



Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo

Dr. Arturo Perea Martínez, Dr. Arturo Loredó Abdalá

RESUMEN

Introducción. El maltrato del niño es un problema de salud pública en el mundo. Uno de cada diez niños es víctima de violencia, pero sólo se registra el 10% de los casos. El 72% de los niños maltratados físicamente, sufre lesiones moderadas; 15%, lesiones graves y hasta uno de cada 1,000 muere a consecuencia de la severidad de sus lesiones.

Objetivos. Determinar los indicadores clínicos y sociales que se asocian al maltrato físico severo (MFS) de un niño. Precisar los órganos y sistemas que más frecuentemente son lesionados en esta forma de maltrato.

Metodología. Se revisaron 96 expedientes de niños con diagnóstico de maltrato físico atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP); 43 sufrieron MFS. En cada caso, se registraron los indicadores clínicos y sociales del niño, del agresor y del medio ambiente. Se efectuó un análisis de regresión múltiple y otro de regresión logística para relacionar las variables estudiadas y éstas con la presencia de MFS.

Resultados. Los indicadores clínicos y sociales que se asociaron con MFS fueron: En el niño, el antecedente de haber sido indeseado desde su gestación; el padecer una enfermedad crónica y haber sido maltratado previamente. En el agresor, antecedente de haber sufrido maltrato físico en su infancia, alcoholismo, adicciones o una enfermedad neuropsiquiátrica. En el medio ambiente, la disfunción, desintegración o violencia familiar. Los órganos y sistemas más frecuentemente comprometidos fueron el sistema nervioso central y el osteoarticular.

Conclusiones. El MFS a un menor es un fenómeno grave que se asocia al rechazo del niño desde su gestación o el que padezca una enfermedad crónica. El agresor de estos menores frecuentemente es adicto a una sustancia, alcohólico o padece una enfermedad neuropsiquiátrica. Esta expresión de violencia extrema contra un pequeño es más común en un ambiente familiar en el que privan la disfunción y la violencia.

Palabras clave: Maltrato físico severo, alcoholismo, indicadores clínicos, sociales, análisis de regresión múltiple, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Introduction. Child abuse is a world-wide health problem. Nine out of every 1,000 children are victims of child abuse. Only one of every ten cases of children victims of child abuse are reported. 72 per cent suffer moderate lesions and 15% severe lesions. One out of every 1,000 children victims of child abuse die as result of their injuries.

Objective. To determine the predictive factors for severe physical abuse, and to determine which organ and/or system is more frequently involved as a result of severe physical abuse.

Methodology. 96 cases of children suffering physical abuse were evaluated; 43 sustained severe physical abuse and 53 moderately severe physical abuse. Clinical and social indicators of the child, of the aggressor and of the environment were evaluated in terms of their usefulness for the diagnosis of physical abuse. The clinical condition of the physical abused child when admitted to the clinic was evaluated. A multiple regression analysis was done for the relation of variables and for a logistic regression to determine the predisposing factors for severe physical abuse.

Results. The risk factors associated to severe physical child abuse ($p < 0.05$) were, in the child, prenatal rejection and aggression, chronic disease, personal history of child abuse. In the aggressor, history of having been subjected to child abuse in infancy, alcoholism and neuropsychiatric disease. In the environment, family violence, family dysfunction and family disruption. The most severely compromised organs and systems were the central nervous system (brain) and the osteoarticular system (femur fracture).

Conclusions. Severe physical abuse is seen in children rejected since their gestation. The severity of physical abuse is greater the younger the age of the child. Physical abuse is a repetitive phenomenon. Alcoholism, drug addiction and neuropsychiatric disease are the factors in the aggressor which enhance severe physical child abuse. Lack of integration, dysfunction and violence in the family are the determining factors for the occurrence of physical child abuse.

Key words: Severe physical abuse, alcoholism, clinical indicators, social indicators, multiple regression analysis, chronic disease.

El maltrato infantil es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública ¹. En los países europeos ocurre con una frecuencia de 1.6%. Se estima que por cada caso conocido existen nueve más no registrados ². En Estados Unidos de América, el 10% de las lesiones físicas en niños son debidas a traumatismos no accidentales, que causan cuatro millones de muertes cada año ^{3,4}. El Departamento de los Servicios Humanos y de Salud de ese país informa que entre cinco y 17 niños de cada 100,000 son asesinados por sus padres ⁵.

En México, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), informa 23,000 casos de niños maltratados cada año de 1995 a 1999 ⁶. Se desconoce el número de muertes atribuido a este fenómeno.

El síndrome del niño maltratado (SNM) se expresa de diferentes formas: maltrato físico, abuso sexual, negligencia y maltrato psicológico ⁷. Es el maltrato físico el que llamó la atención de los investigadores que han descrito su frecuencia y su comportamiento clínico ⁸⁻¹⁶. También se han descrito los tipos de lesión y estrategias clínicas que permiten sospechar que un niño ha sido lesionado en forma intencional ¹⁷. El diagnóstico final y preciso debe ser establecido después de una evaluación integral, lo que requiere la intervención de un equipo interdisciplinario experimentado.

Una condición poco descrita es la severidad del maltrato físico (MF), la que probablemente esté determinada por algunas características del agresor, del niño y del entorno donde ocurre el fenómeno.

McGee y cols. ¹⁸ y Zurvain ¹⁹ clasificaron la severidad del maltrato físico de la siguiente forma:

1. Leve. Situaciones típicas de disciplina como nalgadas y sacudidas bruscas a niños mayores.
2. Moderada. Contacto físico que por su magnitud no pone en riesgo la vida. Incluye golpes, empujones, lanzar un objeto hacia el niño.

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

Correspondencia: Dr. Arturo Perea Martínez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: febrero, 2004. Aceptado: junio, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

3. Severo. Conductas o agresiones potencialmente letales como el golpear repetidas veces al niño; lanzarlo o azotarlo bruscamente; sacudir a un recién nacido; intento de estrangulación, quemaduras intencionales y uso de armas contra el pequeño.

En la CAINM-INP se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que sufrieron maltrato físico. Los objetivos fueron determinar las condiciones clínicas y sociales del maltrato infantil que se asociaron a MFS y cuáles fueron los órganos y sistemas más frecuentemente dañados en esta variante de violencia hacia el niño.

METODOLOGÍA

Se revisaron los expedientes clínicos de 96 menores víctimas de maltrato físico atendidos en la CAINM-INP. Se registraron las características clínicas y sociales de la víctima, del agresor y del ambiente familiar. Se consideró maltrato físico severo (MFS) el que tuvo cualquiera de las siguientes condiciones:

- a) Lesión que puso en riesgo la vida del menor, de un sistema o de un órgano.
- b) Lesión física con repercusión sistémica grave, cuantificada según The Pediatric Trauma Score en ocho o menos puntos ⁴.
- c) Lesión neurológica con calificación en la Escala de Coma de Glasgow de ocho o menos ⁴.

Se crearon dos grupos de estudio: el grupo A constituido por los casos de MFS y el grupo B integrado por niños que sufrieron maltrato físico no severo (MFNS). Se investigaron las siguientes variables:

- a) En el niño. Edad, sexo, peso, talla, inmunizaciones, agresión prenatal o no (rechazo a la gestación), historia de maltrato, escolaridad, hábitos, adicciones, estado de salud al ingreso, gravedad del maltrato físico y diagnóstico de salud mental.
- b) En el perpetrador. Edad, sexo, estado civil, parentesco con el menor, ocupación, escolaridad, antecedente de haber sufrido maltrato en su niñez, estado de salud, estado psicológico, adicciones, alcoholismo y tabaquismo.
- d) En el ambiente familiar. Estructura de la familia, función de sus integrantes, violencia.

La agresión prenatal se estableció por testimonio de los informantes sobre la aceptación o no del niño en su concepción y gestión. Los diagnósticos del área de salud

mental para niños y para adultos se basaron en los criterios establecidos en el DSMIV. La evaluación de la estructura y función familiar fue realizada por la trabajadora médico social mediante visitas domiciliarias y la realización de la historia clínica médico social. El análisis estadístico para la asociación entre las variables estudiadas y de éstas con el MFS, se realizó respectivamente mediante un análisis de regresión múltiple para dos o más variables y uno de regresión logística.

RESULTADOS

De los 96 expedientes clínicos revisados de niños con diagnóstico de SNM en su variedad de maltrato físico, 43 se consideraron como MFS y 53 con MFNS. Las características clínicas y sociales registradas en cada grupo fueron:

a. *Niños*. En los del grupo A, la edad promedio fue de tres años; en casos del grupo B fue de 6.2 años. No existió predominio en género en ninguno de los grupos. De los 96 casos, en 82 se determinó si el niño había sido rechazado o no antes de nacer; se logró este dato en 50. De éstos, 33 correspondieron al grupo A y 17 al B. En 91 casos se investigó su escolaridad; 57 niños no habían asistido nunca a la escuela, generalmente por ser menores de cuatro años; 28 cursaban o habían cursado algún grado de educación primaria; cuatro en secundaria y dos en preparatoria. En 69 casos se pudo comprobar que ya habían sufrido MF y de ellos 28 eran niños que sufrieron MFS. Hubo dos menores con antecedente de alcoholismo y tabaquismo; el resto lo negaron. En 68 niños hubo una o más patologías asociadas; la desnutrición se presentó en 41 y 20 correspondieron al grupo A. Doce casos tenían

alteraciones emocionales como ansiedad, angustia y depresión; dos, alteraciones de conducta y 13 más con diversas alteraciones. En 78 niños se evaluó el esquema de inmunizaciones mediante el análisis de la cartilla. Era incompleto en 48, 32 del grupo A. Los indicadores del niño con significancia estadística en MFS fueron: antecedente de agresión prenatal en 33 de 43 ($p 0.01499$) y enfermedad sistémica o crónica en 20 de 43 ($p 0.00180$) (Cuadro 1).

b. *Agresores*. La edad promedio en los casos de MFS fue de 28.9 años y de 30.7 años en los del grupo B. De los 88 casos en que se conoció al agresor, 45 fueron mujeres y 43 hombres; en 29 casos el padre; en 26 la madre; en 11 el padrastro; en ocho la madrastra y en el resto, otros familiares de la víctima. Las parejas unidas legalmente fueron 54; cuatro del grupo A y 40 del B. Treinta parejas vivían en unión libre; 12 eran de los casos de SNMS. El resto tenía una condición civil diferente. Los perpetradores que sufrieron maltrato en su infancia fueron 34. La ocupación más común fue el hogar en 33 individuos. En 41 casos se registró alcoholismo; en 59, tabaquismo; en tres, consumo de marihuana y en uno, de cocaína. En 19 casos había un problema neuropsiquiátrico: neurosis, depresión, trastorno bipolar; dos eran homicidas. Los indicadores del agresor asociados a MFS y con significancia estadística fueron: antecedente de haber sufrido maltrato en la infancia en 28 de 37 ($p 0.01093$) y enfermedad psiquiátrica en 19 de 37 ($p 0.01594$) (Cuadro 2).

c. *Familia*. Había violencia familiar en 81 casos; 36 del grupo A. En 64 casos, desintegración familiar y en 44, disfunción conyugal, de los cuales 22 eran del grupo A. Las familias que vivían en pobreza extrema fueron 23. Los indicadores del ambiente familiar con significancia estadística del grupo A fueron: violencia

Cuadro 1. Variables de estudio en niños con maltrato físico severo (MFS) y no severo (MFNS)

MFS n: 43	X2	MFNS n: 53	X2
Años	3 ns	Años	6.2 ns
Hombres	21 ns	Hombres	25 ns
Mujeres	22 ns	Mujeres	28 ns
Abuso fetal	33 p. 0.0149	Abuso fetal	17 ns
Enfermedad crónica	20 p. 0018	Enfermedad crónica	19 ns
Maltrato físico crónico	28 ns	Maltrato físico crónico	41 ns

ns: sin significancia estadística.

Cuadro 2. Variables de estudio del perpetrador de maltrato físico severo (MFS) y no severo (MFNS) a niños (n 90)

MFS n: 43		X2	MFNS n: 47	X2	
Años	28	ns	Años	31	ns
Hombres	23	ns	Hombres	15	ns
Mujeres	14	ns	Mujeres	30	ns
Se ignora	6	ns	Se ignora	2	ns
Padre	14	ns	Padre	14	ns
Madre	10	ns	Madre	16	ns
Padrastra o madrastra	7	ns	Padrastra o madrastra	11	ns
Otros	6	ns	Otros	4	ns
Maltrato en la infancia	28	p. 0.0109	Maltrato en la infancia	16	ns
Alcoholismo	19	p. 0.0193	Alcoholismo	21	ns
Enfermedad mental	19	p. 0.0159	Enfermedad mental	5	ns

ns: sin significancia estadística.

Cuadro 3. Variables de estudio del entorno en donde se genera maltrato físico severo (MFS) y no severo (MFNS) a niños

MFS n: 43		X2 n: 53	MFNS	X2	
Violencia familiar	36	p. 0.0058	Violencia familiar	45	ns
Disfunción conyugal	22	p. 0.0471	Disfunción conyugal	22	ns
Desintegración familiar	27	ns	Desintegración familiar	37	ns

ns: sin significancia estadística.

en la familia en 36 de 43 (p 0.00586) y disfunción conyugal en 22 de 43 (p 0.04710) (Cuadro 3).

Los órganos y sistemas gravemente afectados fueron el SNC en 39 niños y el osteoarticular en diez. Los casos con lesión neurológica en su mayoría fueron por traumatismo craneoencefálico (TCE); nueve sufrieron fractura craneal y 30 tuvieron alguna complicación como hemorragia intracraneal, hematoma subdural, higroma y edema cerebral severo. Las lesiones graves del sistema osteoarticular fueron fracturas de fémur, de costillas y fracturas múltiples (Figuras 1, 2, 3).

De acuerdo al Pediatric Trauma Score 40 de 96 casos tuvieron una puntuación menor de ocho. En relación al estado neurológico, 82 tuvieron calificación de 12 o más en la escala de Glasgow, ocho menores entre nueve y 11 y seis de ocho o menos.

Otros resultados de interés clínico fueron lesiones por contusiones múltiples en 44 casos. Ocho sufrieron quemaduras de primero y segundo grado. Coexistió MF con abuso sexual en cinco menores, todos del grupo B.

Requirieron tratamiento médico 66 niños y 30, médico quirúrgico. En 87 de 96 casos la evolución

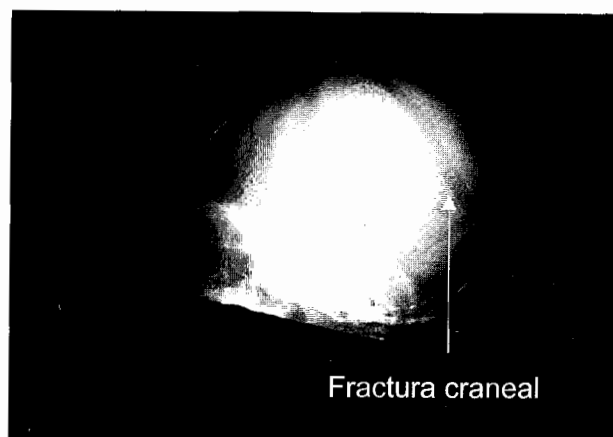


Figura 1. Fractura craneal.

clínica fue buena y en nueve, la evolución y el pronóstico fueron malos. Hubo dos defunciones.

El total de días estancia de los 96 casos fue de 2,216 días con un promedio de 23 días. Los casos del grupo A 1,132 días con promedio de 26.3 y límites de tres a 90. Los casos del grupo B 1,074 días con promedio de 20.2 y límites de dos a 65.

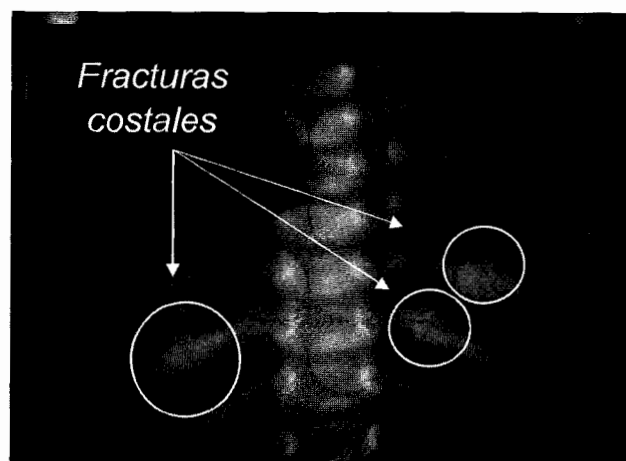


Figura 2. Fracturas costales.

DISCUSIÓN

Para los médicos, el MF es la forma más conocida del SNM; sin embargo, ésta no es la variante más frecuente de esta patología. Aun cuando se ha logrado precisar las condiciones dónde y cómo se expresa esta forma de SNM, su intensidad y riesgo de afección estructural o funcional grave han sido poco precisadas²¹. El médico siempre debe tener en mente el diagnóstico de SNM en todo niño con lesiones físicas, sobre todo cuando existen contradicciones o circunstancias extrañas alrededor de su causa o mecanismo de producción. Deberá considerar las condiciones generales de la víctima, del agresor potencial y de las circunstancias que favorecieron el evento¹⁷. Reconocer algunas características específicas de la víctima, del perpetrador y del ambiente asociadas con la gravedad del daño en un niño, le permitirá establecer una conducta de protección inmediata cuando es atendido en un servicio de urgencias con una lesión que pone en grave peligro la vida del paciente.

En esta investigación, el rechazo a la gestación y la falta intencional de su cuidado o agresión, fenómeno conocido como maltrato fetal²³ es una condición asociada con el MFS.

Si consideramos que la edad promedio de los perpetradores del MFS fue menor que en el grupo de MFNS, es probable que factores como la falta de apego, de vínculo y la modificación de los patrones de vida que se realiza en padres jóvenes, conlleve riesgo.



Figura 3. Hemorragia.

Esta asociación sugiere la necesidad de establecer líneas de seguimiento en los casos de parejas jóvenes, reforzando programas de planificación familiar que fomenten la madurez y responsabilidad durante su vida reproductiva; promoviendo el vínculo padres-hijo, acciones que el obstetra y el pediatra deben propiciar y efectuar como una acción de prevención y vigilancia del fenómeno.

Otro factor asociado con la severidad del MF fue una enfermedad crónica en el niño, lo que ha sido observado por los autores como circunstancia común de los niños víctimas de violencia física. Esta situación probablemente se debe a la mayor demanda de tiempo y trabajo a sus cuidadores y puede detonar su impulsividad contra el menor en situaciones de estrés, dificultades económicas o maritales.

Este estudio corrobora que el antecedente de haber sido maltratado en su infancia se vuelve un elemento que hace al agresor susceptible de repetir el fenómeno cuando le toca ser padre o cuidador. Lo más interesante es que además desarrolla la agresión con más intensidad, lo que podría sugerir que no sólo se vuelve una conducta aprendida, sino probablemente también una consecuencia psicológica que son la base de una personalidad violenta y agresiva²⁵.

La relación estrecha entre MFS y un trastorno psiquiátrico en el agresor apoya lo descrito por otros autores²⁷. Es muy posible que un enfermo mental en crisis, sea capaz de infligir un daño sin medir su mag-

nitud. Este hecho debe tomarse en cuenta para que el médico vigile el patrón de educación y corrección de la conducta que los adultos con estas enfermedades tienen hacia sus hijos.

La violencia y la disfunción familiar, son elementos asociados al MFS. Este dato dirige el análisis hacia el efecto que tiene la estructura y función de este núcleo social en la génesis del problema, es decir, que el núcleo familiar con violencia determina un riesgo mayor de agresividad hacia el niño.

Otro resultado interesante fue que el MFS es ejercido por los hombres, a diferencia de lo informado con anterioridad por los autores, quienes habían encontrado que el maltrato físico era perpetrado por las madres; sin embargo, este dato coincide con lo publicado sobre violencia familiar: los hombres son los agresores más violentos dentro del hogar⁷. Resalta también el dato de que entre más joven es el agresor, es mayor la posibilidad de dañar gravemente al niño. Muy probablemente la inmadurez y falta de vínculo y apego que un adulto joven muestra puede ser la explicación más viable, aunque no se puede establecer como la regla. El alcoholismo y las adicciones son dos condiciones del agresor que favorecen el desamparo y la violencia hacia los niños, como lo han señalado otros autores²⁷.

El MF es más común si la edad de la víctima es pequeña¹⁷ y los niños menores de tres años, son quienes sufren MFS probablemente porque son incapaces de defenderse, de huir o de solicitar ayuda. Una condición agregada a las lesiones que sufren estos menores es la fragilidad anatómica que tiene el lactante, que les predispone a sufrir lesiones cerebrales graves por el mecanismo de aceleración y desaceleración (sacudidas), sin traumatismo craneal^{24,25}.

Los niños con MFS mostraron deficiencia en peso y en talla, prueba de una desnutrición variable. Esto debe ser una llamada de atención para el médico que atiende a un niño desnutrido sin datos aparentes de maltrato físico. Estos casos deben ser cuidadosamente evaluados para definir si su carencia nutricional se debe a pobreza o por una agresión intencional de sus cuidadores o tutores²⁸.

En el aspecto clínico del MFS sobresale la repercusión sobre los sistemas nervioso central y musculoesquelético, las áreas más frecuentemente

afectadas. Las lesiones debidas a un traumatismo craneoencefálico de intensidad variable, de fracturas óseas a distintos niveles o de ambas situaciones, caracterizan a la mayoría de los niños que sufren esta variedad del SNM y que más ponen en riesgo su vida. El 69% de los niños que sufre de MF, requiere tratamiento médico, y el 31%, tratamiento médico quirúrgico. El promedio de estancia hospitalaria es de 26.3 días en casos de MFS y de 20.2 para los de MFNS, lo que tiene un costo muy alto para su atención. El uso de indicadores clínicos y sociales para el diagnóstico del SNM que tengan validez estadísticamente demostrada permite reducir los tiempos de atención y resolución de los casos. La identificación de factores asociados a maltrato grave, define cuáles niños son los más susceptibles de morir a consecuencia de maltrato, lo que requiere su hospitalización para su protección inmediata y tratamiento integral en el menor tiempo posible, a diferencia de aquellos en quienes se sospecha el fenómeno pero que por sus características generales son de riesgo habitual o bien de poco riesgo de sufrir lesiones que pongan en riesgo su vida.

CONCLUSIONES

1. El maltrato fetal puede ser el comienzo del maltrato físico severo de la etapa extrauterina de la vida.
2. La cronicidad y recurrencia del MF a un niño, aumenta el riesgo de su severidad, sobre todo si el infante es menor de cinco años de edad.
3. La desnutrición infantil debe considerarse como un indicador de sospecha de maltrato físico a un menor.
4. Las adicciones, la disfunción y la violencia dentro del núcleo familiar, ponen a un niño en riesgo de sufrir lesiones físicas graves.
5. La planificación familiar, el fomento del cuidado integral del niño, la prevención de la violencia y de la desintegración del núcleo familiar, son herramientas contra el maltrato infantil.
6. La detección y análisis de los factores asociados a MFS pueden determinar la necesidad de internar o no a un menor, lo que permitirá seleccionar los casos que realmente requieren tratamiento hospitalario ante el riesgo de sufrir MFS.
7. Como resultado del punto anterior, el criterio adecuado para el ingreso hospitalario de un niño

permite un ahorro sustancial a la institución, considerando el promedio de días de estancia que requiere su resolución, independientemente de que sea o no un caso grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McMenemy MC. WHO recognises child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;353:1340
2. Díaz JH, García BM. Maltrato y abandono infantil: concepto, tipología, clasificación y frecuencia. En: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. *Maltrato Infantil: Prevención, Diagnóstico e Intervención desde el Ámbito Sanitario*. Documento Técnico de Salud Pública No. 22 Comunidad de Madrid, España 1995
3. US Department of Health and Human Services. Homicide surveillance. 1979-1988. Morbidity and Mortality. Weekly Report. Center for Disease Control Surveillance Summaries. 1992;41:SS3-10
4. Johnson CF. Lesión intencional y lesión accidental. *Clin Ped North Am* 1990;4:841-64
5. Brewster AL, Nelson JP, Hymel KP. Victim, perpetrator, family and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force. *Child Abuse & Neglect* 1998;22:91-101
6. Archivos de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. México 2000
7. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Carbajal RL, Reynés MJ, Rodríguez HR y cols. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1998;55:410-6
8. Tardieu A. Étude médico-legale sur les services et mauvais traitement exercés sur les enfants. *Ann Hyg Publ Med Leg* 1860;13:361-98
9. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther* 1946;56:163-73
10. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, et al. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24
11. Riojas DU, Manzano SC. Aspectos radiológicos en el síndrome del niño maltratado. *Jornada Pediátrica IMSS* 1968;69:70
12. Marcovich KJ. Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. Editores Mexicanos Unidos. México 1981
13. Loredó-Abdalá A. *Maltrato al menor*. McGraw-Hill Interamericana. México 1994
14. Ariza R, Frati A, Monge L, Ruiz L. Síndrome de Münchhausen. *Rev Med IMSS* 1985;23:413-6
15. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Sánchez VA, Moreno FMA. Maltrato al menor: propuesta metodológica para la detección, atención integral y derivación de pacientes en México. *Acta Pediatr Mex* 1998;19:206-10
16. Loredó-Abdalá A. *Maltrato en el niño y en el adolescente*. Editores de Textos Mexicanos. México 2004
17. Loredó-Abdalá A, Perea MA, Trejo HJ, Bustos VV. Maltrato físico y accidentes como causas de lesiones en el niño y utilidad de los indicadores clínicos para el diagnóstico diferencial. En: Loredó-Abdalá A. *Maltrato en el niño*. Asoc Mex Ped. México 2001
18. McGee AH, Wolfe SA, Yuen SK, Carnochan J. Measurement of maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1995;19:233-49
19. Zurvain SJ. Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems. In: R Starr & D Wolfe (eds) *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. Guilford Press New York. 1991;pp100-28
20. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Subject review. *Pediatrics* 1999;3:186-90
21. *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. DSM III. Barcelona Ed. Masson España 1988
22. Sierra GQJ, Loredó-Abdalá A, Carbajal RL. Abuso y negligencia en desarrollo fetal. *Rev Mex Ped* 1989;56:311-20
23. Perea MA, Báez MV, Loredó Abdalá A, Trejo HJ, Monroy VA, Venteño JA. Hemorragia cerebral y retiniana. ¿Síndrome del niño sacudido o accidente? *Rev Mex Ped* 2001;68:143-6
24. Gracia FE, Musitu OG. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales de Madrid. España 1993
25. Yamin de Barboza G, Castro de Martín MM. Síndrome del niño sacudido. En: Loredó-Abdalá A. *Maltrato en el niño*. Asoc Mex Ped México 2001
26. Riesco HJ. Toxicomanías. Infancia y adolescencia. En: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. *Maltrato Infantil: Prevención, Diagnóstico e Intervención desde el Ámbito Sanitario*. Documentos Técnicos de Salud Pública No. 22, España 1995
27. Wolfe D. Prevención y Tratamiento. En: Sanmartín J. *Violencia contra niños*. Ed. Ariel SA, España 1999
28. Mateos JMR. La violencia de nuestros días ¿genera alto riesgo en la salud de niños y adolescentes? *Fundación para la promoción del bienestar del niño*. Ed. Pro Infancia Argentina 2003