos	7	8	13	14	16	18	15	17	8		13		14	
Nivel I	16	20	23	33	35	45	48	50	54		62		72	
Nivel II	7	6	4	4	4	5	4	4	4		7		10	
Nivel III	1	1	2	1	2	2	2	2	3		3		3	
Total	31	35	42	52	57	70	69	73	69		85		99**	
Relación ICM/SNI	4.3	3.8	2.6	2.4	1.9	1.6	1.9	1.8	1.8		1.4		1.3	

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 7. Investigadores con plaza de ICM. Investigadores en el SIN

1.1.6 Enseñanza

1.1.6.1 Alumnos de pregrado y posgrado

El fortalecimiento del modelo educativo es una constante en la vida académica institucional, parte de su filosofía se centra en la integración de la investigación, en el desempeño docente incidiendo y modificando el modelo de atención pediátrica; para la Dirección de Enseñanza es claro que lo que se investiga, debe enseñarse y debe transformar día a día la praxis médica pediátrica a través de la mentoría que los profesores ejercen con los médicos residentes y alumnos de las otras áreas de la salud para que este acompañamiento académico pueda ser significativo y concluyente en su formación, así como lograr que los espacios académicos de carácter transdisciplinario y compartidos por los profesores, los médicos residentes, las enfermeras y otros profesionales del área de la salud, cada uno trabajando en la elaboración de sus propios marcos de conocimiento para la adquisición de las competencias propias de su perfil profesional y que la suma de estas favorezcan la seguridad en la atención de los pacientes. 5

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Graduados / Egreso											
Cursos de Pregrado	339	371	373	457	566	732	616	541	366	445	408
Servicio Social	30	18	12	17	39	56	38	33	69	83	61
Internado de Pregrado	30	20	33	16	24	20	50	10	1	3	10
Total	399	409	418	490	629	798	704	584	436	531	479
Ingreso											
Cursos de Pregrado	395	409	489	474	608	654	616	541	448	415	408
Servicio Social	10	36	16	32	55	43	38	50	102	64	61
Internado de Pregrado	30	34	28	15	24	20	50	10	1	3	10
Total	435	479	533	521	687	717	704	601	551	482	479

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 8. Alumnos de pregrado. Egreso e ingreso según programas

Graduados	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Especialidades de entrada directa	41	42	39	47	49	56	48	50	54	58	56
Especialidades de entrada indirecta	42	55	69	63	56	79	73	75	71	62	72
Postgrado médicos especialistas	14	17	18	17	16	19	16	25	21	23	25
Cursos avanzados	3	2	6	3	2	3	3	1	1	1	0
Total	99	116	132	130	123	153	140	151	147	144	153
Ciclo escolar											
Ingreso	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
Especialidades de entrada directa	49	52	50	52	56	59	58	54	57	56	
Especialidades de entrada indirecta	71	62	86	78	77	78	69	72	94	83	
Postgrado médicos especialistas	20	17	21	19	17	26	24	20	25	24	
Cursos avanzados	8	3	2	3	4	1	1	2	1	-	
Total	148	134	159	152	154	164	152	148	177	163	

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Tabla 9. Alumnos de posgrado. Graduados e ingreso según programas

1.1.6.2 Vinculación institucional

1.1.6.2.1 Programa de Telemedicina

A través de la red de los INSALUD y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, para tele consulta y tele educación. 5

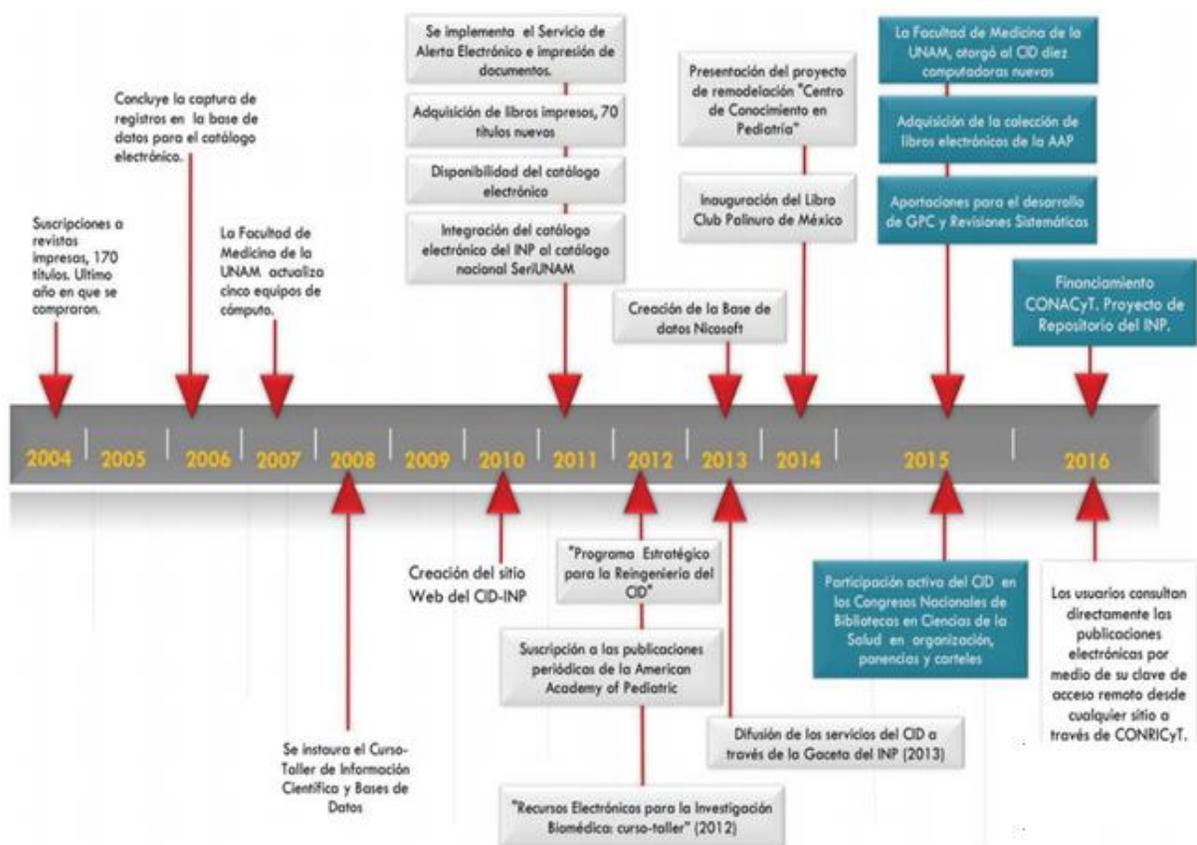
1.1.6.2.2 Vinculación para la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en diversas instituciones públicas y privadas

Vinculación con Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Médico Naval, Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana Campus Xochimilco, Universidad Anáhuac, Universidad Westhill, Instituto Teletón de Estudios Superiores en Rehabilitación, Boston Children's Hospital, Children's Hospital of Philadelphia, Cincinnati Children's Hospital Medical Center.

El INP ofrece apoyo académico a 40 cursos de pediatría, especialidades pediátricas médicas y quirúrgicas del país que no cuentan con todas las áreas de especialización pediátrica; en 2016, acudieron un total de 517 alumnos, 509 nacionales y 8 extranjeros. 5

1.1.6.3 Otras áreas de enseñanza y capacitación

Adicional a esto el instituto cuenta con proyectos de investigación In - Situ para profesores de posgrado, programas de profesionalización de la docencia, centros de adiestramiento, educación continua y capacitación un Centro de Información y documentación científica (CID) y el Acta Pediátrica. 5



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Figura 3. Línea del tiempo del Centro de Información y Documentación Científica (CID)



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Figura 4. Línea del tiempo del Acta Pediátrica de México

1.1.7 Atención médica

1.1.7.1 Recursos Humanos

	2015	2016	2017	2018
Médicos	195	195	195	201
Médicos Residentes	187	187	187	187
Enfermeras	817	817	817	832
De confianza	44	44	44	44
Especialistas	347	394	408	417
Generales	359	336	330	328
Auxiliares de enfermería	67	43	35	43
Personal de Apoyo a la atención e investigación	746	746	746	746
Plantilla total INP	2,630	2,630	2,630	2,641

Fuente: Informe anual 2018. Dirección de Administración, INP

Tabla 10. Plantilla total del personal de salud del INP

1.1.7.2 Consulta Externa

	2015	2016	2017	2018
Preconsultas	19,217	16,367	14,303	14,192
De primera vez	9,365	15,195	5,705*	5,386
Subsecuentes	96,721	97,738	112,924**	126,665
Procedimientos	92,572	77,072	72,434	48,860
Subtotal	217,875	206,372	205,366	195,103
Urgencias (valoraciones)	38,958	39,044	36,804	35,832
Total	256,833	245,416	242,170	230,931

Fuente: Informe anual 2018. Dirección de Administración, INP

Tabla 11. Consultas otorgadas por los servicios de Consulta Externa

No	2006		2008		2010		2012		2014		2016						
	Causas	Tasa	Causas	Tasa	Causas	Tasa	Causas	Tasa	Causas	Tasa	Causas	Tasa					
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18.3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	19.1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18.2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17.3					
2	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7.5	Trastornos mentales y del comportamiento	7.8	Trastornos mentales y del comportamiento	8.4	Tumores (Neoplasias)	7.6	Trastornos mentales y del comportamiento	10.9	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios médicos	10.6					
3	Trastornos mentales y del comportamiento	7.3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.2	Enfermedades del sistema nervioso	6.7	Trastornos mentales y del comportamiento	7.5	Tumores (Neoplasias)	6.2	Trastornos mentales y del comportamiento	8.4					
4	Enfermedades del sistema nervioso	7.2	Enfermedades del sistema respiratorio	5.8	Tumores (Neoplasias)	6.3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.1	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.9					
5	Tumores (neoplasias)	6.3	Tumores (Neoplasias)	5.7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.1	Traumatisms, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	6.1	Traumatisms, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4.8	Tumores (Neoplasias)	6.1					
CINCO PRINCIPALES CAUSAS																	
		46.6			42.4			46.6			46.1			44.5			49.3
6	Enfermedades del sistema respiratorio	4.8	Enfermedades del sistema nervioso	5.1	Traumatisms, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5.0	Enfermedades del sistema nervioso	5.3	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.7	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5.2					
7	Enfermedades del sistema genitourinario	4.5	Enfermedades del ojo y sus anexos	3.7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.8	Enfermedades del ojo y sus anexos	5.1	Enfermedades del sistema genitourinario	4.6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5.0					
8	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.0	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3.7	Enfermedades del ojo y sus anexos	4.2	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.9	Enfermedades del sistema nervioso	4.4	Traumatisms, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4.4					
9	Enfermedades del ojo y sus anexos	3.7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3.7	Enfermedades del sistema genitourinario	4.2	Enfermedades del sistema genitourinario	4.6	Enfermedades del sistema respiratorio	4.3	Enfermedades del sistema genitourinario	4.3					
10	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3.7	Enfermedades del sistema genitourinario	3.6	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3.8	Enfermedades del sistema respiratorio	3.6	Enfermedades del ojo y sus anexos	3.5	Enfermedades del sistema nervioso	4.2					
TOTAL CONSULTAS																	
		17,438			20,142			15,071			13,620			12,252			15,195

Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Cuadro 1. Principales causas de consulta externa por especialidades 2006 - 2016

No	2017			2018		
	Causas	Casos	Tasa	Causas	Casos	Tasa
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,323	16.2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,398	15.6
2	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios médicos	1,681	11.8	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios médicos	1,758	11.4
3	Trastornos mentales y del comportamiento	1,422	9.9	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	1,382	9.0
4	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	972	6.8	Trastornos mentales y del comportamiento	1,056	6.9
5	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	935	6.5	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,050	6.8
51.3 %			49.7 %			
6	Tumores (Neoplasias)	915	6.4	Tumores (Neoplasias)	769	5.0
7	Enfermedades del sistema genitourinario	714	5.0	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	702	4.6
8	Enfermedades del sistema nervioso	644	4.5	Enfermedades del sistema nervioso	686	4.5
9	Enfermedades del sistema respiratorio	562	3.5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	640	4.2
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	500	3.4	Enfermedades del sistema genitourinario	598	3.9
14,303			15,358			

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico. Dirección Médica, INP

Cuadro 2. Principales causas de consulta externa por especialidades 2017 - 2018

1.1.7.3 Atención de Urgencias



Fuente: Informe anual de Junta de Gobierno 2006-2016. Departamento de Trabajo Social. Dirección Médica INP

Figura 5. Principales causas de demanda de atención, urgencias calificadas. Lista detallada. Tasa por 100 pacientes atendidos

1.1.7.4 Ingresos y Egresos

Entidad federativa	2015	2016	2017	2018
Ciudad de México	3,439	6,288	6,140	7,194
Estado de México	2,171	3,501	3,668	3,793
Guerrero	416	663	685	884
Veracruz	209	375	331	435
Hidalgo	152	243	299	295
Oaxaca	226	180	250	276
Puebla	191	239	253	272
Morelos	120	152	202	216
Michoacán	94	194	166	208
Querétaro			127	105
Otras entidades	426	3360	511	624
Extranjeros	2	0	0	0
Ignorados	1,919	2,657	1,671	1,056
Total	9,365	15,195	14,303	15,358

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Tabla 12. Consulta de primera vez que ingresó al instituto. Procedencia

N°	2017			2018		
	Causas	Casos	Tasa	Causas	Casos	Tasa
1	Tumores (Neoplasias)	1,676	24.0	Tumores (Neoplasias)	1,488	24.5
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,168	16.7	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,076	17.7
3	Enfermedades del sistema digestivo	741	10.6	Enfermedades del sistema digestivo	522	8.6
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	576	8.3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	507	8.3
5	Enfermedades del sistema respiratorio	553	7.9	Enfermedades del sistema respiratorio	455	7.5
67.5 %			66.6 %			
6	Enfermedades del sistema genitourinario	434	6.2	Enfermedades del sistema genitourinario	403	6.6
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	366	5.2	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	338	5.6
8	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	346	5.0	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	310	5.1
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	241	3.5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	215	3.5
10	Ciertas afecciones infecciosas y parasitarias	219	3.1	Enfermedades del sistema nervioso	183	3.0
6,981			6,072			

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Cuadro 3. Principales diagnósticos al Egreso Hospitalario

Procedencia	2015	2016	2017	2018
Ciudad de México	3,273	3,531	2,958	2,411
Estado de México	2,211	2,215	1,950	1800
Guerrero	462	496	477	432
Oaxaca	147	173	186	184
Hidalgo	219	192	157	180
Veracruz	287	247	233	169
Puebla	172	182	183	162
Michoacán	166	146	180	103
Guanajuato	86			100
Morelos		119	98	85
Tlaxcala		70		
Otras entidades	493	459	559	373
Total	7,516	7,830	6,981	6,072

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Tabla 13. Procedencia de los Egresos Hospitalarios

1.1.8 Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado

La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del INP está integrada por un grupo interdisciplinario de profesionales especializados en el estudio de la violencia contra niñas, niños y adolescentes (NNA), incluyendo la prevención, detección, atención y seguimiento de los casos así como la atención a sus familias. Está conformada por diversas áreas, entre ellas pediatría, psicología, enfermería y trabajo social.

La clínica tiene una historia de 18 años, sin embargo desde hace 8 años, se inició un nuevo modelo que integra tres perspectivas articuladas: el enfoque de Derechos Humanos, el Modelo Ecológico y el Manejo Interdisciplinario. ⁵

1.1.8.1 Modelo de detección y atención en la CAINM

1.1.8.1.1 Enfoque de Derechos Humanos

Es indispensable en todos los temas en salud, y principalmente en el estudio y atención de la violencia contra NNA el establecimiento de la protección de los Derechos Humanos como como premisa fundamental para el abordaje de los pacientes y sus familias, buscando siempre en la atención el Interés Superior de la Infancia. ⁵

1.1.8.1.2 Modelo Ecológico de la OMS

Debido a la complejidad y multicausalidad de la violencia hacia NNA la OMS propone que los casos se analicen desde una mirada ecológica la cual estudia el conocimiento humano como un proceso continuo en un sistema dinámico, es decir, la explicación de la conducta humana se centra en factores históricos, sociales, biológicos, culturales, económicos y políticos en su relación con otros individuos y en su interacción con los distintos ambientes. Bajo este esquema el enfoque ecológico

también permitirá plantear la existencia de factores de riesgo y de protección y adoptar acciones preventivas identificando pacientes y familias con mayor riesgo. 5



Fuente: Guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS 2006

Figura 6. Modelo ecológico de los factores de riesgo compartidos por los subtipos de violencia interpersonal

1.1.8.1.3 Enfoque Interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario es una postura por la pluralidad y constituye una verdadera sistematización de conocimientos desde diversas disciplinas; es el estudio y la comprensión integral de las causas y consecuencias de un fenómeno dado, así como las propuestas para la atención a dicho problema. En la CAINM los pacientes y sus familias son atendidos con este enfoque, el equipo realiza una valoración interdisciplinaria donde se indaga la presencia o ausencia de indicadores asociados a maltrato infantil y posteriormente cada profesional (pediatra, psicólogo, trabajador social) realiza una valoración desde su área, con el objetivo de complementar la primera valoración y de obtener un consenso que permita brindar una adecuada

detección, atención y seguimiento de los casos, esto también para proponer métodos de prevención. 5

1.1.8.2 Modelo de prevención en la CAINM

Este modelo tiene la finalidad de reorientar los servicios de salud hacia una prevención participativa, incluyente, vinculativa y que a su vez comparta responsabilidades entre los sectores involucrados, demandando nuevos perfiles del personal de salud con una base más fuerte en ciencias sociales y en metodologías participativas, con conocimiento y habilidades para trabajar con otros sectores, convocar a la comunidad y a otros grupos, participar en comités intersectoriales, así como potencializar las habilidades y fortalezas de la comunidad a través del acercamiento y la comunicación, en el caso de la violencia contra NNA la identificación de grupos vulnerables, el conocimiento y vigilancia de factores de riesgo y protección de una población determinada. 5

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN. DIAGNÓSTICO DE SALUD.

2.1 Contexto de la Salud y contribución del INP

2.1.1 La Salud en el entorno actual

Mejorar las condiciones de salud de la población es el objetivo principal del Sistema de Salud en México, la crisis actual del sistema no puede explicarse sin considerar los problemas económicos del país, además de la transición demográfica, tecnológica, de riesgos y epidemiológica que se vive de manera acelerada desde hace 50 años. En este contexto, las reformas al sistema se han focalizado en mejorar el acceso mediante la extensión del aseguramiento y expandir la protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos que derivan de los costos asociados a los servicios de salud.

Aún con las reformas y políticas de salud, el rápido cambio de las condicionantes que determinan el estado de salud de la población, incrementa la incertidumbre sobre la focalización del sistema. Por ejemplo, los altos costos operacionales, el crecimiento de la población y el incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónico degenerativas amplían la presión y confinan las alternativas de solución.

La relación pobreza - salud es intrínsecamente directa y al mismo tiempo, se potencializa la probabilidad de presentar enfermedades que generen un gasto catastrófico en el ingreso familiar, dando como resultado una mayor dependencia a los servicios públicos de salud.

Se debe considerar el cambio epidemiológico que al día de hoy es paradójico, por un lado, la población infantil y adolescente presenta un incremento en enfermedades

crónico degenerativas, y al mismo tiempo, los avances en la medicina y la tecnología ha conllevado a la ampliación de la esperanza de vida y los años de vida saludable. 2

2.1.2 Epidemiología actual. Un problema de salud pública

Las principales causas de muerte y discapacidad ya no son las enfermedades infecciosas, sino las Enfermedades No Transmisibles (ENT), que representan una gran carga. Esta transición epidemiológica es el resultado, entre otras causas, de las transiciones económicas y demográficas que han tenido lugar en las décadas recientes.

Simultáneamente, existen muchas enfermedades infecciosas que están subnotificadas y/o causan discapacidad, y por ende costos altos en días/perdidos y sobre todo problemas familiares/sociales. Las Enfermedades No Transmisibles frecuentemente se originan en las transmisibles. 2

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la agenda 2030, estableció dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) comprometiéndolo a los Gobiernos de los países miembros, establecer estrategias para reducir en una tercera parte la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Mientras que la mortalidad total en el mundo ha caído 56.9 por ciento entre 1960 y 2015, la mortalidad causada por las ENT se ha incrementado debido a una mayor incidencia de dichos padecimientos.

Tanto los gobiernos como las personas están gastando muchos recursos para tratar las Enfermedades No Transmisibles, ya que éstas tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida de los afectados, disminuyen la productividad y aumentan la tasa de discapacidad.

En México, las incidencias de Enfermedades No Transmisibles en NNA son las primeras causas de morbilidad y mortalidad. Malformaciones congénitas, Cáncer y Obesidad o sobrepeso son las de mayor ocurrencia.

La morbilidad institucional se focaliza en la atención de pacientes con padecimiento complejos que requieren alta especialización, entre ellos se encuentran las ENT como las principales causas de atención:

- Pacientes hemato - oncológicos
- Pacientes con enfermedades por depósito lisosomal
- Pacientes con inmunodeficiencias
- Pacientes con cardiopatías congénitas
- Pacientes con enfermedad renal crónica.

Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad son uno de los problemas de mayor peso en la carga de enfermedad en el mundo y se ha considerado como el quinto factor de riesgo en las causas de muerte. También nuestro país ocupa el cuarto lugar en obesidad infantil y el décimo en diabetes mellitus, de la cual se ha estimado que para el año 2030 tendrá el séptimo lugar. ^{7, 8}

En México, en los niños en edad escolar, se ha mostrado un paulatino crecimiento de estas condiciones entre 2006 y 2012, hasta alcanzar a más de 1 de cada 3 niños. El 26% de los que están en edad escolar (5-11 años) tenía peso poco saludable, y para el 2008 aumentó en 4 puntos porcentuales la prevalencia de sobrepeso y obesidad, alcanzando en el 2012 hasta un 34.4% (sobrepeso 19.8%; obesidad 14.6%). ⁹

En el INP, las enfermedades endocrinológicas se encuentran dentro las primeras 5 causas de morbilidad en consulta externa donde la obesidad y desnutrición son un problema de salud pública y que normalmente se encuentran relacionadas con una o más patologías base de alta complejidad.

Para ello, es de vital importancia contar con el apoyo suficiente a través de los proyectos de inversión en equipamiento, mejora y desarrollo de infraestructura que responda ante los cambios planteados; además de promover la formación de más profesionales de la salud en el área clínica y administrativa con facultades teóricas y técnicas para el desarrollo de óptimas prácticas, con la finalidad de mejorar la calidad en la investigación, docencia clínica, y sobre todo en función de la población usuaria.

Para poder replantear este nuevo esquema, es indispensable contar con más recursos humanos y tecnológicos y con ello, poder afinar la oferta de soluciones novedosas, formación de recursos humanos y servicios de salud en busca de la mejora de la calidad y seguridad del paciente infantil y adolescente en México. ²

N°	2017			2018		
	Causas	Defunciones	Tasa	Causas	Defunciones	Tasa
1	Tumores (Neoplasias)	47	28.3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	39	26.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	33	19.9	Tumores (Neoplasias)	38	25.7
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	15	9.0	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	13	8.8
4	Enfermedades del sistema digestivo	14	8.4	Ciertas afecciones infecciosas y parasitarias	10	6.8
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14	8.4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9	6.1
74.0 %			73.8 %			
6	Enfermedades del sistema respiratorio	12	7.2	Enfermedades del sistema respiratorio	9	6.1
7	Ciertas afecciones infecciosas y parasitarias	11	6.6	Enfermedades del sistema nervioso	8	5.4
8	Enfermedades del sistema circulatorio	9	5.4	Enfermedades del sistema digestivo	7	4.7
9	Enfermedades del sistema nervioso	3	1.8	Enfermedades del sistema genitourinario	5	3.4
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3	1.8	Enfermedades del sistema circulatorio	3	2.0
Defunciones: 166 Egresos: 6,981			Defunciones: 148 Egresos: 6,072			
Tasa bruta de mortalidad X 100 egresos: 2.4			Tasa bruta de mortalidad X 100 egresos: 2.4			

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Cuadro 4. Principales causas de mortalidad en el INP

Constante Hospitalaria	2015	2016	2017	2018
Egresos Hospitalarios	7,516	7,830	6,981	6,072
Ocupación en por ciento	89.4	90.1	90.3	74.7
Promedio de estancia en días	11	10	11	11
Total de camas censables	235	243	243	243
Índice de rotación	31	32	29	25
Intervalo de sustitución	1.3	1.1	1.2	3.7
Tasa bruta de mortalidad hospitalaria	2.1	1.7	2.4	2.4
Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria	1.9	1.5	2.1	2.1
Tasa de incidencia de infecciones nosocomiales	7.6	7	9.73	7.9
Incidencia o razón de infecciones nosocomiales en terapia intensiva	10.8	13.4	18.38	15.4
Interconsultas	11,439	10,508	12,168	8,905

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Tabla 14. Principales indicadores hospitalarios del INP

Concepto	Subdirección de Área				Anual General
	MC	HO	MD	CX	
Camas censables	18	39	109	77	243
Ingresos	288	1,404	2,259	2,384	6,335
Egresos	283	1361	2,144	2,284	6,072
Días cama	6,570	14,235	39,785	28,105	88,695
Días paciente	4,250	13,820	29,999	18,152	66,221
Promedio de días paciente	15	10	14	8	11
Porcentaje de ocupación	64.7	97.1	75.4	64.6	74.7
Intervalo de sustitución	8.2	0.3	4.6	4.4	3.7
Índice de rotación de camas	16	35	20	30	25
Defunciones	20	34	72	22	148
Tasa de defunción ajustada	5.3	2.4	2.8	1.0	2.1

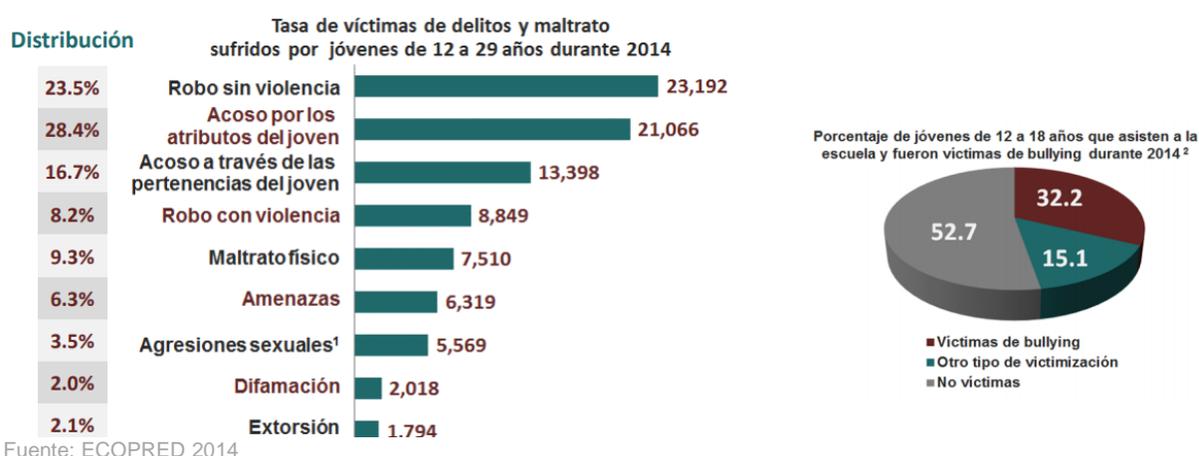
MC= Medicina Crítica; HO= Hemato-Oncología; MD= Medicina; CX= Cirugía

Fuente: Informe anual 2018. Archivo Clínico, Dirección Médica. INP

Tabla 15. Principales indicadores hospitalarios del INP por subdirección de área

2.1.2.1 Epidemiología del Maltrato Infantil en México

México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios cometidos en contra de menores de 14 años de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁰ Según la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) 2014 se estima que durante ese año se generaron 19.8 millones de delitos y actos de maltrato asociados a 4.5 millones de víctimas de 12 a 29 años en las 47 ciudades de interés. Lo anterior representa una tasa de 4.4 delitos y maltratos por cada joven victimizado, así como una tasa de prevalencia de 46,426 víctimas por cada cien mil jóvenes de esta edad durante 2014.¹¹



Gráfica 3. Tasa de víctimas de delitos y maltrato sufridos por jóvenes de 12 – 29 años durante 2014

2.1.2.2 Estadística y epidemiología del Maltrato Infantil en la CAINM

Se encuentran registrados en la base de datos de CAINM del 2013 al 2019, 896 pacientes a los cuales se les da seguimiento o se mantienen en vigilancia.

Durante el 2019 se recibieron 214 interconsultas al servicio, se registró el 100% de las mismas en la base de datos y se mejoró el archivo físico conservando el 95% de las solicitudes recibidas para su consulta.

Se atendió o agendó cita a la consulta externa a todos los pacientes recibidos de los cuales 182 eran casos nuevos y al localizar pacientes para reagendar en caso de no acudir únicamente 25 de ellos no acudieron a la entrevista interdisciplinaria. En 5 de los casos, no se encontraron indicadores asociados a maltrato infantil y 9 pacientes aún continúan en proceso de valoración interdisciplinaria. Se encontró que 23 pacientes presentan FR para variedades de maltrato infantil por lo cual se encuentran en seguimiento, capacitación y educación para el buen trato la prevención específica de cada variedad. Se realizó el diagnóstico y atendió el maltrato infantil en 120 pacientes de los cuales el 46 % presentó 1 variedad de maltrato y el 54 % presentó 2 o más variedades. La variedad más común en la clínica fue la negligencia y/o abandono. ¹²

2014				
SEXO		EDAD	TIPOS MÁS FRECUENTES DE MALTRATO	NOTIFICACIÓN
Mujeres	Hombres	1 año 1 mes a 6 años	Negligencia y abandono	Total de casos notificados
50%	50%		Abuso sexual	
Total de niñas, niños y adolescentes atendidos en el año 2014 por diversos tipos de maltrato, documentados en la base de datos del protocolo de Investigación "Factores asociados al Maltrato Infantil".			Abuso físico	12.6%
			Otros tipos de maltrato:	
			Síndrome de Münchausen	
			Abuso psicológico	
			Acoso escolar	
			Abuso físico y negligencia	
2015				
SEXO		EDAD	TIPOS MÁS FRECUENTES DE MALTRATO	NOTIFICACIÓN
Mujeres	Hombres	1 año 1 mes a 6 años	Negligencia y abandono	Total de casos notificados
51%	49%		Abuso sexual	
Total de niñas, niños y adolescentes atendidos en el año 2015 por diversos tipos de maltrato, documentados en la base de datos del protocolo de Investigación "Factores asociados al Maltrato Infantil".			Abuso físico	16.1%
			Otros tipos de maltrato:	
			Síndrome de Münchausen	
			Abuso Psicológico	
			Acoso escolar	
			Antecedente de abuso sexual	
			Abuso físico y negligencia	
			Antecedente de violación sexual	
			Antecedente de negligencia y abandono	
2016				
SEXO		EDAD	TIPOS MÁS FRECUENTES DE MALTRATO	NOTIFICACIÓN
Mujeres	Hombres	1 año 1 mes a 6 años.	En valoración por maltrato infantil	Total de casos notificados
46.29%	53.70%		Negligencia y abandono	
Total de niñas, niños y adolescentes atendidos en el año 2016 por diversos tipos de maltrato, documentados en la base de datos del protocolo de Investigación "Factores asociados al Maltrato Infantil".			Abuso sexual	25%
			Otros tipos de maltrato:	
			Abuso físico	
			Violencia familiar	
			Antecedente de abuso sexual	
			Violencia familiar y negligencia	
			Acoso escolar	

Fuente: Presentación del Modelo e Informe de Actividades, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP). Julio 2017

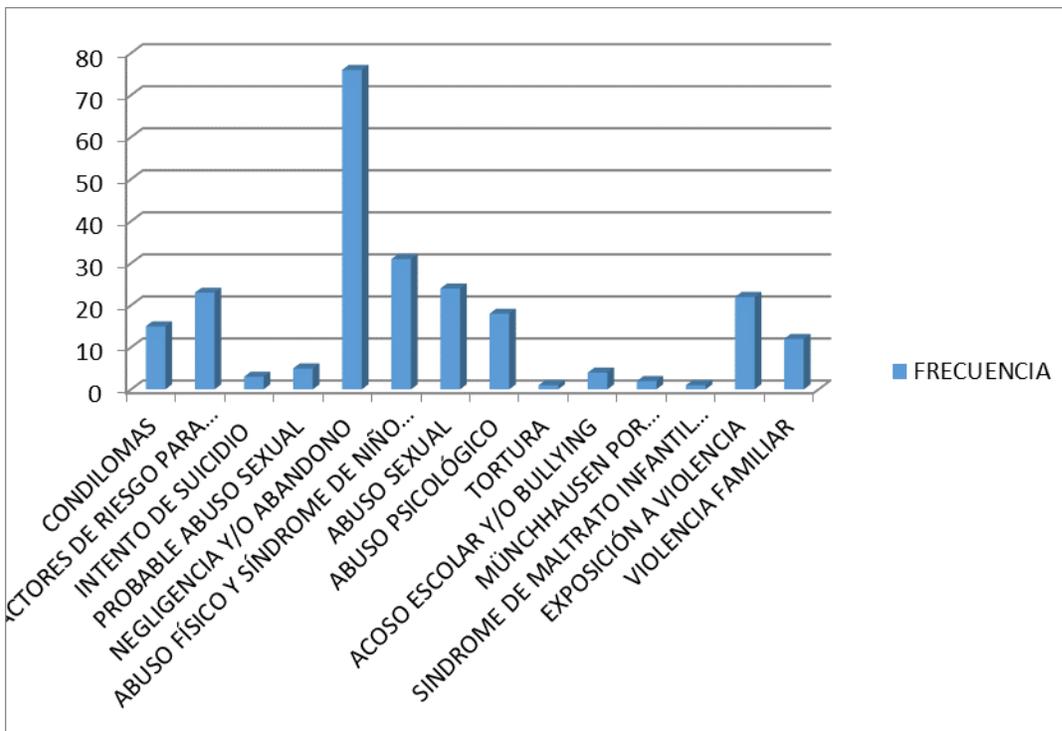
Cuadro 5. Tipos de Maltrato Infantil más frecuentes, CAINM 2014 -2016

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
CONDILOMAS	15
FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO INFANTIL	23
INTENTO DE SUICIDIO	3
PROBABLE ABUSO SEXUAL	5
NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO	76
ABUSO FÍSICO Y SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO	31
ABUSO SEXUAL	24
ABUSO PSICOLÓGICO	18
TORTURA	1
ACOSO ESCOLAR Y/O BULLYING	4
MÜNCHHAUSEN POR PODER/TRASTORNO FACTICIO APLICADO A	2

OTRO	
SINDROME DE MALTRATO INFANTIL SIN ESPECIFICAR	1
EXPOSICIÓN A VIOLENCIA	22
VIOLENCIA FAMILIAR	12

Fuente: Reporte Anual 2019, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Tabla 16. Frecuencia de Maltrato Infantil en la CAINM 2019 según la variedad de presentación



Fuente: Reporte Anual 2019, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Gráfica 4. Frecuencia de Maltrato Infantil en la CAINM 2019 según la variedad de presentación

2.2 Alcance Geográfico del INP

El INP tiene alcance geográfico a nivel nacional, teniendo a la población de Ciudad de México como principal demandante de atención con el 50.4% y el Estado de México que representa el 26.6%, ambas entidades suman el 77 % de la procedencia de los pacientes, del resto del país, las entidades con mayor demanda son Guerrero, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Guanajuato, Morelos y Tlaxcala. Estas entidades tienen un porcentaje de su población en pobreza, con un nivel de carencia a los servicios básicos.

De acuerdo a los datos institucionales, el 15% de las consultas de primera vez corresponde a usuarios originarios de estos estados de la república; de la apertura de nuevos expedientes correspondió el 18.3% y en el área hospitalaria, el 20.5% de los egresos hospitalarios están relacionados a pacientes de estas entidades, consideradas con un alto nivel de rezago social.

Es decir, la atención del INP se centra en 11 entidades federativas que polarizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes con enfermedades complejas, así, el instituto es de vital importancia para estas entidades y su población infantil y adolescente, convirtiéndose en el principal centro de referencia de alta especialidad.

2

2.2.1 Descripción general por estado de atención



Ciudad de México

- Capital de los Estados Unidos Mexicanos
- Delegaciones: 16
- Extensión: Representa 0.08% del territorio nacional.
- Población: 8 918 653 habitantes, el 7.5% del total del país.
- Distribución de población: 99.5% urbana y 0.5% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 11.1 (segundo año de educación media superior); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 2 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 16.5%



Estado de México

- Capital: Toluca de Lerdo.
- Municipios: 125
- Extensión: Representa 1.14% del territorio nacional.
- Población: 16 187 608 habitantes, el 13.5% del total del país.
- Distribución de población: 87% urbana y 13% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 9.5 (poco más de secundaria concluida); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 3 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 9.3%



Guerrero

- Capital: Chilpancingo de los Bravo.
- Municipios: 81
- Extensión: Representa 3.24% del territorio nacional.
- Población: 3 533 251 habitantes, el 3.0% del total del país.
- Distribución de población: 58% urbana y 42% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 7.8 (poco más del primer año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 15 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio
- Aportación al PIB Nacional: 1.5%



Veracruz

- Capital: Xalapa-Enríquez
- Municipios: 212
- Extensión: Representa 3.66% del territorio nacional.
- Población: 8 112 505 habitantes, el 6.8% del total del país.
- Distribución de población: 61% urbana y 39% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 8.2 (poco más de segundo año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 9 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 5.1%



Hidalgo

- Capital: Pachuca de Soto.
- Municipios: 84
- Extensión: Representa 1.06% del territorio nacional.
- Población: 2 858 359 habitantes, el 2.4% del total del país.
- Distribución de población: 52% urbana y 48% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 8.7 (poco más de segundo año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 14 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 1.7%



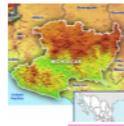
Morelos

- Capital: Cuernavaca
- Municipios: 33
- Extensión: Representa 0.25% del territorio nacional.
- Población: 1 903 811 habitantes, el 1.6% del total del país.
- Distribución de población: 84% urbana y 16% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 9.3 (poco más de tercer año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 2 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 1.2%



Puebla

- Heróica Puebla de Zaragoza.
- Municipios: 217
- Extensión: Representa 1.75% del territorio nacional.
- Población: 6 168 883 habitantes, el 5.2% del total del país.
- Distribución de población: 72% urbana y 28% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 8.5 (poco más de segundo año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 11 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 3.2%



Michoacán

- Capital: Morelia
- Municipios: 113
- Extensión: Representa 2.99% del territorio nacional.
- Población: 4 584 471 habitantes, el 3.8% del total del país.
- Distribución de población: 69% urbana y 31% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 7.9 (casi segundo año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 4 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 2.4%



Guanajuato

- Capital: Guanajuato
- Municipios: 46
- Extensión: Representa 1.56% del territorio nacional.
- Población: 5 853 677 habitantes, el 4.9% del total del país.
- Distribución de población: 70% urbana y 30% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 8.4 (poco más de segundo año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 2 de cada 1000 personas.
- A nivel nacional 70 de cada 1000 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 4.2%



Oaxaca

- Capital: Oaxaca de Juárez.
- Municipios: 570
- Extensión: Representa 4.78% del territorio nacional.
- Población: 3 967 889 habitantes, el 3.3% del total del país.
- Distribución de población: 77% urbana y 23% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 7.5 (poco más de primer año de secundaria); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 32 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles.
- Aportación al PIB Nacional: 1.6%



Tlaxcala

- Capital: Tlaxcala de Xicohténcatl.
- Municipios: 60
- Extensión: Representa 0.20% del territorio nacional.
- Población: 1 272 847 habitantes, el 1.1% del total del país.
- Distribución de población: 80% urbana y 20% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22% respectivamente.
- Escolaridad: 9.3 (poco más de secundaria concluida); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 3 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles.
- Aportación al PIB Nacional: 0.6%

Fuente: Modificado de Cuéntame INEGI

Figura 7. Resumen general por estado de atención

2.2.1.1 Ciudad de México

2.2.1.1.1 Territorio

2.2.1.1.1.1 Superficie

La Ciudad de México representa 0.08% de la superficie del país, es la entidad más pequeña de México en extensión territorial. 13



Ciudad de México

- Capital de los Estados Unidos Mexicanos
- Delegaciones: 16
- Extensión: Representa 0.08% del territorio nacional.
- Población: 8 918 653 habitantes, el 7.5% del total del país.
- Distribución de población: 99.5% urbana y 0.5% rural; a nivel nacional el dato es de 78 y 22 % respectivamente.
- Escolaridad: 11.1 (segundo año de educación media superior); 9.2 el promedio nacional.
- Hablantes de lengua indígena de 3 años y más: 2 de cada 100 personas.
- A nivel nacional 7 de cada 100 personas hablan lengua indígena.
- Sector de actividad que más aporta al PIB estatal: Comercio.
- Aportación al PIB Nacional: 16.5%

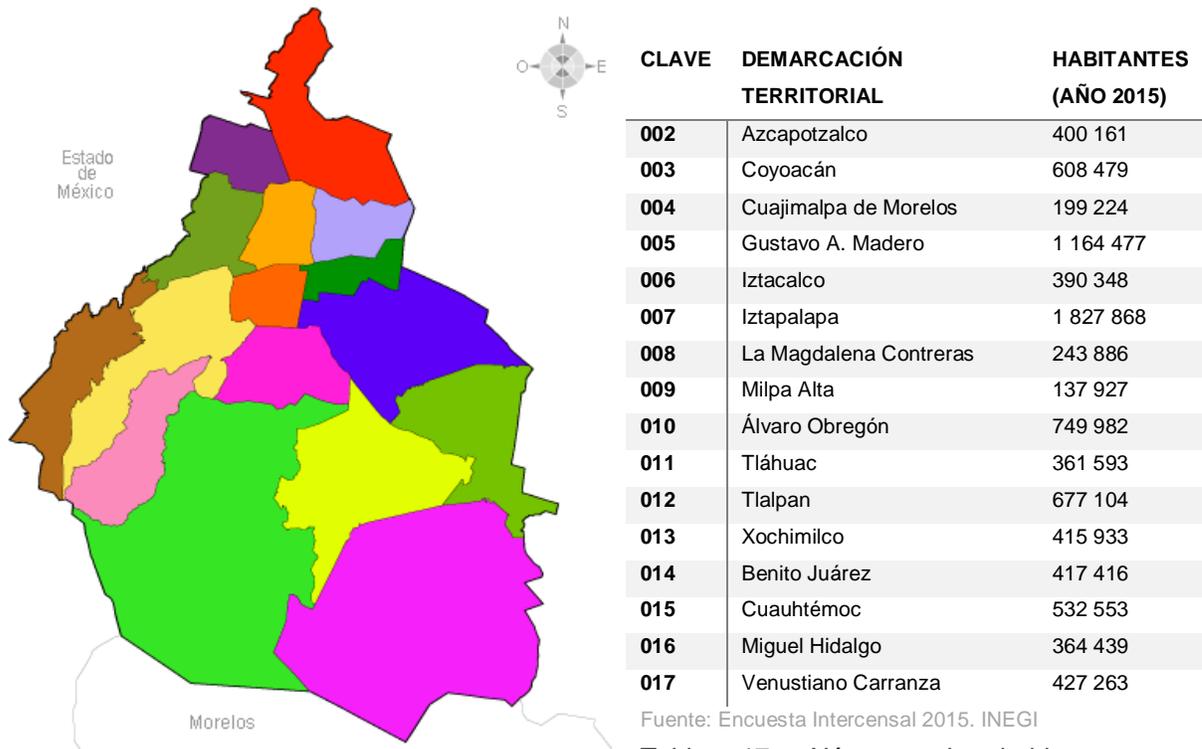


Fuente: Marco Geoestadístico. INEGI

Figura 8. Mapa con marco geoestadístico de la Ciudad de México

2.2.1.1.1.2 División territorial

La Ciudad de México está dividida en 16 demarcaciones territoriales. 13



Fuente: Marco Geoestadístico. INEGI

Figura 9. Mapa con demarcaciones territoriales de la Ciudad de México

Fuente: Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Tabla 17. Número de habitantes por demarcación territorial de la Ciudad de México.

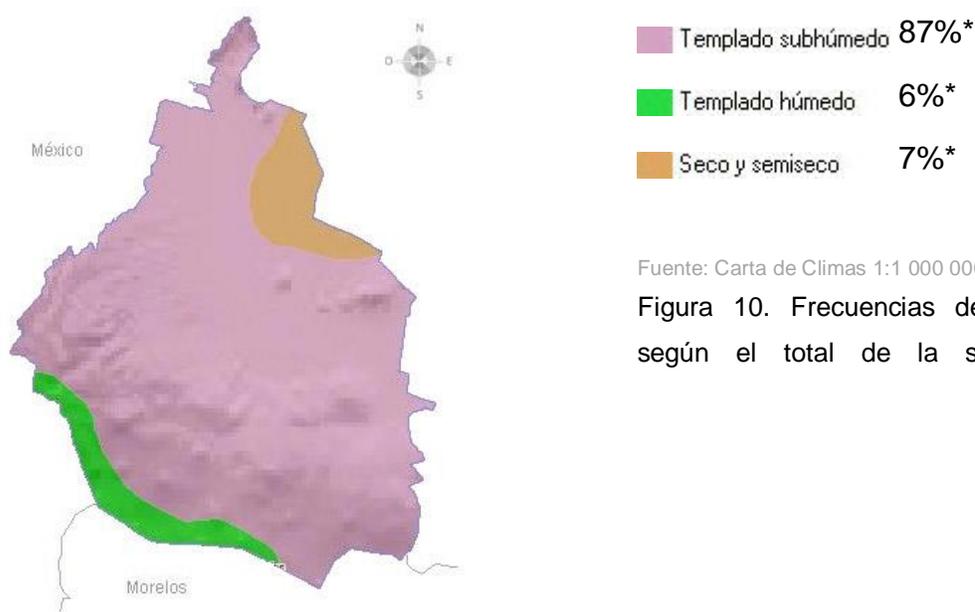
2.2.1.1.1.3 Clima

En la mayor parte de su territorio se presenta clima templado subhúmedo (87%). En el resto se encuentra clima seco y semiseco (7%) y templado húmedo (6 %). La temperatura media anual es de 16°C. La temperatura más alta, mayor a 25°C, se presenta en los meses de marzo a mayo y la más baja, alrededor de 5°C, en el mes de enero.

Las lluvias se presentan en verano, la precipitación total anual es variable, en la región seca es de 600 mm y en la parte templada húmeda (Ajusco) es de 1 200 mm anuales.

El avance de la mancha urbana ha puesto en peligro a todos los ecosistemas que existieron en el valle de México. Los primeros en padecer la depredación del género humano fueron los lagos.

La zona urbana ocupa la mayor parte del territorio, pero hacia la parte sur y sureste se encuentran zonas agrícolas, principalmente de temporal, donde se cultiva maíz, frijol, avena y nopal entre otras, siendo importantes también las hortalizas y la floricultura. 14



Fuente: Carta de Climas 1:1 000 000. INEGI

Figura 10. Frecuencias de clima referidas según el total de la superficie estatal.

2.2.1.1.1.4 Agua

Ríos

- Mixcoac (entubado)
 - Agua de Lobo
 - Churubusco (entubado)
 - Los Remedios
 - La Piedad (entubado)
 - Tacubaya
 - Becerra
- 
- Consulado (entubado)
 - Santo Desierto
 - La Magdalena
 - San Buenaventura
 - El Zorrillo
 - Oxaixtla

Otros cuerpos de agua

CANALES

- Chalco
- Apatlaco
- General
- Nacional
- Cuemanco
- Del Desagüe

PRESAS

- Anzaldo
- Mixcoac (Canutillo)

LAGOS

- Xochimilco
- San Juan de Aragón (artificial)
- Chapultepec (artificiales)

14

2.2.1.1.1.5 Relieve

La superficie la Ciudad de México, forma parte de la provincia: Eje Neovolcánico. El relieve lo definen principalmente una sierra y un valle, la primera se localiza al oeste, extendiéndose del noroeste al sureste y la conforman rocas de origen ígneo extrusivo o volcánico (se forman cuando el magma o roca derretida sale de las profundidades hacia la superficie de la Tierra) producto de la formación de volcanes

como: Tláloc, Cuautzin, Pelado, Teuhtli, Chichinautzin y el de mayor altitud cerro la Cruz de Márquez o Ajusco con 3 930 metros sobre el nivel del mar (msnm).

En el centro-oeste, hay un lomerío que separa al valle que se extiende desde el centro hasta el este, en este punto se localiza la altura mínima con 2 300 metros. La planicie del valle es interrumpida por el cerro de Chapultepec, cerro de la Estrella, volcán Guadalupe y cerro del Chiquihuite.

En las cercanías de la localidad San Andrés Mixquic, hay un lomerío que se extiende de noroeste a sureste. 14

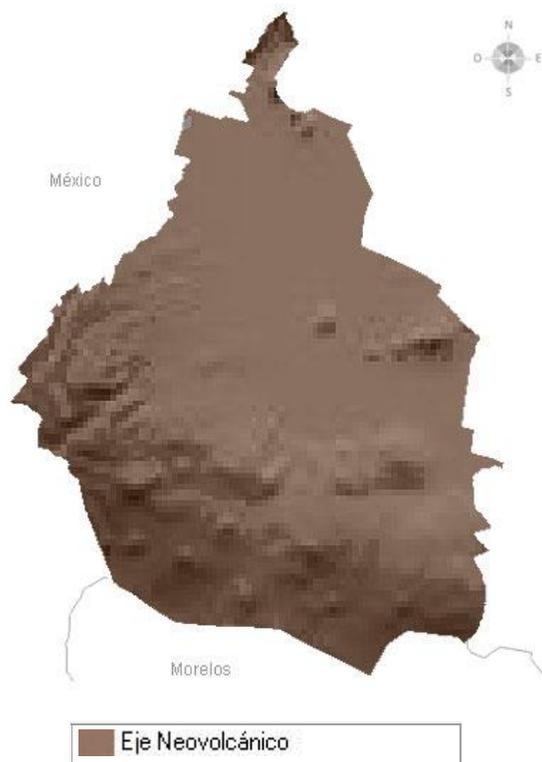


Figura 11. Principales elevaciones de la Ciudad de México.

Sus principales elevaciones son:

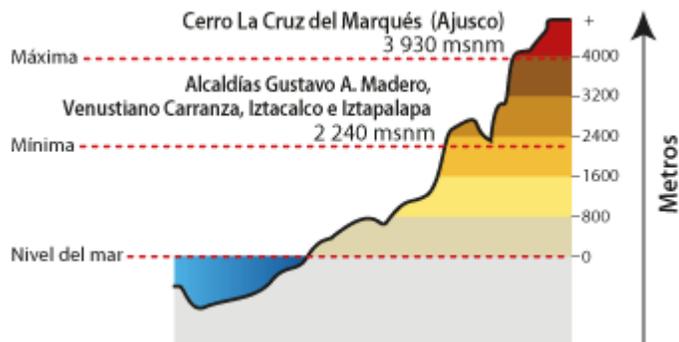
Nombre	Altitud (metros sobre el nivel del mar)
Cerro La Cruz del Marqués (Ajusco)	3 930
Volcán Tláloc	3 690
Volcán Pelado	3 620
Cerro Cilcuayo	3 550
Cerro El Charco	3 530

Fuente: Carta Topográfica Escala 1: 250 000, serie III. INEGI.

Tabla 18. Principales elevaciones de la Ciudad de México.

Fuente: Continuo Nacional Topográfico S. II escala 1:250 000. Conjuntos Geológico E14 escala 1:1 000 000. INEGI

2.2.1.1.1.6 Altitud



Fuente: Dirección General de Geografía y Medio Ambiente. INEGI.

Figura 12. Altitud de la Ciudad de México.

2.2.1.1.1.7 Flora y Fauna

Flora

El 40% de su territorio es principalmente de uso urbano y 33% de bosques templados (pino, oyamel, pino-encino y encino), pastizales y matorrales. De la vegetación del valle sólo se localizan pequeñas áreas de pastizales al noreste, en los terrenos del Aeropuerto Internacional Benito Juárez. La superficie agrícola comprende 27% de su territorio. ¹⁵

Fauna

Víbora de cascabel, rana de Moctezuma y rana de árbol. En los bosques de pino y encino: liebre, ardilla, tlacuache, musaraña, rata canguro, gorrión, colibrí, lagartija de collar y mariposa. En los matorrales: comadreja, mapache y conejo. En los pastizales: rata y ratón, ardilla, mapache y tuza. En los lagos de Xochimilco y Tláhuac: charal, sapo, rana, salamandra o ajolote, culebra de agua y pato mexicano. Animales en peligro de extinción: cacomixtle, conejo de los volcanes o teporingo. ¹⁵

2.2.1.1.2 Población

2.2.1.1.2.1 Número de habitantes

La Ciudad de México ocupa el segundo lugar a nivel nacional por su número de habitantes. ¹³ En el 2015 vivían:

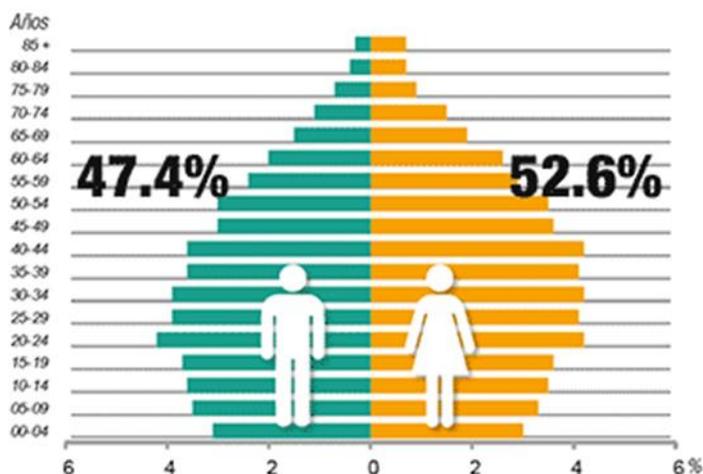


	Estados Unidos Mexicanos	119 530 753
1	México	16 187 608
	Ciudad de México	8 918 653
3	Veracruz de Ignacio de la Llave	8 112 505
4	Jalisco	7 844 830
5	Puebla	6 168 883
6	Guanajuato	5 853 677
7	Chiapas	5 217 908
8	Nuevo León	5 119 504
9	Michoacán de Ocampo	4 584 471
10	Oaxaca	3 967 889
11	Chihuahua	3 556 574
12	Guerrero	3 533 251

13	Tamaulipas	3 441 698
14	Baja California	3 315 766
15	Sinaloa	2 966 321
16	Coahuila de Zaragoza	2 954 915
17	Hidalgo	2 858 359
18	Sonora	2 850 330
19	San Luis Potosí	2 717 820
20	Tabasco	2 395 272
21	Yucatán	2 097 175
22	Querétaro	2 038 372
23	Morelos	1 903 811
24	Durango	1 754 754
25	Zacatecas	1 579 209
26	Quintana Roo	1 501 562
27	Aguascalientes	1 312 544
28	Tlaxcala	1 272 847
29	Nayarit	1 181 050
30	Campeche	899 931
31	Baja California Sur	712 029
32	Colima	711 235

Fuente: Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Tabla 19. Número de habitantes de la Ciudad de México en relación con otras entidades del país.



Fuente: Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Gráfica 5. Número de habitantes por edad y sexo la Ciudad de México.

2.2.1.1.2.2 Distribución

En la Ciudad de México el 99.5 % de la población es urbana y el 0.5 % rural. 13



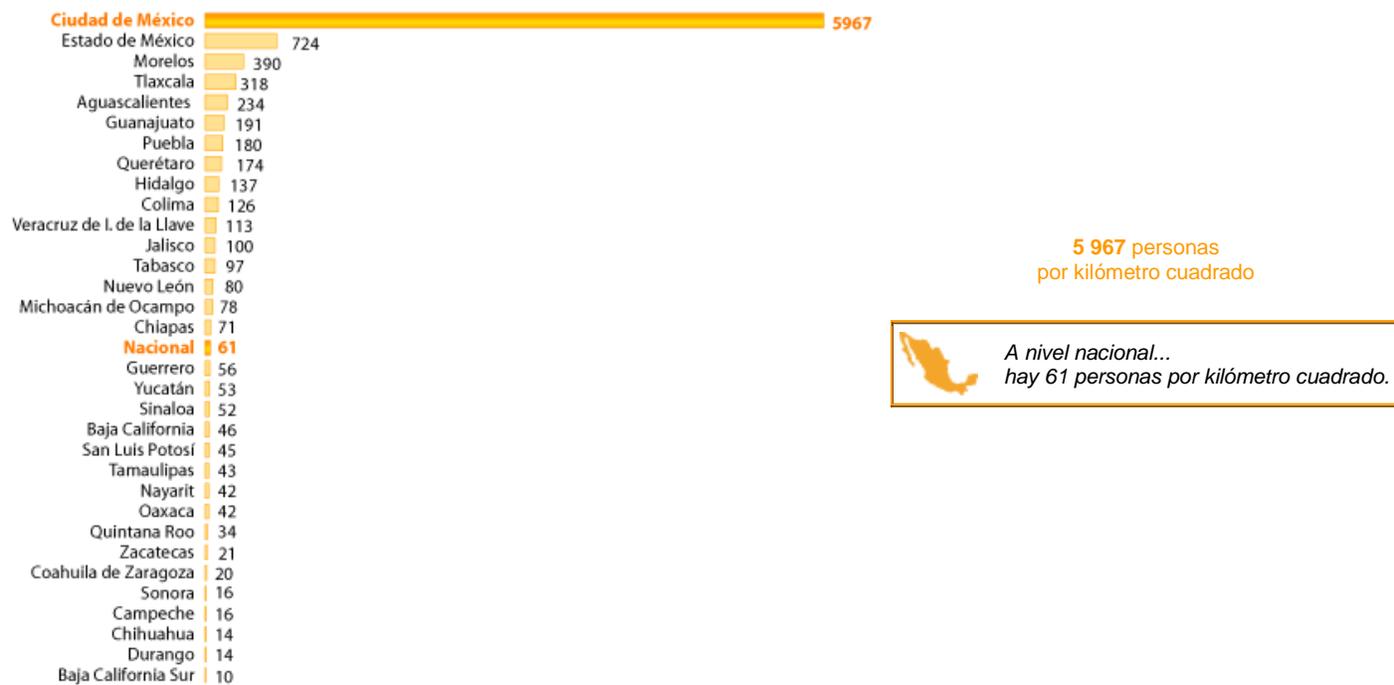
Al año 2010, 78% de la población vive en localidades urbanas y el 22% en rurales.

Nivel

Nacional...

2.2.1.1.2.3 Densidad

Por su densidad de población, la Ciudad de México ocupa el primer lugar a nivel nacional. 13 Al 2015, en promedio en la Ciudad de México viven:



Fuente: Volumen y crecimiento. Densidad de población por entidad federativa, 2000 y 2010. INEGI

Gráfica 6. Densidad de la población de la Ciudad de México comparada con otras entidades federativas en el año 2015.

2.2.1.1.2.4 Población de niños, niñas y adolescentes

En la Ciudad de México viven 1 937 538 niños y niñas de 0 a 14 años, que representan el 22% de la población de esa entidad. 13

<i>Menos de 1 año</i>	57 597	55 187	112 784
<i>01 años</i>	59 723	57 276	116 999
<i>02 años</i>	64 798	62 809	127 607
<i>03 años</i>	65 896	63 970	129 866
<i>04 años</i>	66 687	64 302	130 989
<i>05 años</i>	66 451	63 780	130 231
<i>06 años</i>	67 214	65 080	132 294
<i>07 años</i>	65 763	64 361	130 124
<i>08 años</i>	69 021	66 338	135 359
<i>09 años</i>	66 436	64 504	130 940
<i>10 años</i>	71 442	67 800	139 242
<i>11 años</i>	63 732	62 422	126 154
<i>12 años</i>	66 924	65 298	132 222
<i>13 años</i>	65 521	64 075	129 596
<i>14 años</i>	67 055	66 076	133 131

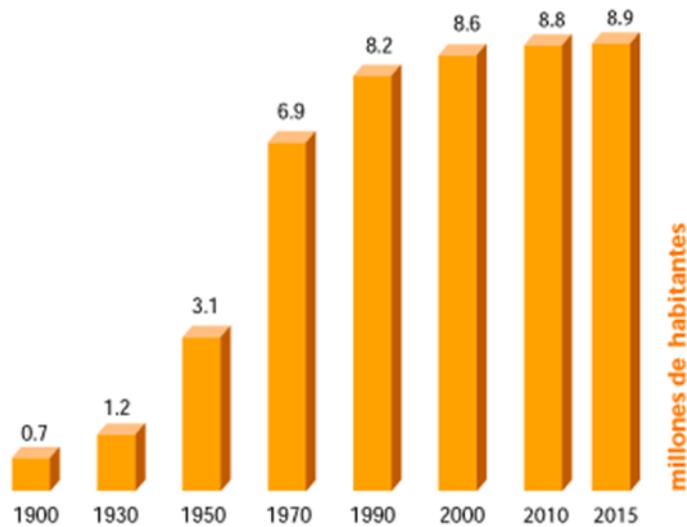
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Distrito Federal/Población/ Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad. INEGI

Tabla 20. Densidad de la población de la Ciudad de México comparada con otras entidades federativas en el año 2015.

2.2.1.1.2.5 *Dinámica de la población*

Crecimiento

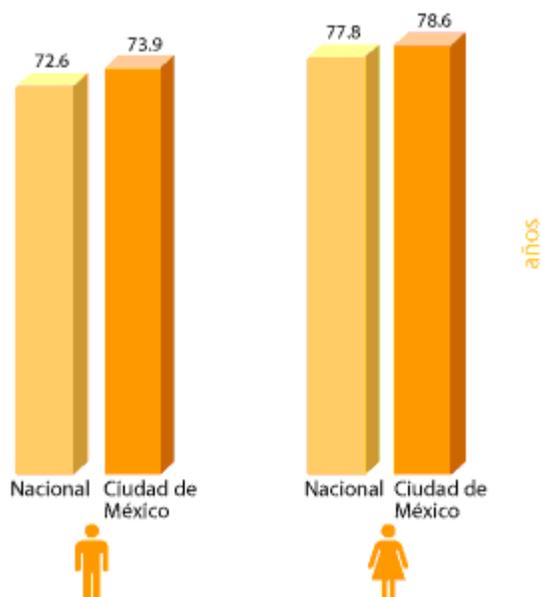
Los censos realizados de 1900 a 2010, así como la Encuesta Intercensal en 2015 muestran el crecimiento acelerado de la población en la Ciudad de México, de 1900 a 1970, la población aumentó en más de 1 millón de habitantes. 13



Fuente: Censos de población 1900-2010. Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Gráfica 7. Población total de la Ciudad de México (1900 - 2015)

2.2.1.1.2.6 Esperanza de vida



Fuente: Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa y sexo, 2000, 2010 y 2016. INEGI

Gráfica 8. Comparación de la esperanza de vida nacional con la esperanza de vida en la Ciudad de México 2016

Al igual que sucede en otras entidades de México y en otros países del mundo, las mujeres en la Ciudad de México viven, en promedio, más que los hombres. 16

2.2.1.1.2.7 Natalidad y Mortalidad



Fuente: Nacimientos registrados por entidad federativa, periodo y sexo 2016. Defunciones generales registradas por entidad federativa según sexo, 2010 a 2016. INEGI

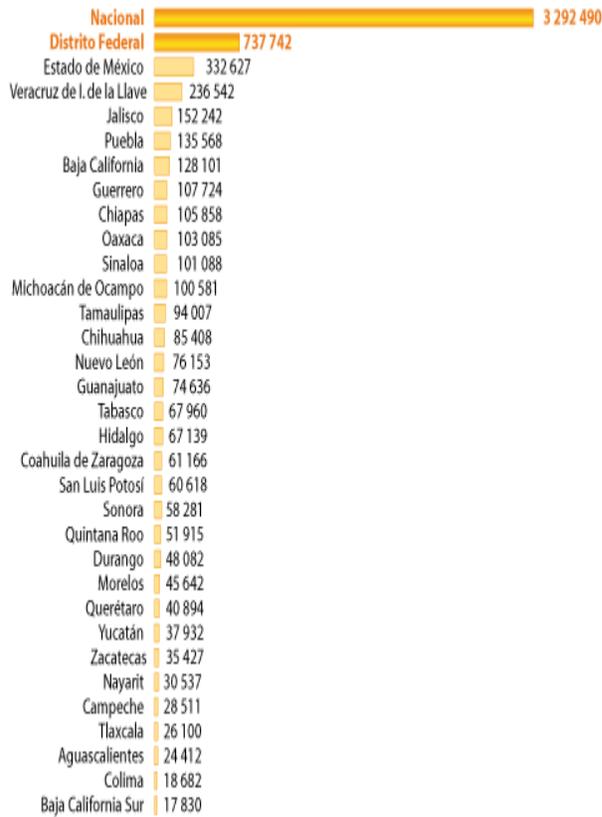
Gráfica 9. Nacimientos y defunciones registrados en la Ciudad de México en el 2016

Las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos. ¹⁶

2.2.1.1.2.8 Movimientos migratorios

Emigración interna

En el 2005, salieron de la Ciudad de México (antes Distrito Federal) 737 mil 742 personas para radicar en otra entidad. ¹³



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

Gráfica 10. Emigrantes de 5 años y más por entidad federativa 2005.

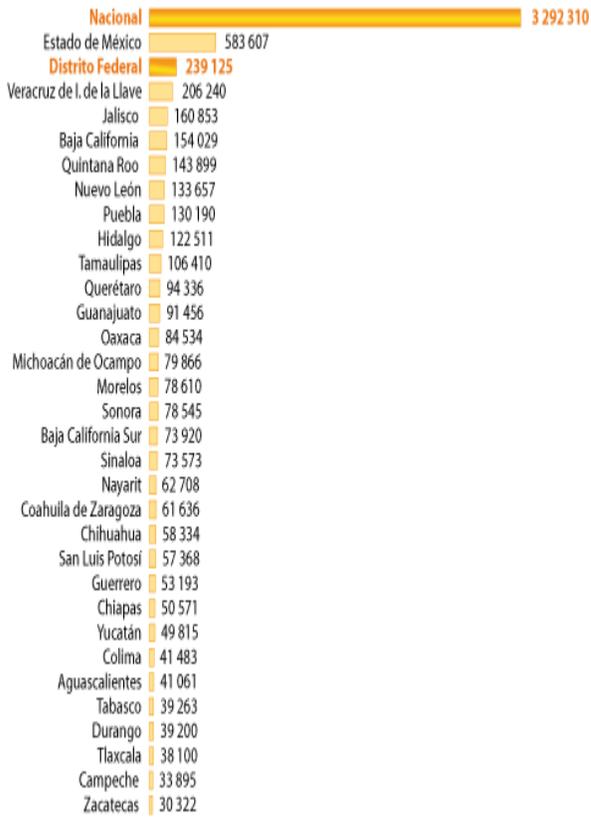
**Salen de la Ciudad de México
737 742 personas**

De cada 100 personas:

- 52 se fueron a vivir al estado de México
- 5 a Hidalgo
- 4 a Morelos
- 4 a Puebla
- 4 a Querétaro.

Inmigración interna

En 2010, llegaron en total 239 mil 125 personas a vivir a la Ciudad de México, procedentes del resto de las entidades del país. 13



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

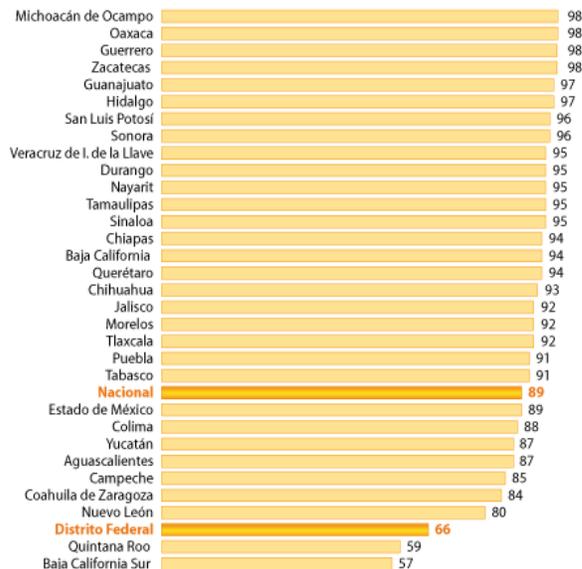
Gráfica 11. Inmigrantes de 5 años y más por entidad federativa 2005.

De cada 100 personas:

- 39 provienen del estado de México,
- 8 de Puebla
- 8 de Veracruz
- 6 de Oaxaca
- 4 de Guerrero

Emigración internacional

Al 2010, de cada 100 migrantes internacionales de la Ciudad de México, 66 se fueron a Estados Unidos. A nivel nacional es de 89 de cada 100. 13



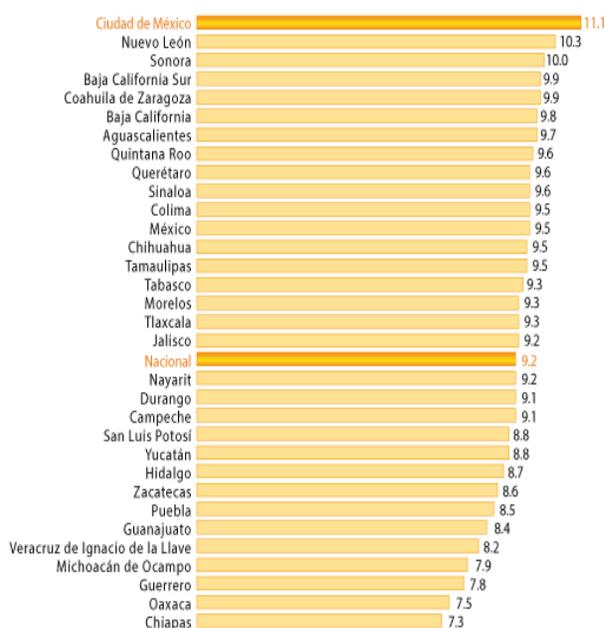
Fuente: XII Censo de Población y Vivienda 2010. Estadística/ Población, hogares y vivienda/Migración internacional/ Porcentaje de la población migrante internacional por entidad federativa expulsora según lugar de destino y sexo, 2010. INEGI

Gráfica 12. Porcentaje de población emigrante a Estados Unidos por entidad federativa 2010

2.2.1.1.2.9 Educación

En la Ciudad de México, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 11.1, lo que equivale a segundo año de educación media superior.

13



Fuente: Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Gráfica 13. Grado promedio de escolaridad por entidad federativa 2015.

De cada 100 personas de 15 años y más...

2.0 no tienen ningún grado de escolaridad.

38.9 tienen la educación básica terminada.

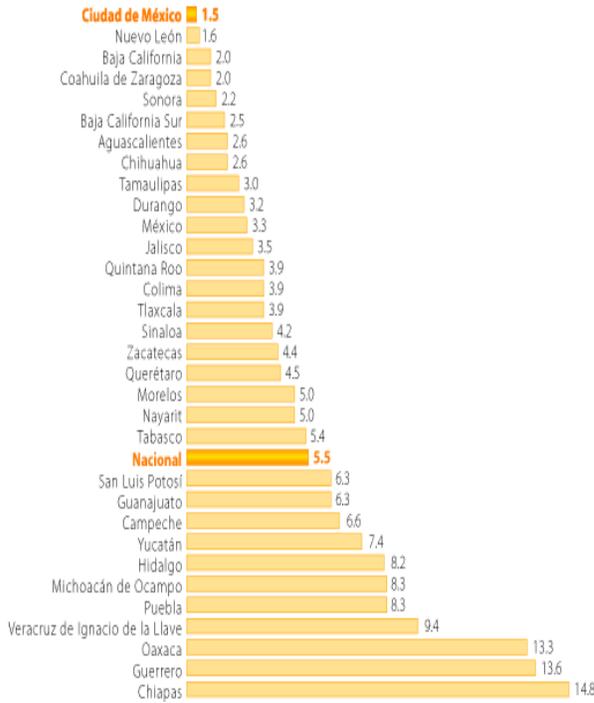
26.6 finalizaron la educación media superior.

32.1 concluyeron la educación superior.

0.4 no especificado.

Analfabetismo

En la Ciudad de México, 2 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. 13



Fuente: Encuesta Intercensal 2015. INEGI

Gráfica 14. Población analfabeta de 15 años y más por entidad federativa 2015.

A nivel nacional... son 6 de cada 100 habitantes.

2.2.1.1.2.10 Diversidad

Religión

En el 2010, 82% de la población de la Ciudad de México profesaba la religión católica. 13

Grupos de habla indígena

122 411 personas de 5 años y más hablan lengua indígena, lo que representa menos del 1%. 13

Las lenguas indígenas más habladas son:

Náhuatl	33 796
Mixteco	13 259
Otomí	12 623
Mazateco	11 878

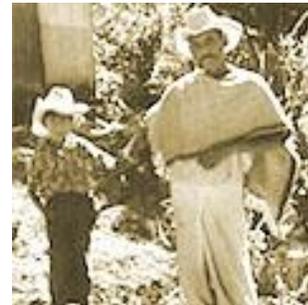
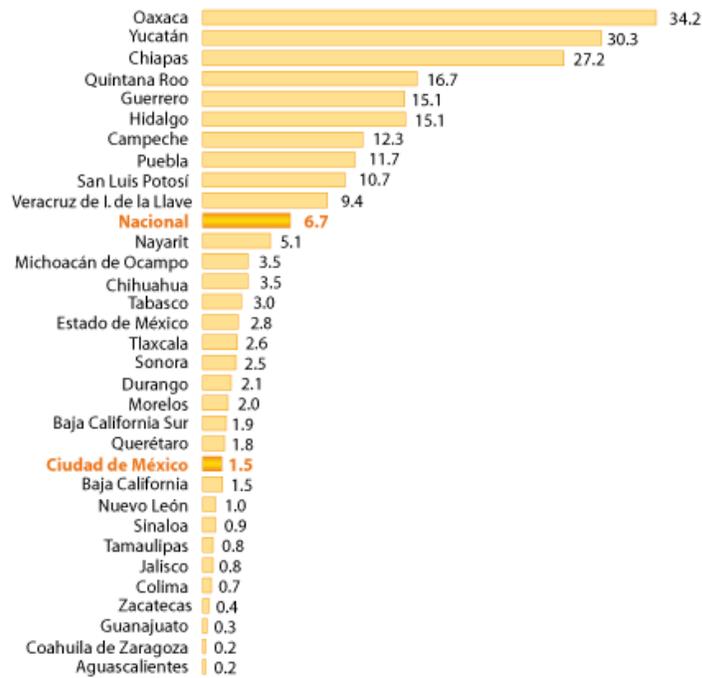


De cada 100 personas que declararon hablar alguna lengua indígena, 14 no hablan español.

A Nivel Nacional...

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

Tabla 21. Lenguas indígenas más habladas en la Ciudad de México.



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

Tabla 22. Porcentaje de población que habla indígena por entidad federativa.

2.2.1.1.2.11

Vivienda

En el 2015, en la Ciudad de México hay 2 599 081 viviendas particulares, de las cuales 13:



90.6% disponen de agua entubada dentro de la vivienda,



99.8% cuentan con energía eléctrica y



94.1% de los ocupantes de las viviendas disponen de drenaje conectado a la red pública.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

Figura 13. Servicios con los que cuentan las viviendas particulares de la Ciudad de México.

Los hogares están conformados por personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. 13

En el 2015, en la entidad hay **2 601 323 hogares**.



Del total de hogares en la entidad:



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI

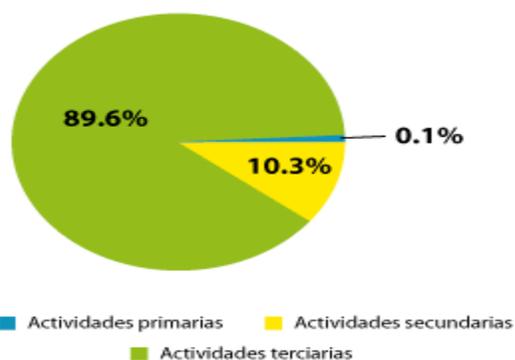
Figura 14. Tipos de viviendas particulares en la Ciudad de México.

2.2.1.1.3 Economía

2.2.1.1.3.1 Actividades económicas

Principales sectores de actividad

Actividades primarias	0.1
Actividades secundarias	10.3
Actividades terciarias	89.6



Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales de México. Participación por actividad económica, en valores corrientes, 2016. INEGI

Figura 15. Clasificación de los sectores de actividad económica en la Ciudad de México.

Geranio	2 170 000 plantas	100	1° de 1
Rosa	1 140 000 plantas	100	1° de 1
Romerito	4 905 toneladas	100	1° de 1
Flores	7 698 750 plantas	100	1° de 1
Nopalitos	322 102 toneladas	43.3	1° de 26
Noche buena	2 774 400 plantas	20.6	2° de 5
Árbol de navidad	10 000 plantas	9.0	2° de 2

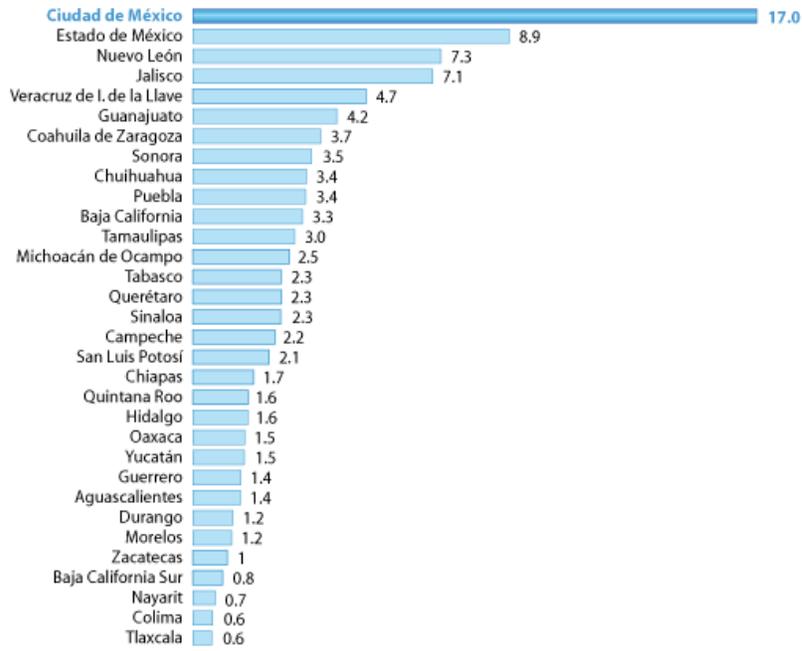
Fuente: Perspectiva Estadística. Serie por Entidad Federativa. México. INEGI

Tabla 23. Primeros lugares de producción a nivel nacional, en el Sector Primario de la Ciudad de México.

2.2.1.1.3.2 Unidades económicas y personal ocupado

La Ciudad de México cuenta con 415 481 unidades económicas, el 9.8% del país. Emplea 3 603 572 personas, el 16.7% del personal ocupado de México, de este total el 58% (2 105 450) son hombres y el 42% (1 498 122) son mujeres. ¹⁷

2.2.1.1.3.3 Aportación al PIB nacional



Fuente: PIB y Cuentas Nacionales de México. Actividad económica total, 2016. INEGI

Gráfica 15. Participación estatal en el Producto Interno Bruto 2016

CAPITULO III INVESTIGACIÓN.

3.1 Protocolo de Investigación

3.1.1 Título de la investigación

Frecuencia de abuso sexual en niños con Infección por Virus del Papiloma Humano atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría: Un estudio transversal

3.1.2 Resumen

La transmisión del VPH en niños no siempre es consecuencia de AS, al atenderlos es importante descartar esta posibilidad. Actualmente no contamos con métodos que permitan diferenciar con certeza las vías de transmisión, en la CAINM se realiza valoración interdisciplinaria en busca de indicadores emocionales, versión de AS y exploración física, que funcionan como una serie de herramientas clínicas para establecer el probable diagnóstico. Proponemos que estas herramientas se puedan organizar como una cadena de cambio de probabilidad preprueba y postprueba, utilizando el porcentaje de AS en niños con IVPH canalizados a nuestro servicio como probabilidad preprueba primaria, sin embargo, aún no contamos con el estimador de esta frecuencia relativa.

Objetivo: Describir la frecuencia de AS en niños con IVPH, atendidos por la CAINM.

Métodos: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, utilizando los expedientes de pacientes de ambos sexos de 0 - 18 años de edad atendidos en la CAINM del INP registrados en la base de datos de la clínica de enero del 2009 a diciembre del 2019. Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de IVPH identificable, excluyendo a los que no hayan completado la valoración interdisciplinaria de la CAINM. Suponiendo que al menos 80% de los 140 casos pueden ser elegibles, con un intervalo de confianza del 95% obtendríamos un estimador valioso de la frecuencia relativa con una precisión de 0.09.

3.1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia relativa de abuso sexual en niños con Infección por Virus del Papiloma Humano?

3.1.4 Introducción

A la Clínica de Atención al Niño Maltratado (CAINM) nos canalizan a niñas, niños y adolescentes con manifestaciones clínicas de Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH), las cuales son encontradas como hallazgo incidental por la familia o a la exploración física médica. Generalmente las IVPH en niños son transitorias y asintomáticas y otros hallazgos a la exploración física son infrecuentes. Es común que los profesionales de la salud sugieran como primera opción el contacto sexual como mecanismo de transmisión, motivo por el cual solicitan valoración a la clínica. ^{1, 2, 3}

3.1.5 Planteamiento del problema

La transmisión del Virus del Papiloma Humano (VPH) en niños no siempre es consecuencia de abuso sexual (AS), por lo que al atender a estos pacientes descartar esta posibilidad es de vital importancia. En nuestro servicio se realiza valoración interdisciplinaria que incluye atención pediátrica y psicológica en busca de indicadores emocionales, la posible versión de un AS y la exploración física. En este procedimiento una información fundamental para establecer el probable diagnóstico, es el porcentaje de AS en niños con esta infección canalizados a nuestro servicio, sin embargo, actualmente no contamos con el estimador de esta frecuencia relativa.

3.1.6 Justificación

Una serie de herramientas clínicas aplicadas para establecer un diagnóstico, se puede organizar como una cadena de cambio de probabilidad preprueba y postprueba. El estimador en nuestro servicio del porcentaje de AS en niños con IVPH

que fueron canalizados, sirve como probabilidad preprueba primaria con la cual se realizará este método estadístico bayesiano en futuros proyectos.

3.1.7 Antecedentes

3.1.7.1 Infección por Virus del Papiloma Humano en niños

3.1.7.1.1 Epidemiología

La Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH), es la infección de transmisión sexual (ITS) más común en el mundo ^{4,5}. Los papilomavirus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, se han encontrado más de 200 genotipos diferentes de los cuales 30-40 afectan específicamente la región anogenital. ^{2, 5, 6, 7, 8} En adultos son patógenos comunes cuya infección ha incrementado rápidamente su incidencia en los últimos años, lo que ha favorecido la aparición cada vez más frecuente de gran variedad de infecciones mucosas y cutáneas en edades pediátricas. ^{2, 5, 7, 8, 9, 10}

3.1.7.1.2 Diagnóstico y clasificación

El diagnóstico de las IVPH en niños es clínico, y se han clasificado de acuerdo a su presentación, localización y finalmente por su tendencia oncogénica (Cuadro 1, Apéndice 1).

Los VPH que afectan la piel son el 1, 2, 4, 7, 26, 28 y 29. Los que ocasionan “verrugas genitales” son el 6, 11, 16, 18, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 43, 44, 48, 51, 52, 53, 54 y 55. Los que ocasionan verrugas genitales exofíticas y papilomas laríngeos son el 6 y 11 considerados de bajo riesgo oncogénico. ¹¹ Y los que causan “condilomas planos” el 16, 18, 31, 33 y 35 que son de alto riesgo para desarrollar displasia cervical y/o cáncer anogenital. ¹² En niños la presentación más común son las verrugas anogenitales o condilomas, las infecciones orales y/o cutáneas en pies o manos

y la papilomatosis laríngea, las cuales son ocasionadas por los tipos 2, 6, 11 y 16 principalmente, considerados de bajo riesgo. ^{5, 13}

3.1.7.1.3 Mecanismos de transmisión

Los mecanismos de transmisión del VPH en niños incluyen: transmisión vertical y horizontal que incluyen las vías ascendente y descendente, la autoinoculación, la heteroinoculación, la transmisión por fómites y por contacto sexual. ⁴ (Tabla 1, Apéndice 1)

3.1.7.2 Abuso Sexual

3.1.7.2.1 Epidemiología

El AS es un problema de proporciones epidémicas. ^{1, 10} Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años que sufren violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas. ¹⁴ A pesar de haber un subregistro importante de los casos, las estadísticas mundiales indican que es un problema social y de salud pública grave que ha ido aumentando en la infancia, esto dificulta la sospecha, denuncia, diagnóstico y tratamiento oportunos. ^{2, 11}

La Academia Americana de Pediatría y el comité de Child Abuse and Neglect reportaron que en EEUU de un millón de denuncias por maltrato infantil, el 9% correspondió a víctimas de AS. En el mismo estudio se señala que un 25% de niñas y 10% de niños han sufrido alguna forma de AS antes de cumplir los 18 años de edad. ^{15, 16}

México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios cometidos en contra de menores de 14 años de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). ¹⁶ Según la (ECOPRED) en el 2014 la tasa de jóvenes de 12 a 29 años agredidos sexualmente fue de 5,569 por

cada 100,000 este número representa sólo una fracción de los niños que han experimentado abuso sexual. ¹⁷

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema frecuente cuyo impacto físico y emocional puede ocasionar secuelas graves a corto, mediano y a largo plazo. Aproximadamente el 80% de las víctimas sufre consecuencias emocionales negativas, esto depende de quién fue el agresor, el grado de culpa del niño ejercido por sus padres así como de las estrategias de afrontamiento del problema de que disponga la víctima. ¹⁸

3.1.7.2.2 Diagnóstico y clasificación

El diagnóstico del AS es un reto y se basa en una evaluación interdisciplinaria, sistematizada, metódica y ética, para ello se debe tomar en cuenta el tiempo y tipo de agresión sexual. Se clasifica como agresión aguda o violación si han transcurrido menos de 72 hrs y como abuso sexual crónico si han transcurrido semanas, meses, años. El ASI es causado por personas que conviven estrechamente con el niño. En el 90% de los casos y existe una relación desigual entre el agresor y la víctima, pueden tener vínculos familiares o ser conocidos del menor. Los tipos de agresiones se dividen las que tienen contacto físico y las que no tienen contacto físico (Cuadro 2, Apéndice 1), el tipo más frecuente es por tocamientos en un 90% de los casos. ¹⁸ Las manifestaciones más frecuentes se describen en el apéndice. (Cuadro 3, Apéndice 1)

3.1.7.2.3 Consecuencias

3.1.7.2.3.1 Corto plazo

Los principales efectos a corto plazo del AS son; los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolor de cabeza y dolor abdominal), retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes (especialmente ansiedad, depresión y retraimiento) y externalizantes (agresiones y problemas conductuales), trastorno de estrés postraumático (TEP),

conducta sexualizada (masturbación excesiva o en público), trastornos disociativos, problemas en las relaciones con los pares, bajo rendimiento escolar y cognitivo, desregulaciones en los niveles de cortisol y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (lo que podría explicar los problemas emocionales de las víctimas), así como otros trastornos psicobiológicos. También, es más probable que los adolescentes abusados sexualmente realicen actividades delictivas, sufran trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo. ^{18, 19}

3.1.7.2.3.2 Largo plazo

A largo plazo, los síntomas impactan en la salud física y mental del paciente, si el abuso se ha detenido es común que algunos síntomas mejoren con el paso del tiempo, sin embargo, suelen empeorar los síntomas más graves como depresión, miedo y problemas para dormir y se generan baja autoestima, problemas en las relaciones interpersonales y sexuales, trastornos emocionales (trastornos depresivos, de ansiedad generalizada, fobias, TEP, trastorno de pánico u obsesivo compulsivo), trastornos disociativos y de personalidad, (especialmente el trastorno borderline pero también el antisocial, dependiente y evitativo) así problemas graves de salud física como trastornos somáticos, dolores crónicos y trastornos gastrointestinales y de la alimentación. ^{18, 19}

3.1.7.2.3.3 Sleeper effect

En algunas víctimas el “sleeper effect” hace referencia a la situación en la que el paciente no muestra problemas significativos inmediatamente después del abuso, pero al transcurrir el tiempo, e inclusive en la edad adulta la víctima empieza a manifestar problemas emocionales o conductuales de una etiología no clara, debido a una revictimización o incluso en ausencia de ésta. Incluso un suceso estresante o que recuerde al abuso sufrido puede hacer aparecer la sintomatología. ¹⁹

3.1.7.3 Asociación entre IVPH y AS

3.1.7.3.1 Epidemiología

La expresión clínica de una enfermedad de transmisión sexual puede ser la pauta para sospechar la posibilidad de AS, cuando esta se presenta en una edad que estrictamente no corresponde. El CDC estima que el riesgo de adquirir una ITS es bajo en niños víctimas de AS, reportando un 3.5% aproximadamente; y la posibilidad de adquirir VPH por esta vía es de 1.8% aproximadamente ²⁰, por lo que refiere que la IVPH es un dato de sospecha para abuso sexual, sin embargo, no puede ser considerada como diagnóstico definitivo. ²¹ Aun así la detección de los casos de AS es crucial para la protección de estos pacientes ya que existen importantes consecuencias a corto y largo plazo para el paciente y su familia. ^{18, 19}

3.1.7.3.2 Asociación

Debido a las diferentes formas de contagio, desde las primeras apariciones de IVPH documentadas en niños ha existido controversia acerca de la asociación entre el virus y el AS por este motivo los estudios publicados al respecto presentan estimadores muy diversos de prevalencia.

Hay estudios en donde los autores apoyan que se debe de investigar otras vías de transmisión en primer lugar, por ejemplo Insuasti y Martínez quienes en su estudio plantean que las IVPH han sido atribuidas como una ITS, sin embargo, la transmisión de VPH en mujeres sin contacto sexual e infantes sugiere que una transmisión vertical existe. ²² Mora Perdomo y cols describen que de una población de niñas de 2 a 8 años de edad, hijas de madres con VPH el 71.4 % presentó el virus, siendo la manifestación más común los condilomas, y en más de la mitad de las niñas la historia clínica sugiere la transmisión por autoinoculación, heteroinoculación o fómites. ² Bussen y cols por su parte realizaron un estudio de 1538 niños con 1 a 12 años de

los cuales 28 niños tenían condilomas acuminados donde 1.8% fueron cuestionables para abuso sexual después de una investigación multidisciplinaria y 16 casos no pudieron ser corroborados. Esto significa que en el 57% de los niños con condilomas anogenitales, la infección por VPH resultó tener una probabilidad más alta de transmisión por vía no sexual. ²³

En relación a la transmisión por vía sexual Marcoux y cols incluyeron en su estudio a 72 niños con IVPH de los cuales el 25 % (18 pacientes) eran casos sospechosos o confirmados de abuso sexual. ²⁴ Existen estudios que apoyan la asociación directa con la infección hasta en el 50 % de los casos como lo son el de Martínez y Sibón y el de De la Rosa y cols. quienes consideran que, al darse principalmente por esta vía, el condiloma acuminado puede ser considerado como un signo abuso sexual. ^{25, 26} Costa-Silva, Azevedo y Lisboa mencionan que en niños con condilomas anogenitales, los informes de AS han variado desde 0% al 80%, en su estudio de cohorte refieren que la sospecha de abuso sexual se planteó en al menos un tercio de los niños estudiados en los cuales no encontraron asociación estadísticamente significativa entre los subtipos de VPH y el modo de transmisión, apoyando que la genotipificación del VPH no es suficiente para establecer el modo de transmisión de verrugas anogenitales. ⁷ Por lo que si bien, la tipificación puede orientar a la fuente, no determina el modo de transmisión y ninguna de las vías de transmisión confirma o excluye el diagnóstico de abuso sexual. ^{13, 24}

Una revisión sistemática reporta, que, al parecer, el AS es más frecuente en niños mayores de 4 años, destacan la importancia de un historial médico detallado y un examen físico en el niño y cuidadores; así mismo, reportan que un enfoque clínico multidisciplinario mejora la capacidad de identificar el AS ²⁷.

3.1.7.3.3 Diagnóstico etiológico diferencial

Actualmente no contamos con métodos que nos permitan diferenciar con certeza las vías de transmisión del VPH en niños. Se propone que todo paciente con la infección

sea evaluado por un equipo interdisciplinario, el cual debe hacer un diagnóstico integral, analizando minuciosamente la historia clínica y familiar, los datos clínicos, psicológicos y sociales con la finalidad de descartar un probable abuso sexual. 2

3.1.8 Objetivo

Describir la frecuencia de AS en niños con IVPH, atendidos por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

3.1.9 Hipótesis

De acuerdo al objetivo descriptivo del presente estudio no tenemos hipótesis.

3.1.10 Métodos

Se realizará un estudio retrospectivo basado en la búsqueda de información en el registro del expediente hospitalario.

3.1.10.1 Clasificación de la investigación

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.1.10.2 Población

3.1.10.2.1 Población objetivo

Pacientes con IVPH de ambos sexos de 0 – 18 años de edad atendidos en la CAINM del INP.

3.1.10.2.2 Población elegible

Expedientes de pacientes con diagnóstico de IVPH registrados en la base de datos de atendidos en la clínica, de enero del 2009 a diciembre del 2019.

3.1.10.3 Criterios de selección

3.1.10.3.1 Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes de la CAINM con diagnóstico de IVPH, identificable con los términos: *condilomatosis, condiloma acuminado, verrugas genitales, enfermedad de Heck, papilomatosis laríngea y/o respiratoria.*

3.1.10.3.2 Criterios de exclusión

Expedientes de pacientes que no concluyeron el proceso de valoración interdisciplinaria de la CAINM para descartar abuso sexual.

3.1.10.4 Muestra

Se utilizarán los expedientes de todos los pacientes seleccionados mediante los criterios de inclusión y exclusión. En nuestro registro contamos con alrededor de 140 casos de pacientes con quienes evaluaremos los criterios de selección. La mayoría de estos pacientes cuentan con el resultado de la valoración interdisciplinaria para descartar abuso sexual. Al construir un intervalo de confianza de 95%, la precisión se calcula con la siguiente fórmula ²⁸:

$$d = z_{1-\alpha/2} \times \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Como se mencionó en la sección de antecedentes, con respecto a la prevalencia del AS en niños con IVPH están publicados los estimadores muy diversos, por lo que sustituiremos el P por el valor de 0.5, el cual genera el tamaño de muestra más con-

servador. Razonablemente podemos esperar que al menos 80% de los 140 casos mencionados serían elegibles, es decir, el n de la fórmula presentada se sustituye por 112, entonces, el valor de d resultará ser 0.09. Consideramos que esta precisión aporta un estimador valioso para las investigaciones que seguiremos realizando en nuestro servicio.

3.1.10.5 Variables

Las variables se encuentran en el apéndice (2).

3.1.10.6 Definiciones conceptuales

En el presente trabajo se utilizarán las siguientes definiciones conceptuales:

- Abuso sexual infantil (AS)

Se considera como acto sexual abusivo cualquier actividad con un menor, quien no tiene la edad para otorgar o consentir legalmente ninguna práctica sexual, o cuando este se produce para la gratificación sexual de un adulto o de un menor sustancialmente mayor. Estas actividades abarcan, contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, mano-genital, mano-rectal, o mano-senos. También incluye forzarlo a ver anatomía sexual y mostrar pornografía a un niño o usarlo en la producción de pornografía.²⁹

Para establecer el diagnóstico la CAINM sigue la propuesta de la OMS: valoración interdisciplinaria (pediátrica y psicológica) en busca de indicadores emocionales, versión de AS y exploración física, funcionando como una serie de herramientas clínicas.^{30, 31}

- Infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH)

Se considerará con IVPH a todos los pacientes con manifestaciones clínicas de VPH como son; condilomas, verrugas genitales, papiloma laríngeo, papiloma respiratorio, enfermedad de Heck, entre otras.

- Niños

En el trabajo que utilizará el término “niños” para referirse a niños, niñas o adolescentes de 0-18 años de edad.

3.1.10.7 Procedimiento

- Se identificarán los expedientes de los pacientes con diagnóstico de IVPH en la base de datos de la CAINM de enero del 2009 a diciembre del 2019.
- Se buscará únicamente la presencia o ausencia del diagnóstico de abuso sexual ya establecido por la CAINM en las notas de estos pacientes, así como las demás variables descritas en el apéndice (2).
- Se recopilarán los datos de los pacientes incluidos en el presente estudio en una hoja de cálculo de Excel de Microsoft.
- Se realizará el análisis estadístico de los datos.
- Se elaborará el manuscrito del artículo para su publicación.

3.1.11 Análisis estadístico

Se reportará el resultado descriptivo de las variables analizadas (las variables demográficas del paciente y de sus cuidadores, clínicas de IVPH, y de las valoraciones interdisciplinarias en relación con AS) por medio de la media y desviación estándar, si son cuantitativas, y por número de casos y porcentaje, si son cualitativas. El porcentaje de AS en los casos con IVPH canalizados a la CAINM se calculará como

proporción de AS confirmado por medio de la valoración interdisciplinaria en todos los casos de IVPH que recibimos. Este estimador puntual se reportará con su intervalo de confianza de 95%. Todos los análisis estadísticos se realizarán con el uso del paquete estadístico JMP11 de SAS Institute, Inc.

3.1.12 Bioética

Con la finalidad de recopilar los datos que nos permitan cumplir con los objetivos de esta investigación únicamente se revisarán las notas interdisciplinarias de la CAINM que se encuentran en los expedientes de los pacientes atendidos. En la hoja de recopilación de datos se identificará a los pacientes por su número de expediente para mantener la confidencialidad de su información y datos personales. La información de esta investigación será manejada solo por el personal de la CAINM y se guardará para su uso futuro en otros proyectos por un periodo máximo de 10 años.

3.1.13 Bioseguridad

Las actividades de nuestro proyecto no son experimentales, no se utilizarán agentes químicos o biológicos ni fuentes de radiaciones, por lo cual la realización de este protocolo no implica riesgo.

3.1.14 Cronograma de actividades

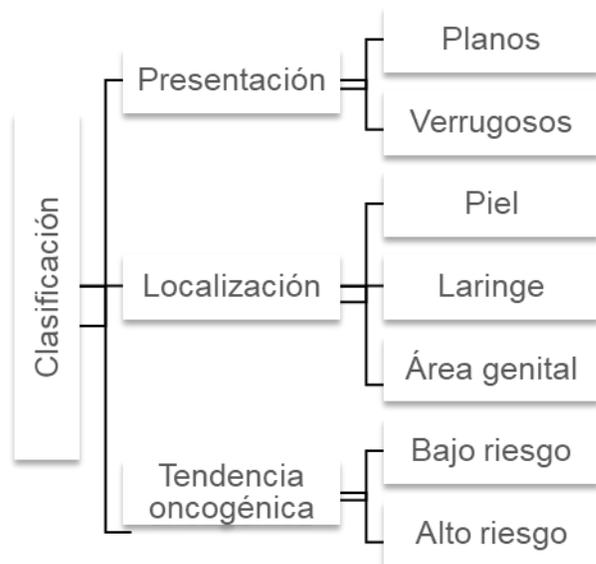
MES	ACTIVIDADES
Enero	Definir la pregunta de investigación y el tema a estudiar.
Febrero	Realizar la búsqueda de información documental.
Marzo	Elaborar el protocolo de investigación.
Abril-Agosto	Someter a comité el protocolo de investigación.

Septiembre	Seleccionar a los pacientes que se incluirán al estudio de la base de datos de la CAINM según los criterios de selección.
Octubre	Revisar los expedientes de los pacientes incluidos.
Noviembre	Integrar, tabular y graficar la información recopilada para su análisis.
Diciembre	Analizar la información recopilada y establecer conclusiones.
Enero	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar la revisión de la redacción y desarrollo del trabajo por un médico ajeno a la investigación. Últimos ajustes. • Elaborar el manuscrito del artículo para su publicación

3.1.15 Apéndice 1

3.1.15.1 Cuadro 1

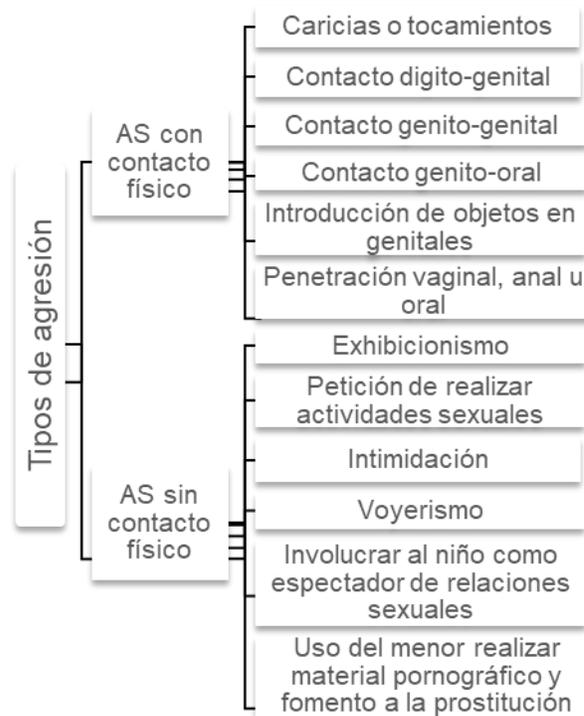
CLASIFICACIÓN DE LA IVPH EN NIÑOS



Basado en: García Piña C, Loredo Abdalá A, Sam Soto S. Infección por virus del papiloma humano en niños y su relación con abuso sexual. Acta Pediatr Mex. 2008;29(2):8-102.

3.1.15.2 Cuadro 2

TIPOS DE AGRESIÓN EN ABUSO SEXUAL



Basado en: García Piña C, Loredo Abdalá A, Gómez Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. Acta Pediatr Mex 2009;30(2):94-103.

3.1.15.3 Cuadro 3

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DE ABUSO SEXUAL/INDICADORES CLÍNICOS

Físicas	Problemas del sueño: pesadillas, insomnio, somnolencia.
	Pérdida de control de esfínteres enuresis, encopresis
De conducta	Cambios en los hábitos de alimentación: hiporexia, alimentación compulsiva, anorexia, bulimia.
	Consumo de drogas o alcohol.
	Huidas del hogar.
	Conductas autolesivas o suicidas.
	Conductas hiperactivas.
	Bajo rendimiento escolar.
Emocionales	Hostilidad y agresividad.
	Culpa y vergüenza.
	Depresión.
	Ansiedad.
	Baja autoestima y sentimientos de estigmatización.
	Rechazo de su cuerpo.
	Desconfianza y rencor hacia los adultos.
	Trastorno de estrés postraumático.
	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad.
	Masturbación compulsiva.
Sexuales	Excesiva curiosidad sexual.
	Conductas exhibicionistas.
	Agresión sexual hacia otros menores.
	Rechazo a las caricias, besos o al contacto físico.
	Problemas de identidad sexual
	Sociales
Retraimiento escolar.	
Aislamiento.	
Conductas antisociales	

Modificado de: García Piña C, Loredo Abdalá A, Gómez Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. Acta Pe-
diatr Mex 2009;30(2):94-103.

3.1.15.4 Tabla 1

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE LA IVPH EN NIÑOS

Transmisión vertical	Vía ascendente (Periconcepcional o prenatal)	A través de las membranas. Por vía hematógena o transplacentaria
	Vía descendente (Perinatal)	A través del canal de parto
Transmisión horizontal	Transmisión no sexual	Autoinoculación
		Heteroinoculación
		Por fomites
	Transmisión sexual	Contacto genital-genital. Contacto genital-anal Tocamientos

Modificado de: Marcoux, D., Nadeau, K., McCuaig, C., Powell, J., & Oigny, L. Pediatric Anogenital Warts: A 7-Year Review of Children Referred to a Tertiary-Care Hospital in Montreal, Canada. *Pediatric Dermatology*. 2006;23(3):199–207. Y García Piña C, Loredó Abdalá A, Sam Soto S. Infección por virus del papiloma humano en niños y su relación con abuso sexual. *Acta Pediatr Mex*. 2008;29(2):8-102.

3.1.16 Apéndice 2

3.1.16.1 Tabla de descripción de variables

Variable	Tipo	Unidad de medición o Categorías	Definición operacional
Demográficas			
Edad	Cuanti-	Años y me-	Edad cronológica en años y

	tativa continua	ses	meses cumplidos del paciente al momento de la interconsulta
Sexo	Cualita- tiva no- minal dicotó- mica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Sexo biológico de los pacien- tes, registrado en las notas de la CAINM
Múltiples cuidadores	Cualita- tiva no- minal dicotó- mica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	3 o más cuidadores referidos por la persona que acude a la primera entrevista interdisci- plinaria
Edad de los padres	Cuanti- tativa continua	Años	Edad cronológica en años de los padres referida por quien acude a la primera entrevista interdisciplinaria
Escolaridad de los padres	Cualita- tiva nominal politómi- ca	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estu- dios: No sabe leer ni escribir • Sin estu- dios: Sabe leer y/o escribir • Primaria • Secunda- ria • Preparato- ria 	Escolaridad de los padres re- ferida por quien acude a la primera entrevista interdisci- plinaria

		<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura • Posgrado 	
Cuidador con VPH	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Antecedente de IVPH en alguno de los cuidadores referido en alguna de las entrevistas interdisciplinarias
Datos de la interconsulta			
Servicio interconsultante	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias: Prehospitalización • Urgencias: Hospitalización • Consulta externa de pediatría • Dermatología • Otro (referir cuál) 	Servicio interconsultante referido en la solicitud de interconsulta o en las notas de la CAINM
Diagnóstico de base	Cualitativa nominal dicotómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Previamente sano/a • Otro (referir cuál) 	Diagnóstico de base referido en la solicitud de interconsulta o en las notas de la CAINM
Motivo de interconsulta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • IVPH • Pb AS 	Motivo de interconsulta referido en la solicitud de intercon-

	mina politómi- ca	<ul style="list-style-type: none"> • Otro (referir cuál) 	sulta o en las notas de la CAINM
Manifestaciones Clínicas de IVPH			
Presentación	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Condilomas planos • Verrugas 	Presentación clínica de la IVPH referida en las notas médicas de la CAINM
Localización	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Piel • Boca, laringe o tracto respiratorio • Área genito-anal 	Localización de la IVPH referida en las notas médicas de la CAINM
Diagnóstico			
Diagnóstico de AS por la CAINM	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Diagnóstico de AS referido en las notas de valoración interdisciplinaria de la CAINM.

3.1.17 Referencias

1. Hornor G. Sexually Transmitted Infections and Children: What the PNP Should Know. JPediatrHealthCare. 2016;31(2):222-229.

2. Mora Perdomo E, Perdomo Soret L, Muñoz M, Guevara Rivas H, Cardozo Castellano R, Ortunio Calabres M. Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(2):108-115.
3. Hornor G. Ano-Genital Warts in Children: Sexual Abuse or Not?. *JPediatrHealthCare*. 2004;18(1):165-170.
4. García Piña C, Loredo Abdalá A, Sam Soto S. Infección por virus del papiloma humano en niños y su relación con abuso sexual. *Acta Pediatr Mex*. 2008;29(2):8-102.
5. Reina J, Muñoz N, Sánchez G. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colombia Médica*. 2008;39(2):1-6.
6. Lizano Soberón M, Carrillo García A, Contreras Paredes A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Cancerología*. 2009;4(1):205-216.
7. Costa-Silva M, Azevedo F, Lisboa C. Anogenital warts in children: Analysis of a cohort of 34 prepubertal children. *PediatricDermatology*. 2018;1(1):1-3.
8. Doerfler D, Bernhaus A, Kottmel A, Sam C, Koelle D, Joura E. Human papilloma virus infection prior to coitarche. *Am J ObstetGynecol*.
9. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *APMIS*. 2010;118(1):494–509.
10. Faisal I, Serajuddaula S, Saeeda B. Perception of HPV in Children. *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*. 2014;3(1):48-52.
11. Loredo Abdalá A, Bustos Valenzuela V, Trejo Hernández J, Sánchez Velásquez A. Maltrato al menor: Una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Méd Hosp. Infant Méx* 1999;56(1):129
12. Loredo Abdalá A. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En: Loredo-Abdalá Maltrato en Niños y Adolescentes. Editores de Textos Mexicanos 2004;1(1):17-27.
13. Mouescaa J, Indart de Arzaa M, Stabilitoa L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(5):438-444.

14. WHO | World Health Organization says violence against children can and must be prevented [Internet]. Who.int. 2019 [cited 24 June 2019]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/en/>.
15. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. *Pediatrics*. 1999;3(1):186-190.
16. Kellogg N and the committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation on sexual abuse in children's. *Pediatrics* 2005;116(1):506-512.
17. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y Secretaría de Gobernación. Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) [Internet]. INEGI. 2014 [cited 25 February 2019]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/ecopred/2014>.
18. García Piña C, Loredó Abdalá A, Gómez Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(2):94-103.
19. Cantón Cortés D, Cortés M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*. 2015;31(2):552-560.
20. Centers for Disease Control: Sexually transmitted diseases, treatment guidelines MMWR. 2005;51(1):1-78.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *CDC MMWR Recomm Rep*. 2015;64(3):104-110.
22. Insuasti Abarca W, Martínez Asnalema D. Condiloma acuminado en pediatría. *Revista Gastrohnp*. 2016;18(1):18-24.
23. Bussen, S., Sütterlin, M., Schmidt, U., & Bussen, D. Anogenital Warts in Childhood – Always a Marker for Sexual Abuse?. *Geburtsh Frauenheilk*. 2012;72(1);43–48.
24. Marcoux, D., Nadeau, K., McCuaig, C., Powell, J., & Olinny, L. Pediatric Anogenital Warts: A 7-Year Review of Children Referred to a Tertiary-Care Hospital in Montreal, Canada. *Pediatric Dermatology*. 2006;23(3):199–207.
25. Martínez García P, Sibón Olano A. Condiloma acuminado: elemento de prueba en agresión sexual. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2001;23(1):49-53.

26. Candia de la Rosa R, Córdova González I, Flores Juárez A, Rico Olvera H. Condiloma acuminado en un niño, signo de abuso sexual. Reporte de un caso. Rev Sanid Milit Mex. 2003;57(6):402-405.
27. Costa-Silva M, Fernandes I, Rodrigues AG, Lisboa C. Anogenital warts in pediatric population. An Bras Dermatol. 2017;92(5):675-81.
28. Lemeshow S, Hosmer D. W, Klar J, Lwanga S. K. Adequacy of Sample Size in Health Studies. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd; 1990. pp. 1-4.
29. Maltrato infantil [Internet]. Who.int. 2019 [cited 24 June 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
30. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud de Chile. GUÍA CLÍNICA Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. UNICEF; 2011.

3.2 Reporte de modelo STROBE

3.2.1 Introducción

La infección por virus del papiloma humano (IVPH), es la infección de transmisión sexual (ITS) más común en el mundo por lo cual ha sido ampliamente estudiada en la población adulta, sin embargo en las últimas décadas su incidencia ha incrementado rápidamente, lo cual ha favorecido la aparición cada vez más frecuente de esta infección en edades pediátricas donde anteriormente no se presentaba, esto ha generado una necesidad creciente de información de la IVPH en este grupo particular ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}

A pesar de las múltiples manifestaciones mucosas y cutáneas de esta infección en niños, niñas y adolescentes (NNA), la presentación clínica más reportada en la literatura son las verrugas anogenitales o condilomas, únicamente por esto es

común que los profesionales de la salud sugieran como primera opción el contacto o abuso sexual (AS) como mecanismo de transmisión 4, 8 y al presentarse como papiloma laríngeo o verrugas en otras zonas de la piel descarten inmediatamente la posibilidad del mismo, lo cual refleja en los profesionales que un escaso conocimiento y sensibilización en el tema, ya que sin la recopilación de información clínica completa y la determinación del contexto familiar y social no se puede confirmar o descartar el diagnóstico de AS. 1, 2, 3, 9

A diferencia de los adultos las IVPH en niños suelen ser transitorias y asintomáticas, y son ocasionadas por subtipos considerados de bajo riesgo oncogénico, además en esta etapa de la vida son posibles otras formas de contagio por transmisión vertical u horizontal (ver 3.1.15.1). 1, 2, 3, 10 Actualmente no contamos con métodos que permitan diferenciar con certeza los mecanismos de transmisión ya que ni el genotipo del virus ni las características clínicas de la infección permiten identificarlos. 1, 2, 4, 11, 12

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema frecuente cuyo impacto físico, emocional y legal puede ocasionar secuelas graves a corto, mediano y largo plazo para el paciente y su familia. 10, 11, 13, 14, 15 El diagnóstico del AS es un reto debido a su complejidad y a la ausencia de personal capacitado (áreas de medicina y psicología principalmente) para su atención que pueda realizar una evaluación interdisciplinaria sistematizada, metódica y ética como propone la OMS, en busca de indicadores asociados a AS (alteraciones conductuales, versión de AS y/o datos a la exploración genitoanal). 9

El diagnóstico de la IVPH en NNA como evidencia de AS es controvertido y ha sido poco estudiado. Aunque en estos pacientes el origen de la infección generalmente permanece oculto, pueden no encontrarse datos asociados a AS y otros hallazgos a la exploración física son infrecuentes 1, 2, 3, 10,16 no se ha definido una edad por debajo de la cual pueda excluirse esta hipótesis, no obstante, la transmisión no sexual debe considerarse seriamente siempre que no haya datos asociados. 2, 4

Debido a los diferentes mecanismos de transmisión de la IVPH y a la complejidad del diagnóstico de AS, los estudios existentes a nivel internacional de la asociación entre ambos diagnósticos presentan porcentajes muy diversos de AS en NNA con la infección ³ y en México actualmente no contamos con un estimador de esta frecuencia relativa que es fundamental para generar estudios que nos permitan la identificación de los casos en esta población. Los indicadores asociados a AS funcionan como una serie de herramientas clínicas que podríamos someter a una prueba diagnóstica organizándolos como una cadena de cambio de probabilidades ^{17, 18} donde este estimador serviría como probabilidad preprueba primaria del método estadístico bayesiano para la obtención de una probabilidad postprueba que nos aporte información que permita una mejor atención de estos pacientes, por este motivo el objetivo de este trabajo fue describir la frecuencia de AS en niños con IVPH, atendidos por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM – INP).

3.2.2 Métodos

3.2.2.1 Selección de pacientes

Revisamos retrospectivamente los expedientes clínicos de pacientes con edad comprendida entre cero y 18 años de ambos sexos registrados en la base de datos de IVPH de la CAINM – INP de enero a diciembre del 2019.

El protocolo fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Pediatría, registrados oficialmente en la Oficina de Protección de la Investigación Humana del NIH (<http://ohrp.cit.nih.gov/search/search.aspx>). Toda la información de los sujetos se manejó de manera confidencial.

3.2.2.2 Criterios de Inclusión

Se incluyeron todos los expedientes con diagnóstico de IVPH identificable con los términos: condilomatosis, condiloma acuminado, verrugas genitales, enfermedad de

Heck, papilomatosis laríngea y/o respiratoria. Excluimos a aquellos pacientes que no concluyeron el proceso de valoración interdisciplinaria según las notas del servicio.

3.2.2.3 Recopilación de datos

Después de la identificación de los pacientes se recopilaron los siguientes datos: diagnóstico de AS (registrado en las notas de la CAINM – INP), datos demográficos del paciente y sus cuidadores primarios (edad, sexo y escolaridad de los padres), paciente multicuidado (con más de 2 cuidadores principales), presencia de cuidador con VPH (referido por los familiares en la entrevista interdisciplinaria), antecedente familiar de AS (en los cuidadores primarios), presentación clínica (condilomas papilomatosis laríngea o úlceras orales que cumplen criterios para enfermedad de Heck ¹⁹) y localización de los condilomas (en piel, anogenitales y en boca o laringe) características de la infección (persistencia o reincidencia de las lesiones, tiempo de duración de la infección y complicaciones), herramientas clínicas para el diagnóstico de AS (alteraciones conductuales, versión de AS y datos a la exploración genitoanal), otras formas de maltrato (si se presentaron o no y frecuencia de las presentadas) y aviso a la autoridad (notificación o denuncia).

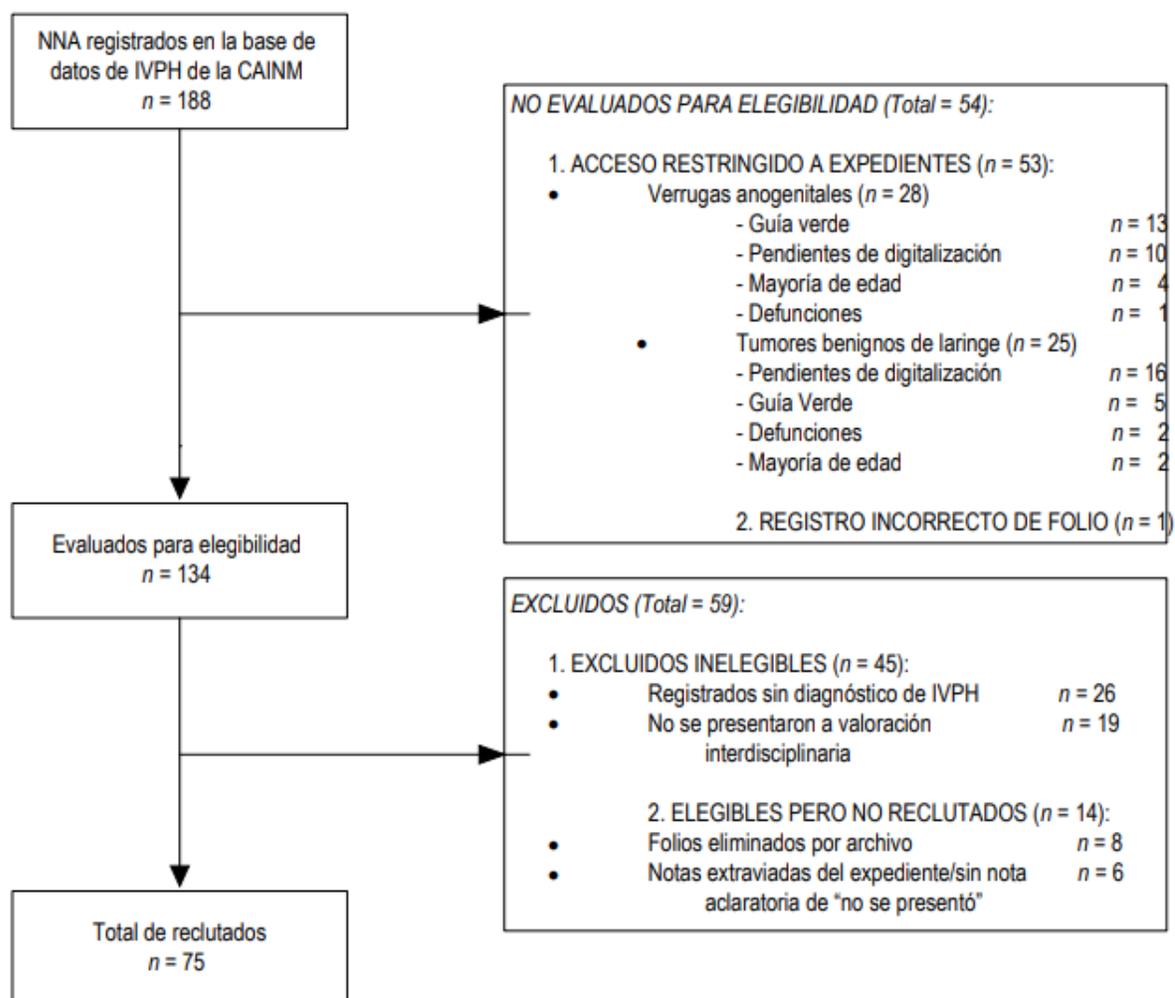
El porcentaje de AS en los casos con IVPH canalizados a la CAINM – INP se calculó como proporción del AS confirmado por medio de la valoración interdisciplinaria en todos los casos que recibimos, se analizaron las variables encontradas y su asociación con el diagnóstico de AS por medio de la media y desviación estándar para las cuantitativas y por número de casos y porcentaje para las cualitativas.). El análisis estadístico se realizó con el uso del paquete estadístico JMP11 de SAS Institute, Inc.

3.2.3 Resultados

De los 188 NNA registrados en la base de datos de IVPH de la CAINM – INP no fueron evaluados para elegibilidad 54 pacientes debido a acceso restringido a los

expedientes, se evaluaron 134 casos de los cuales se excluyeron 45 por ser inelegibles y no se reclutaron 14 por ser expedientes de folios eliminados por archivo o tener notas extraviadas. El total de pacientes reclutados fue de 75 NNA.

Figura 1. Proceso de reclutamiento de pacientes. Diagrama de Flujo



La frecuencia de abuso sexual en niños con IVPH fue de 31% [IC 95% 0.21, 0.42], la media de edad de los pacientes reclutados fue de 5.9 años (3.6 DE), 39 pacientes (52%) tuvieron entre cero a 6 años, 31 pacientes (41%) de 6 a 12 años y 5 pacientes (7%) de 12 a 18 años. La diferencia entre las medias de edad de los que tuvieron diagnóstico de AS comparado con los que no lo tuvieron no fue significativa. 47 NNA (63%) eran mujeres y 28 (37%) hombres. La asociación entre el diagnóstico de AS y

un paciente multicuidado fue significativa 48/75 pacientes (64%) reportaron más de 2 cuidadores primarios de los cuales 27 (87%) tuvo diagnóstico de AS (P 0.006).

3.2.3.1 Cuidadores

En las 75 intervenciones 19 (25%) familias reportaron la presencia de un cuidador con VPH, siendo más común encontrarlo en pacientes con diagnóstico de AS descartado, lo que representa el 29 % (15 casos) de los pacientes. En cuanto a la edad de las madres tuvimos una media de 27.5 años (6.4 DE) y en los padres la media de edad fue 31 años (7.0 DE). Los niveles más comunes de escolaridad fueron medio y medio superior en las madres 16 casos (31%) y nivel medio en los padres 18 casos (47%). Se encontró antecedente familiar de abuso sexual en 14 de ellos (19%), la asociación entre el antecedente y diagnóstico fue significativa (P 0.017).

3.2.3.2 Presentación y características clínicas de la IVPH

La presentación más común en nuestros pacientes fueron los condilomas 72/75 casos (96%), solo se identificó papilomatosis laríngea en 4 (5%) de ellos y úlceras orales con criterios para enfermedad de Heck en 1 caso (1%), no se encontró una asociación clara con la presencia o ausencia de diagnóstico de AS. La localización más frecuente de los condilomas fue la región anogenital en 68 pacientes (91%), seguidos por la piel en 7 (9%) y menos común en boca o laringe en 4 (5%).

Las lesiones persistieron o reincidieron en 31 casos (41%) de los cuales 12 (52%) tuvieron diagnóstico de AS y 19 (37%) fueron descartados y la IVPH duró de 6 a 12 meses en 14 (19%), de 12 a 24 meses en 12 (16%) y más de 24 meses en 5 (7%).

Del total de los casos estudiados se complicaron únicamente 7(9%) y la asociación entre la persistencia o reincidencia, tiempo de duración de lesiones y complicaciones con el diagnóstico de AS no fue significativa.

3.2.3.3 Diagnóstico de AS

De los 23 casos con diagnóstico de AS tuvieron versión 15 (65%), alteraciones conductuales 19 (83%) y en 7 (22%) se reportaron datos a la exploración física.

3.2.3.4 Otras formas de MI

Se presentaron 35 (47%) variantes de MI adicionales, en 17 (74%) la asociación con AS fue altamente significativa ($P < 0.002$), y en 18 (35%) se descartó este diagnóstico. La forma de MI más común fue la negligencia, que se presentó en 18/35 pacientes (51%), seguida de abuso físico y exposición a violencia con 12/35 pacientes cada uno lo que representa el 34% de los casos con otras formas de MI.

3.2.3.5 Aviso a las autoridades

Se notificaron o denunciaron 17 de los 75 casos (23%), con mayor frecuencia en presencia de abuso sexual 13 (57%) lo cual está altamente asociado ($P < 0.001$), sin embargo también se notificaron 4 casos con diagnóstico de AS descartado (8%).

Tabla 1. Prevalencia estimada de abuso sexual en los pacientes canalizados al servicio de CAINM con IVPH

	n/Total	Prevalencia [IC 95%]
Diagnóstico de abuso sexual	23/75	0.31 [0.21, 0.42]

IC 95%: Intervalo de confianza de 95%

Tabla 2. Característica de los pacientes canalizados a la CAINM y su comparación entre los pacientes con diagnóstico de AS y AS descartado.

Variables	Total (n=75)	Dx de AS (n=23)	AS descartado (n=52)	Valor de P
-----------	--------------	-----------------	----------------------	------------

<i>Paciente</i>				
Edad [años], media (DE)	5.9 (3.6)	6.6 (3.2)	5.6 (3.8)	0.272
Grupo etario				0.605
0-6	39 (52%)	10 (43%)	29 (56%)	
6-12	31 (41%)	11 (9%)	20 (38%)	
12-18	5 (7%)	2 (9%)	3 (6%)	
Sexo [femenino]	47 (63%)	15 (65%)	32 (62%)	0.761
Multicuidado	48 (64%)	27 (87%)	37 (54%)	0.006
<i>Cuidador</i>				
Cuidador con VPH	19 (25%)	4 (17%)	15 (29%)	0.293
Edad de la madre [años], media (DE)	27.5 (6.4)	27.8 (5.6)	27.3 (6.7)	0.750
Edad del padre [años], media (DE)	31.0 (7.0)	31.6 (7.2)	30.7 (7.0)	0.646
Escolaridad de la madre (n=51)				0.012
Nivel Básico	12 (24%)	2 (12%)	10 (29%)	
Nivel Medio	16 (31%)	10 (59%)	6 (18%)	
Nivel Medio Superior	16 (31%)	2 (12%)	14 (41%)	
Nivel Superior	7 (14%)	3 (18%)	4 (12%)	
Escolaridad del padre (n=38)				0.423
Sin Estudios	2 (5%)	1 (7%)	1 (4%)	
Nivel Básico	8 (21%)	3 (20%)	5 (22%)	
Nivel Medio	18 (47%)	7 (47%)	11 (48%)	
Nivel Medio Superior	8 (21%)	2 (13%)	6 (26%)	
Nivel Superior	2 (5%)	2 (13%)	0 (0%)	
Antecedente familiar de abuso sexual	14 (19%)	8 (35%)	6 (12%)	0.017
<i>Presentación clínica de la IVPH</i>				
Condilomas	72 (96%)	22 (96%)	50 (96%)	0.919
Localización de los condilomas				
Piel	7 (9%)	2 (9%)	5 (10%)	0.900
Anogenitales	68 (91%)	21 (91%)	47 (90%)	0.900
Boca o Laringe	2 (3%)	1 (4%)	1 (2%)	0.548
Papilomatosis Laríngea	4 (5%)	1 (4%)	3 (6%)	0.801
Úlceras orales	1 (1%)	0 (0%)	1 (2%)	0.503
<i>Características clínicas de la IVPH</i>				

Reincidencia/Persistencia	31 (41%)	12 (52%)	19 (37%)	0.205
Duración de la IVPH				0.330
Menor de 6 meses [sí]	44 (59%)	11 (48%)	33 (63%)	
6-12 meses	14 (19%)	7 (30%)	7 (13%)	
12-24 meses	12 (16%)	4 (17%)	8 (15%)	
Más de 24 meses	5 (7%)	1 (4%)	4 (8%)	
Complicaciones	7 (9%)	3 (13%)	4(8%)	0.463
<i>Diagnóstico de abuso sexual</i>				
Versión	15 (20%)	15 (65%)	---	---
Alteraciones conductuales	24 (32%)	19 (83%)	---	---
Exploración física	7 (9%)	5 (22%)	---	---
Otras formas de MI	35 (47%)	17 (74%)	18 (35%)	0.002
Tipo de MI asociado				
Negligencia	18/35 (51%)	12 (71%)	6 (33%)	0.275
Abuso Físico	12/35 (34%)	5 (29%)	7 (39%)	0.555
Abuso psicológico	8/35 (23%)	3 (18%)	5 (28%)	0.476
Exposición a violencia	12/35 (34%)	5 (29%)	7 (39%)	0.555
Otras	6/35 (17%)	4 (24%)	2 (11%)	0.323
<i>Aviso a las autoridades</i>				
Notificación	17 (23%)	13 (57%)	4 (8%)	<0.001

(Solo úlceras orales que cumplen con criterios para enfermedad de Heck)

3.2.4 Discusión

El principal hallazgo de este estudio retrospectivo fue la frecuencia del 31 % [IC 95% 0.21, 0.42] de AS en NNA con IVPH, lo que representa el primer estimador existente en el país de la asociación entre ambos diagnósticos. Lo consideramos valioso a pesar de su intervalo amplio debido al tamaño de la muestra, esto contrasta con diferentes estimadores en la literatura mundial que reportan frecuencias de entre cero y 80% menos confiables. ³

Es importante mencionar que no se encontró una media de edad que se asociara de manera significativa con la presencia o ausencia del diagnóstico de AS, de la misma forma no podemos fijar una edad por debajo de la cual se pueda descartar este diagnóstico como se ha mencionado en los estudios ya existentes, a pesar de esto la IVPH se presentó con mayor frecuencia en niños menores de 12 años de edad esto puede estar relacionado con la aparición transitoria de esta infección en NNA. ^{1, 2, 4, 6, 8}

Encontramos también que el 64 % de los pacientes con IVPH son cuidados por múltiples personas, lo cual incrementa la probabilidad de que estos casos presenten diagnóstico de abuso en el 87% y correlaciona con los datos encontrados en otros estudios. ⁹

Los casos en los que se refirió un cuidador con VPH, como era esperado, tuvieron menos probabilidad de presentar AS. La presentación más encontrada de la infección fueron los condilomas y su localización más frecuente fue en región anogenital, dicho datos son similares a los encontrados en otros artículos donde la transmisión vertical existe. Nuevamente no encontramos asociación entre la presentación y las características clínicas de la IVPH con AS. ^{1, 2, 3, 4, 12}

Al ser un una revisión retrospectiva de los casos de papiloma humano en la CAINM - INP, ya contamos con un diagnóstico establecido de AS que fue realizado en su momento por el equipo interdisciplinario, por lo tanto no se describe cuáles fueron los indicadores presentados (versión, alteraciones conductuales, datos a la exploración física) que se usaron como criterios del mismo ya que no es el objetivo de este trabajo. Únicamente se registró la frecuencia de los NNA con el diagnóstico que presentaron cada grupo de indicadores; versión 15 (65%), alteraciones conductuales 19 (83%) y datos a la exploración física asociados en 7 (22%), estos datos se analizarán a detalle en futuros estudios. ⁹

35 casos que representan el 47 % de nuestra población estudiada presentaron otras formas de MI. Como reportan diversos artículos presentar una forma de MI aumenta

el riesgo de presentar otras variantes. ²⁰ En este trabajo esa asociación fue significativa con AS en el 74 %, es interesante mencionar que el solo presentar una IVPH aumentó el riesgo de maltrato en 35% de los pacientes, lo cual representa la necesidad de una valoración interdisciplinaria en todos los casos de NNA que presenten la infección.

La variante más común de MI encontrada fue la negligencia, sin embargo también se asoció abuso físico y exposición a violencia lo cual no ha sido abordado en otras investigaciones.

La notificación o denuncia estuvo relacionada lógicamente con los casos de AS en el 57% debido a que la CAINM – INP notifica los casos de MI y asesora a las familias para realizar la denuncia. En 4 casos que no tuvieron diagnóstico de AS se notificó, 3 de ellos se notificaron por presentar formas de maltrato asociadas pero en 1 caso otro hospital notificó al Ministerio Público sin realizar previa valoración interdisciplinaria, cabe mencionar que en este paciente la clínica no encontró datos asociados a AS u otras variantes de MI.

La obtención de la frecuencia de AS en NNA con IVPH representa una aportación significativa para el estudio de los casos ya que nos permite tener un mayor conocimiento de esta población. La probabilidad encontrada genera indudablemente la necesidad en estos pacientes de descartar un abuso aunque la mayoría no lo presenten.

El diagnóstico de AS es complejo y el personal de la salud usualmente no está capacitado para efectuarlo y abordarlo adecuadamente. La realización de una prueba diagnóstica de los indicadores asociados a este tipo de maltrato (con la frecuencia reportada como probabilidad preprueba primaria) sería benéfico para aportar valor a la búsqueda intencionada de dichos indicadores y poder sugerir una estrategia de abordaje específica para los pacientes con IVPH en edades pediátricas.

3.2.5 Conclusión

Este estudio logró estimar la frecuencia de AS en NNA con IVPH en la población del INP, al ser un hospital de referencia nacional esta población puede representar lo ocurrido en diferentes zonas del país con estos pacientes. Este estimador por lo tanto es valioso y puede ser utilizado en México para el diseño de nuevos estudios que permitan la creación de estrategias para la adecuada atención de la infección en este grupo de edad.

3.2.6 Bibliografías

1. Mouescaa J, Indart de Arzaa M, Stabilitoa L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. Arch Argent Pediatr. 2012;110(5):438-444.
2. Insuasti Abarca W, Martínez Asnalema D. Condiloma acuminado en pediatría. Revista Gastrohnp. 2016;18(1):18-24.
3. Costa-Silva M, Azevedo F, Lisboa C. Anogenital warts in children: Analysis of a cohort of 34 prepubertal children. Pediatric Dermatology 2018;1–3. 2018;1(1):1-3.
4. García Piña C, Loredo Abdalá A, Sam Soto S. Infección por virus del papiloma humano en niños y su relación con abuso sexual. Acta Pediatr Mex. 2008;29(2):8-102.
5. Díaz Sabogal D, Curcoy Barcenilla A, Trenchs Sainz de la Maza V, Giménez Roca C, Luaces Cubells C. Malalties de transmissió sexual a urgències pediàtriques. Pediatr Catalana. 2014;74(4):62-159.
6. Mora Perdomo E, Perdomo Soret L, Muñoz M, Guevara Rivas H, Cardozo Castellano R, Ortunio Calabres M. Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73(2):108-115.
7. César Reina J, Muñoz N, Sánchez G. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. Colombia Médica. 2008;39(2):1-6.
8. Mammas I, Sourvinos G, Spandidos D. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. Eur J Pediatr. 2009;168(1):267–273.

9. García Piña C, Loredó Abdalá A, Gómez Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(2):94-103.
10. Hornor G. Sexually Transmitted Infections and Children: What the PNP Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*. 2016;31(2):222-229.
11. Sam Soto S, Gayón Vera E, García Piña C. Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(7):404-16.
12. Fong H, Christian C. Evaluating Sexually Transmitted Infections in Sexually Abused Children: New Techniques to Identify Old Infections. *Child Abuse and Neglect Prevention*. 2012;13(3):202-212.
13. Hammerschlag M, Guillén C. Medical and Legal Implications of Testing for Sexually Transmitted Infections in Children. *CLIN MICROBIOL REV*. 2010;23(3):493–506.
14. Hornor G. Common Conditions That Mimic Findings of Sexual Abuse. *Journal of Pediatric Health Care*. 2009;23(5):283-288.
15. Cantón Cortés D, Cortés M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*. 2015;31(2):552-560.
16. Myhrea A, Adamsa J, Kaufholda M, Davisa J, Suresha P, Kuelbs C. Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2013;1(1):1-10.
17. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud de Chile. GUÍA CLÍNICA Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual. UNICEF; 201130protoc.
19. Yarmuch G P, Chaparro R X, Fischer S C, Benveniste S. Enfermedad de Heck: A propósito de un caso. *Rev Chilena Dermatol*. 2012;28(4):431-434.
20. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline. Child abuse and neglect. Reino Unido: NICE; 2017 p. 1-58

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

4.1 Tiempo que acudió el pasante a Servicio Social y horarios de trabajo

Mi servicio social fue realizado del 1 de febrero del 2019 al 31 de enero del 2020, de lunes a viernes con horario de 8 a 16 hrs, durante este tiempo gocé de 2 periodos vacacionales de 10 días, cumpliendo cerca de 1,700 horas de labor intramuros más actividades adicionales.

4.2 Objetivos generales

- Realizar un proyecto de investigación que abordara la frecuencia de presentación del Abuso Sexual en NNA con Infección por Virus del Papiloma Humano
- Diseñar una nueva base de datos para el registro de los pacientes de CAINM y las diferentes formas de maltrato que presentaron
- Formar parte de las entrevistas interdisciplinarias para la atención de pacientes de primera vez
- Participar de manera dinámica en las distintas actividades de la CAINM

4.3 Actividades realizadas

1. Investigación

- Elaboración de protocolo de investigación (búsqueda de información documental, asesorías metodológicas y por asesora INP, redacción del trabajo)
- Presentación del protocolo a los comités de bioética e investigación del instituto (elaboración de solicitudes, presentación y correcciones con controles de cambios para 2 sesiones del comité de bioética y 1 sesión del comité de investigación, hasta su aprobación)
- Revisión electrónica y en archivo clínico de los expedientes registrados en la base de datos de IVPH de la CAINM

- Elaboración de hoja de resultados y análisis estadístico (sesiones con asesores INP)
- Registro de resultados y reporte modelo STROBE para la generación del artículo científico que se publicará (redacción y correcciones, sesiones con asesores INP)

2. Base de datos CAINM

- Diseño de nueva base de datos para la CAINM
- Corrección y registro correcto de 714 pacientes cautivos registrados del 2013 al 2018.
- Registro de 182 nuevos pacientes a la base de 2019-2020.
- Elaboración de lista y unificación de códigos CIE usados para el registro del diagnóstico de maltrato infantil
- Elaboración de base de registro de interconsultas y mejoría en la captación de las mismas para el archivo físico de la clínica. Se registraron 214 interconsultas en el año, logrando el archivo físico de más del 95 % de las interconsultas recibidas. (Se elaboraron cierres mensuales y un cierre anual, datos que fueron reportados mes con mes a las áreas correspondientes.)
- Elaboración y envío de 3 informes solicitados por la dirección en el año.
- Propuesta para la creación de un formato para el registro de los pacientes que se pueda utilizar durante la consulta interdisciplinaria.

3. Entrevistas interdisciplinarias

- Acudí a más de 200 entrevistas interdisciplinarias de 1ª vez en el año, en las cuales participé activamente.
- Elaboré 9 notas interdisciplinarias y participé en la elaboración en conjunto de 3.
- Acudí a buscar a familiares, dejar citatorios, citas de seguimiento, visitar a pacientes hospitalizados, comentar casos con los médicos tratantes y dejar notas de evolución, agendé citas de pacientes y

participé en reuniones con familiares o autoridades, sesiones de casos clínicos donde se presentaron pacientes de CAINM e informes de notificación entre otros.

4. Congresos y talleres

- Participé en el congreso anual que realiza la CAINM titulado Enfoque Integral del Maltrato Infantil, como asistente y como ponente.
- Acudí a la serie de talleres mensuales que realiza la CAINM para pacientes, familiares y personas interesadas en el tema.
- Acudí al congreso de actualización en pediatría que realizó en INP
- Acudí a la capacitación anual de la CAINM en derechos humanos

5. Sesiones

- Acudí a todas las sesiones de revisión de casos hospitalizados y externos que se realizaron en el año los días lunes, así como a las sesiones extraoficiales a las que fui convocada.
- Me presenté a 11 sesiones generales que realizó el instituto y a 2 de casos clínicos.
- Acudí junto con el equipo de la CAINM a 3 sesiones convocadas por los servicios tratantes de pacientes atendidos por la clínica
- Participé en 3 clases de residentes o estudiantes de medicina sobre maltrato infantil.

6. Guía de Práctica Clínica de Abuso Físico

- Participé dinámicamente durante el año en la elaboración de la primera GPC de abuso físico en México en colaboración con el DIF (Realicé revisiones de artículos, acudí a sesiones y mesas de trabajo para redacción y modificaciones, redacté recomendaciones con base en las evidencias encontradas).

4.4 Evidencias



SALUD 2019 Ministerio de Salud Pública
Centro de Estudios de Estadística y Análisis de Datos

INP

INTERCONSULTAS 2019

MES	EXPEDIENTE	FOJG	Total de Atenciones
			1.8.18.6
ENERO	10	6	18
FEBRERO	10	9	19
MARZO	12	2	14
ABRIL	12	5	17
MAYO	15	5	20
JUNIO	15	6	21
JULIO	20	7	27
AGOSTO	14	6	20
SEPTIEMBRE	15	4	19
OCTUBRE	16	5	21
NOVIEMBRE	7	6	13
DICIEMBRE	10	4	14
Total	143	61	204

EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



Otorga la presente
CONSTANCIA

A: **KARINA PÉREZ CALVILLO**
Por su participación como: **Asistente al VII CONGRESO ENFOQUE INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL**
Realizado en la Ciudad de México, del 27 al 29 de mayo del 2019
Con una duración de 18 horas

[Signature]

Dr. SALIM KURI AYALA
Jefe del Depto. de Educación Médica Continua

[Signature]

Dra. CORINA ARACELI GARCÍA PEÑA
Coordinadora General



EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



Otorga la presente
CONSTANCIA

A: **KARINA PÉREZ CALVILLO**
Por su participación como: **Profesora del VII CONGRESO ENFOQUE INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL**
Realizado en la Ciudad de México, del 27 al 29 de mayo del 2019
Con una duración de 18 horas

[Signature]

Dr. SALIM KURI AYALA
Jefe del Depto. de Educación Médica Continua

[Signature]

Dra. CORINA ARACELI GARCÍA PEÑA
Coordinadora General



INFORME DE INTERCONSULTAS CAINM

Del 26 de septiembre del 2018 al 25 de septiembre del 2019 la CAINM recibió y atendió 212 interconsultas, distribuidas de la siguiente manera:

MES	INTERCONSULTAS
1 OCTUBRE (26 SEP – 25 OCT)	21
2 NOVIEMBRE (26 OCT – 25 NOV)	9
3 DICIEMBRE (26 NOV – 25 DIC)	7
4 ENERO (26 DIC – 25 ENE)	23
5 FEBRERO (26 ENE – 25 FEB)	19
6 MARZO (26 FEB – 25 MAR)	17
7 ABRIL (26 MAR – 25 ABR)	20
8 MAYO (26 ABR – 25 MAY)	20
9 JUNIO (26 MAY – 25 JUN)	17
10 JULIO (26 JUN – 25 JUL)	20
11 AGOSTO (26 JUL – 25 AGO)	17
12 SEPTIEMBRE (26 AGO – 25 SEP)	22
TOTAL DEL AÑO	212

REPORTE ANUAL 2019

Se encuentran registrados en la base de datos de CAINM del 2013 al 2019 896 pacientes a los cuales se les da seguimiento o se mantienen en vigilancia.

Durante el 2019 se recibieron 214 interconsultas al servicio, se registró el 100% de las mismas en la base de datos y se mejoró el archivo físico conservando el 95% de las solicitudes recibidas para su consulta.

Se atendió o agendó cita a la consulta externa a todos los pacientes recibidos de los cuales 182 eran casos nuevos y al localizar pacientes para reagendar en caso de no acudir únicamente 25 de ellos no acudieron a la entrevista interdisciplinaria. En 5 de los casos, no se encontraron indicadores asociados a maltrato infantil y 9 pacientes aún continúan en proceso de valoración interdisciplinaria. Se encontró que 23 pacientes presentan FR para variedades de maltrato infantil por lo cual se encuentran en seguimiento, capacitación y educación para el buen trato la prevención específica de cada variedad. Se realizó el diagnóstico y atendió el maltrato infantil en 120 pacientes de los cuales el 46 % presentó 1 variedad de maltrato y el 54 % presentó 2 o más variedades. La variedad más común en la clínica fue la negligencia y/o

INP Instituto Nacional de Pediatría | Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM)

ENTREVISTA INTERDISCIPLINARIA

Nombre del Paciente: Alcaraz Villa Farid
Expediente: 479919 **Fecha:** 12/03/19
Teléfono: 03-19-84-54 **Domicilio:** Azcapotzalco

Subjetivo: Se trata de Farid, paciente masculino de 8 años de edad, el cual es referido a la clínica por el servicio de Salud Mental debido a detectar dificultades en la crianza y a que cuenta con antecedentes de violencia física y psicológica.

Objetivo: Se realizó entrevista interdisciplinaria con la madre del paciente.

MADRE: María Vianey Alcaraz Villa de 30 años de edad, ama de casa, con preparatoria trunca, refiere consumo ocasional de alcohol y tabaco, niega toxicomanias. Es madre soltera.

Tiene 2 hijos, la mayor Teatrangaro María Cruz Alcaraz de 11 años de edad quien se encuentra cursando 5to de primaria y el paciente, quien cursa 2do año de primaria. Ambos hermanos tienen diferentes padres, únicamente Mari cohabita con su padre.

RELACION DE PAREJA: Mari se separó del padre de Farid desde su embarazo y el solo convivió con Farid hasta sus 10 meses de edad, refiere que reside en Puebla y desde hace 5 años

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

5.1 En relación a su formación como persona

El SS en la CAINM me permitió brindar atención a una temática compleja el Maltrato Infantil, esto me permitió no solo adquirir nuevos conocimiento en el ámbito profesional, sino fortalecer valores, actitudes y aptitudes que me permitieron crecer como persona.

Enfrentar un escenario en el que los derechos humanos de los pacientes son vulnerados, me enseñó lo importante que es como persona respetar y procurar nuestros propios derechos y los de los demás. Empatiqué en muchas ocasiones con nuestros pacientes y sus familias, con su dolor, con la fragilidad de la circunstancia y con su deseo de amor, eso me marcó como persona y me motivó a buscar maneras en las que pudiera desarrollarme en esos aspectos y mejorar mis fallas conmigo misma y con los demás.

Me llevo de esta experiencia algo más que conocimiento médico, me llevé aprendizaje de vida, a amigos y compañeros, pero sobre todo una sensación de realización personal. Opino que el SS es fundamental y debe seguirse realizando, ya que antes de para ser excelentes profesionales, se requiere primeramente ser mejores personas.

5.2 En relación a su formación profesional

Profesionalmente en mi SS pude atender un área que usualmente no abordamos en nuestros programas de estudio, la atención y prevención del Maltrato Infantil, esto me impulsó a estudiar distintos temas y a capacitarme con ayuda de la clínica en esta área, lo cual me gustaría seguir haciendo durante mi ejercicio profesional. Considero que la especialización en estas áreas es primordial, sin embargo los programas existentes para el abordaje del Maltrato Infantil y la violencia en el país

son insuficientes o no existen. Como médico pasante mi propuesta es la creación de nuevos posgrados y la incorporación de estos temas a los programas de estudios de la carrera de medicina y áreas afines para una prevención, detección y atención oportuna de estos casos cuya incidencia ha aumentado de forma exponencial en el transcurso de los años.

Finalmente como médicos en ocasiones olvidamos que estamos atendiendo a un ser humano que no solo es un ente físico, nuestros pacientes son individuos cuya salud depende de su estado biopsicosocial por lo cual la medicina debería de trabajar con un enfoque integral e interdisciplinario.

En mi punto de vista lo más valioso que pude aprender en la CAINM fue la dinámica de atención con este modelo de trabajo, la UAM es una de las pocas universidades con un programa que aborda el contexto social, la relación médico paciente, y la salud desde estas tres esferas, mi sugerencia es que se refuerce y se continúe con el apoyo de las instituciones vinculadas a la universidad.

5.3 En relación a su aportación a la comunidad

Creo que como médico pasante mi mayor desafío fue la complejidad de la atención del maltrato en NNA, con apoyo de la clínica pude abordar esta problemática, y apoyar a los cuidadores en la creación de estrategias de cuidado y protección de los niños, así como brindar redes de apoyo institucionales.

Diseñé una nueva base de datos que minimiza el riesgo de sesgos al momento de registrar los casos de maltrato, lo cual le va a permitir a la CAINM del INP como principal institución que aporta estadística nacional de este tema, brindar un panorama general de presentación de las diferentes formas de maltrato al país, lo que ayudará a la creación de nuevas estrategias para la prevención y el abordaje.

Participé en congresos y talleres como parte de la campaña de prevención del Maltrato Infantil de la CAINM, lo cual es una acción que disminuye la prevalencia de casos y acompaña a las familias en el proceso de crianza con buentrato.

Particularmente mi aportación principal este año fue la elaboración de la investigación de IVPH y AS, un tema poco abordado en la literatura mundial y nacional, este estudio aporta un estimador valioso de prevalencia que no existía, el cual permitirá desarrollar una prueba diagnóstica que valide la búsqueda de indicadores asociados a abuso sexual en este grupo de pacientes como una alternativa adecuada para la identificación y atención correcta de los casos.

5.4 En relación con su institución educativa

En mi opinión la UAM Xochimilco es la mejor universidad en el país para estudiar la licenciatura en Medicina. Su sistema modular, me permitió aprender por mi cuenta con la guía de mis profesores, esto me da la seguridad de que podré crear y adquirir mi propio conocimiento en el momento que lo necesite. La universidad aborda el estudio médico de manera integral, lo cual me parece nos aproximó más a una atención de calidad para el paciente, con un enfoque inter o multidisciplinario que la UAM nos inculcó desde el primer trimestre.

Considero que el aprender a investigar desde un inicio es un extra que me ha brindado la oportunidad de crecer e innovar en el aspecto profesional, en el que la investigación viene inmersa en el día a día y contribuye a poder transmitir nuevo conocimiento.

Uno de los puntos clave para mí fue el ingreso desde inicio de segundo año a práctica hospitalaria, ya que me permitió contrastar el conocimiento adquirido en el aula con el práctico y fortalecer mi relación médico - paciente que es uno de los pilares de la enseñanza médica en UAM.

Por último me gustaría enfocar la atención en la estupenda relación de la UAM-X con todos sus estudiantes y de los estudiantes entre sí. Siempre me sentí respaldada por nuestra casa de estudios y pusieron a mi disposición múltiples espacios y herramientas que facilitaron mi aprendizaje, siempre inmerso en el entorno social del país. En mi punto de vista, el diseño de los programas y las estrategias utilizadas para estar siempre en contacto con nosotros son las adecuadas y nos ayudan a crear un vínculo entre nosotros como futuros colegas y con nuestra universidad.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Ramírez C. El entorno histórico en el que se dio el Servicio Social. *Gaceta Médica de México*. 2012;148(1):3-281.
2. Instituto Nacional de Pediatría. Programa de trabajo [Internet]. Ciudad de México: INP; 2019. Available from: <https://www.pediatria.gob.mx/>.
3. Instituto Nacional de Pediatría. Proyecto estratégico del director [Internet]. Ciudad de México: INP; 2019. Available from: <https://www.pediatria.gob.mx/>.
4. Instituto Nacional de Pediatría. Agenda estadística [Internet]. Ciudad de México: INP; 2018. Available from: <https://www.pediatria.gob.mx/>.
5. Instituto Nacional de Pediatría. Agenda estadística 2006-2016 [Internet]. Ciudad de México: INP; 2016. Available from: <https://www.pediatria.gob.mx/>.
6. CONEVAL. Medición de la Pobreza en México 2014 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2015. Available from: <http://www.inegi.org.mx>.
7. Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles. Time to deliver [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. Available from: <https://www.who.int/es>.
8. Narro Robles J. Enfermedades No Transmisibles Situación y Propuestas de Acción: Una Perspectiva desde la Experiencia de México [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2018. Available from: <https://www.gob.mx/salud>.
9. Shamah Levy T, Amaya Castellanos M, Cuevas Nasu L. Desnutrición y obesidad: doble carga en México. *Revista UNAM* [Internet]. 2015 [cited 10 February 2020];16(5):1607–6079. Available from: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>
10. Kellogg N and the committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation on sexual abuse in children's. *Pediatrics* 2005;116(1):506-512.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y Secretaría de Gobernación. Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2014. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/ecopred/2014>.

12. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Informe anual [Internet]. Ciudad de México: INP; 2019. Available from: <https://www.pediatria.gob.mx/>.
13. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Bienvenidos a Cuéntame de México [Internet]. [Cuentame.inegi.org.mx](http://cuentame.inegi.org.mx). 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/>
14. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Dirección General de Geografía y Medio Ambiente. [Internet]. [Sc.inegi.org.mx](http://sc.inegi.org.mx). 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: <https://sc.inegi.org.mx/Normateca2010/menuNormateca.jsp?codigo=030204>
15. CONABIO. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad | Gobierno | gob.mx [Internet]. [Gob.mx](http://gob.mx). 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: <https://www.gob.mx/conabio>
16. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Mortalidad. Conjunto de datos: 13. [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2020. Available from: <https://www.inegi.org.mx/INEGI>.
17. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censos Económicos 2014 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2014. Available from: <https://www.inegi.org.mx/>