

Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer

Dr. Carlos Zúñiga-Serratos,* Dr. Arturo Loredó-Abdalá,** Dr. Jorge Trejo-Hernández,** Dr. Arturo Perea-Martínez,** Dr. Antonio R. Villa-Romero***

RESUMEN

Introducción. Un niño con enfermedad crónica tiene 1.7 veces más riesgo de ser maltratado que uno sano. Los padecimientos hemato-oncológicos (PHO) son un ejemplo de enfermedad crónica. En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se atienden anualmente unos 625 casos nuevos de este padecimiento; sin embargo, no se ha precisado si estos niños sufren maltrato físico (MF) o si tienen factores de riesgo para ello.

Objetivo. Se investigó la presencia de indicadores clínicos y sociales (ICS) de MF en niños con PHO.

Material y Métodos. Se estudiaron 33 pacientes con PHO, la presencia de ICS de MF y su impacto en la familia empleando la Guía de Evaluación Familiar Mc Master. Se determinaron las frecuencias y el análisis estadístico de correlación de variables con el programa estadístico SPSS y se encontró asociación significativa en base a X^2 de Pearson.

Resultados. Fueron 21 varones y 12 niñas entre tres y 18 años de edad (media 9 años). Los padecimientos fueron: linfomas 13 casos, leucemias 10 y tumores del SNC 10. No hubo ningún caso de SNM. Los ICS de MF del menor fueron: inmunizaciones incompletas y bajo rendimiento escolar. Los ICS de MF en la familia fueron: retraso en la atención médica, antecedente de maltrato en alguno de los padres, maltrato en otro miembro de la familia; ninguno fue estadísticamente significativo. El impacto positivo de la enfermedad fue disminución en el consumo de alcohol y mejoría de la interacción familiar. Los aspectos negativos fueron desatención transitoria a los hermanos, pérdida ocasional del empleo y disminución de las actividades deportivas y recreativas.

Conclusiones. No hubo casos con MF y los ICS de MF no fueron estadísticamente significativos. Los médicos que atienden estos pacientes deben considerar la posibilidad de SNM por la cronicidad e impacto socio-económico y emocional que estas enfermedades generan en su familia.

Palabras clave: Maltrato infantil, maltrato físico, padecimientos hemato-oncológicos, indicadores clínicos y sociales.

ABSTRACT

Introduction. Children with a chronic diseases are 1.7 times more at risk of being abused. Children with cancer (CC) are included in this category.

At the Instituto Nacional de Pediatría (National Institute of Pediatrics of Mexico) 625 new cases of CC are seen every year. It has not been ascertained whether these children have been subject of physical abuse (PhA) or whether they have risk factors which makes them victims of abuse, physical abuse syndrome (PhAS).

Objective. To investigate the presence of clinical and social indicators (CSI) of PhA in CC.

Material and Methods. 33 patients with HOD were studied. The presence of CSI of PhA and their impact in the family was investigated with the use of McMaster's Family Evaluation. Incidence and statistic analysis of correlation of variables were assessed with the SPSS statistic program. A significant association was obtained based on Pearson's X^2 .

Results. There were 21 males and 12 females, age range three to 18 years (mean, 9 years). Their diseases included: lymphoma 13 cases; leukemia 10 cases; central nervous system tumours 10 cases. No instances of PhAS were detected. CSI in these patients were incomplete immunization, poor school performance. The CSI in the family were delayed medical care, a history of PhA in one of the parents or in another child in the family. No indicator was found to be statistically significant. The positive impact of the disease in the family was a decrease in alcohol consumption and an improved family interaction. The negative aspects were a temporary neglect of the siblings; on occasion, the loss of a job and a substantial diminution of sport and recreational activities.

Conclusions. None of the patients were physically abused; the clinical and social indicators of physical abuse were not statistically significant. Physicians involved in the care of the patients should be aware of the possible presence of factors which may propitiate any type of PhAS in view of the chronicity and socio-economic aspect as well as the emotional impact of these diseases on the patients.

Key words: Child abuse, physical abuse, hemato-oncologic diseases (HOD), clinical and social indicators.

La violencia contra los niños es un fenómeno médico-social conocido como síndrome del niño maltratado (SNM) ¹⁻⁵ Por su impacto médico, emocional, social y económico la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que es un problema en salud pública mundial.⁶ En la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México (CAINM-INP-UNAM) se ha definido claramente esta patología que abarca la mayor parte de los aspectos de este problema. ⁷⁻¹⁰

Dentro de la complejidad del SNM conviene señalar que la frecuencia y la distribución de las diversas formas de maltrato dependen de los enfoques que se utilicen en las publicaciones nacionales y extranjeras. En el ámbito nacional hay que recurrir a las de instituciones del país encargadas de esta problemática. En el año 2000, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió 23, 585 denuncias por SNM de los cuales 31.18% fueron por maltrato físico (MF); 23.38%, omisión de cuidados; 19.5%, maltrato emocional; 13.37%, negligencia; 6.49%, abandono; 4.69%, abuso sexual; 1.09%, explotación laboral y 0.3%, explotación sexual comercial. ¹¹ En las cinco agencias del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), se levantaron 3,000 denuncias y en 10 % de ellas se comprobó el diagnóstico de SNM. ¹²

En la CAINM-INP-UNAM centro de investigación, docencia y asistencia, se valoran entre 80 a 100 casos

con sospecha de SNM cada año; de éstos se confirman de 35 a 40 casos nuevos; los más frecuentes y graves son por MF. ¹

Ante esta diversidad se puede entender que es difícil precisar la frecuencia nacional del problema, lo que también existe en otros países. ¹³ A pesar de ello, al considerar los informes de países “industrializados” y los de instituciones nacionales aproximadamente el 10% de la población pediátrica es víctima de alguna forma de maltrato. ¹⁴

Aunque el MF no es la forma más frecuente de SNM es la más comprobable y el daño físico que causa en los niños inclusive puede ser fatal. ^{15,16}

Para integrar el SNM se deben concatenar los tres elementos del problema: un niño “especial”, un “adulto agresor” y un medio ambiente “detonante”. En base a esta premisa, es importante considerar que un niño con alguna alteración bio-psico-emocional (malformación congénita, problema neurológico discapacitante, enfermedad crónica, etc.) puede tener mayor riesgo de ser maltratado que uno aparentemente sano. ^{2,8-10} Por lo tanto, un menor con alguno de estos problemas obliga al pediatra a considerar no sólo la enfermedad de base, sino el impacto emocional, económico, laboral en la familia y el físico, escolar y emocional en el niño. Los padecimientos hemato-oncológicos de la infancia (PHO), generan por su pronóstico, cronicidad y costo de atención severo impacto en estos rubros. ¹⁷⁻¹⁸

Ante esta realidad, se planteó la necesidad de desarrollar la presente investigación en niños con algún PHO para conocer el riesgo de sufrir MF durante las diferentes etapas de su tratamiento médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo en una muestra de 320 pacientes con PHO atendidos en el INP del 1° marzo al 30 de noviembre del 2004.

Los criterios de inclusión fueron: menores de 18 años, diagnosticados en el INP en la fase de vigilancia de su enfermedad, que tuvieran una asistencia regular al hospital para poder efectuar el seguimiento. De ellos, se incluyeron 33 pacientes.

Para precisar los aspectos familiares y sociales se utilizó un cuestionario validado y la Guía de Eva-

* Médico Residente del Curso de Postgrado para Médicos Especialistas sobre Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

** Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado Instituto Nacional de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de México. (CAINM-INP-UNAM)

*** Epidemiología Clínica, Instituto de Ciencias Médicas Salvador Zubirán, México D.F., México.

Correspondencia: Dr. Carlos Zúñiga-Serratos. Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de México. (CAINM-INP-UNAM) Insurgentes Sur 3700 C Cuicuilco, Tlalpan. CP 04530 Tel. 10840900 Ext. 1411, 1413. cainm_inp@hotmail.com, cainm_inp@yahoo.com.mx www.facmed.unam.mx/cainm.

Recibido: julio, 2006. Aceptado: diciembre, 2006.

luación Familiar Mc Master que evalúa la dinámica familiar.¹⁹

La evaluación de los pacientes se realizó en dos ocasiones (inicial y tres meses después) por un pediatra experto en maltrato. En la exploración física se buscaron lesiones sugestivas de maltrato. Se revisó el expediente clínico para precisar el padecimiento de fondo así como la existencia de los 14 indicadores clínicos y familiares de maltrato físico tanto en la fase aguda de la enfermedad como en el periodo de vigilancia.^{20,21}

Se efectuó el análisis estadístico de correlación de variables mediante el programa estadístico SPSS. Se consideró una asociación significativa en base a Chi cuadrada, con $P < 0.05$.²²

RESULTADOS

Aspectos generales de la población estudiada.

La edad de los 33 niños osciló de tres a 18 años con una media de nueve; 21 fueron varones y 12 mujeres. El nivel escolar fue básico incompleto en 17, medio superior en cuatro, básico completo en uno y 11 analfabetas (nueve mujeres y dos varones) Los PHO fueron: linfomas 13 casos, leucemias 10 y tumores del SNC 10.

Aspectos socio-familiares

Las familias tenían: nivel socioeconómico popular pobre 17 (dos a cuatro salarios mínimos); de subsistencia diez ($<$ dos salarios mínimos) y nivel medio seis (cuatro a ocho salarios mínimos)

La organización familiar era completa en 25; incompleta en siete y reconstituida en una. En 26 familias los padres estaban casados y en siete separados; un menor convivía con su padrastro.

Maltrato Infantil e indicadores clínicos y familiares asociados:

No se encontró ningún caso con manifestaciones de MF.

Se identificaron dos de los seis IMF correspondientes al niño:

- Programa de inmunizaciones incompleto en 11/33.
 - Rendimiento escolar bajo en 9/33.
- (Chi cuadrada de Pearson > 0.005).

Se identificaron cuatro de los ocho indicadores clínico-sociales de la familia.

- Antecedentes de maltrato en alguno de los padres en 15/33 casos.
- Maltrato en otro miembro de la familia en 10/33 casos.
- Consumo de alcohol o sustancias tóxicas en 7/33 casos
- Convivencia con padrastro/madrastra en un caso.

(Chi cuadrada de Pearson > 0.005).

Actitud y comportamiento de la familia ante el padecimiento.

Disminución de los problemas entre los padres en 20 casos; en nueve no existió modificación y en cuatro empeoró la dinámica familiar que terminó en divorcio en un caso. En estas 20 familias existió apoyo económico y físico de otros familiares para llevar al menor a sus citas médicas y para la quimioterapia. Otros datos se presentan en los cuadros 1 y 2.

Cuadro 1. Impacto de la enfermedad en los miembros de la familia

Desatención a los hermanos	15/33
Búsqueda de otras fuentes de ingreso	5/33
Pérdida del empleo	2/33

Cuadro 2. Impacto de la enfermedad en actividades familiares

Actividad	Disminuyó	Sin cambios	Aumentó
Deporte	9/33	4/33	0/33
Recreación	20/33	4/33	1/33

En la fase de vigilancia se observaron los siguientes hechos:

- Mejoría en la dinámica familiar en 20/33 familias (nucleares o extensas)
- Se mantuvo la solidaridad económica en las familias extensas.
- Actitud de compromiso y de labor conjunta en las siete familias de padres separados.

Hubo mejoría en alguno de los siguientes puntos: identificación de problemas, comunicación, expresión de afecto y control de la conducta.

No hubo cambio positivo sustancial en nueve casos y en cuatro se agravó la situación familiar.

En 15 casos los hermanos de los pacientes (menores o mayores) se quejaron de no ser atendidos física y emocionalmente por sus padres como antes de que se presentara el evento.

El consumo de alcohol en el padre disminuyó en 12/15; aumentó en dos y en uno no se modificó. En la madre disminuyó en 2/3 y aumentó en una.

El consumo de tabaco en el padre aumentó en 5/10 casos; disminuyó en 3/10 y se mantuvo en 2/10. En las madres aumentó en 1/4, disminuyó en 1/4 y se mantuvo igual en 2/4.

DISCUSIÓN

La violencia contra niños y adolescentes tienen gran diversidad de formas en su generación, en sus expresiones clínicas, en las características generales del menor, del agresor y del medio ambiente.^{1,15,16}

Ello obliga a los médicos que atienden niños, a otros profesionales inmersos en este contexto, a las familias y a la sociedad en general a intervenir en la prevención de este fenómeno médico-social.²³ Cuando se presenta, dichos profesionales deben involucrarse para que el menor reciba una atención integral.¹⁶ De esta manera, se evitarán secuelas físicas, emocionales o ambos que pueden ser causa de desempeño físico o cognoscitivo inadecuado y en casos muy severos, la muerte.²⁻³

En la CAINM-INP-UNAM se ha podido precisar que los niños con una malformación congénita o con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienen mayor posibilidad de sufrir maltrato.^{2,24} Era de esperarse que los niños con algún PHO tuvieran el mismo riesgo. Sin embargo, en la literatura nacional y extranjera no se ha mencionado dicha asociación.

Los resultados de este estudio son muy alentadores debido a que no se detectó en la población estudiada ningún niño con maltrato físico. Asimismo, algunos ICS del menor y la familia no tuvieron valor estadístico. La presencia de algunos de ellos (esquema de vacunación incompleta y bajo rendimiento escolar) se explican por las circunstancias inmunológicas y físicas de los pacientes como consecuencia de la enfermedad de fondo y de su manejo médico.

Como estos niños requieren tratamiento prolongado y costoso, así como un número variable de

hospitalizaciones, el grupo médico y paramédico tratante deben considerar diversos eventos en torno a esta condición. Destaca el nivel socioeconómico y estructural de las familias. Puesto que la familia es una unidad bio-psico-social, con factores protectores y de riesgo para su adecuado desempeño, su equilibrio se pone en entredicho cuando existe una “crisis”. Durante una enfermedad grave, crónica y costosa del niño, su estabilidad dependerá del predominio de los factores positivos, aunque se haya resuelto la crisis que motivó la enfermedad del menor y sus hospitalizaciones.²⁵⁻²⁶ Para la generalidad de la población el cáncer es sinónimo de muerte; por lo tanto, es deseable que el paciente y su familia sean tratados de manera más cálida y directa; no obstante el cáncer en pediatría tiene mejor pronóstico para la vida que en los adultos¹⁷.

Un aspecto que debe considerarse siempre, es la separación temporal o el divorcio de los padres del paciente, pues ambas situaciones constituyen un riesgo potencial para que ocurra el maltrato al menor.²⁷

En la población estudiada hubo dos hechos que explican por qué no se observaron casos de maltrato físico, aunque existían algunos factores personales y familiares de “riesgo”. Poco más de dos terceras partes de los casos tenían familias integradas cuyos valores morales y comportamiento tradicionales eran observados por todos sus integrantes. Por lo tanto, la familia que es una sociedad humana, pone en juego el dinamismo de sus componentes y expresa su sentir, pensar y actuar como grupo.²⁷ A lo anterior, se agrega el hecho de que los pacientes fueron atendidos en un centro hospitalario de tercer nivel donde los especialistas en hemato-oncología son un grupo con amplia experiencia, lo que probablemente favoreció el apego de las familias al tratamiento y a la Institución.

Una acción futura será estudiar el comportamiento de las familias cuando hay deserción al tratamiento o cuando fallece el menor.

Los IMF no fueron frecuentes y constantes estadísticamente para poner en riesgo a los niños. A pesar de ello, se insiste que estos pacientes deben ser vigilados estrechamente para prevenir o detectar tempranamente alguna forma de SNM, mediante el análisis profundo de la condición familiar. De ello dependerá que la atención médica sea integral y evite el desgaste emocional, físico y económico de la familia.

Siempre debe tenerse en cuenta que un PHO genera una “crisis” familiar, que puede, en un momento dado, ocasionar violencia y específicamente agresión obvia o enmascarada, contra el menor.²⁴

La presencia y evolución de algunos factores que pueden desestabilizar el comportamiento general de las familias, fueron positivos en 20 casos y ello favoreció la solidaridad familiar. Por ejemplo, la disminución de tomar bebidas alcohólicas refleja indirectamente un compromiso de los progenitores con el menor y el resto de la familia. De esta manera, los recursos económicos no se alteraron. Por el contrario, el que en algunos de los progenitores haya aumentado el tabaquismo quizá exprese un estado de tranquilidad que exige el estrés de la situación. Sin embargo, es indispensable insistir a los familiares que el efecto dañino de la nicotina puede tener influencia en el menor enfermo.²⁷

Es comprensible que en las familias con un problema médico como este de un PHO disminuya el tiempo dedicado al recreo y práctica deportiva en sus miembros. Para el paciente, las restricciones que imponen su enfermedad y el tratamiento generan las mismas limitaciones. Sin embargo, en los hermanos esta desatención será transitoria. De ahí que deba establecerse un diálogo, claro, constante y amplio con la familia. En estos casos la televisión no es la única solución; las actividades recreativas deberán planearse y diversificarse en función al nivel socioeconómico. Cuando el niño esté emocionalmente afectado, se debe orientar a la familia y sugerir el apoyo psicoterapéutico.

El impacto económico que una enfermedad de esta naturaleza ocasiona en la familia, limita la adquisición de cualquier bien material; sin embargo, siendo una situación transitoria, no debe causar desesperanza entre sus miembros.²⁹

Los resultados de este estudio permiten apoyar la noción de que no todos los niños con cáncer (PHO), sólo por tener un padecimiento crónico, tengan que ser víctimas de MF y mucho menos cuando el apego al tratamiento y al hospital son evidentes. A pesar de ello, si existen en el historial clínico familiar datos sugestivos de violencia, disfunción de pareja, alcoholismo, desempleo etc. es responsabilidad del grupo médico tratante implementar estrategias de prevención y ante una duda, solicitar la intervención de profesionales especializados en esta disciplina para

atender adecuadamente a este flagelo médico-social de la humanidad.

Finalmente, insistimos que el manejo positivo y modificación transitoria de aspectos emocionales, sociales, económicos y religiosos en la familia, deben ser adecuadamente considerados por el equipo interdisciplinario que atiende a estos pacientes.^{2,30}

REFERENCIAS

1. McMenemy MC. WHO recognises child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;533:1340.
2. Loredó-Abdalá A. Maltrato en Niños y Adolescentes. Ed. Editores de Textos Mexicanos S.A. de C.V. México 2004.
3. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgen* 1946;56:163-73.
4. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, et al. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
5. Fontana VJ. The maltreated child: The maltreatment syndrome in children. 2th. Ed. Springfield: Charles C. Thomas, 1971;p4.
6. Blumberg ML. Sexual abuse of children: causes, diagnosis and management. *Pediatr Ann* 1984;13:753-8.
7. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J y cols. El maltrato al menor: Propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001;58:251-8.
8. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Perea-Martínez A, Bustos Valenzuela V. Maltrato al Menor: Un problema mundial en Salud Pública. *Salud Publica Mex* 2000;42:273-4
9. Loredó-Abdalá A. Maltrato en el Niño. *Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría. Mc Graw-Hill Interamericana, México* 2001.
10. Loredó-Abdalá A. El Maltrato al Menor. México Ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1994.
11. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Concentración de datos estadísticos de menores maltratados. 1995-1999. México. Procuraduría del Menor y la Familia 2000.
12. Sistema DIF. Dirección de Asistencia Jurídica. Subdirección de Asistencia Jurídica y Adopciones. Departamento de Asistencia Jurídica Familiar. Coordinación Técnica de Asistencia Psicosocial 2002.
13. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Corchado-Chavéz S. Situación actual de los niños víctimas de violencia. En: Jiménez M. Caras de la violencia familiar. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Corporación Mexicana de Impresión S.A. de C.V. México 2004;pp169-82.
14. Díaz HJ, 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 en el ámbito sanitario. España: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud 1995;pp19-27.
15. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor: Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. *Gac Med Mex* 1999;135:611-20.

16. Loredó-Abdalá A, Bustos-Valenzuela V, Trejo-Hernández J, Sánchez-Velázquez A. Maltrato al menor: Una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;56:129-34.
17. Rivera-Luna R. Conceptos epidemiológicos del cáncer infantil en México. En: Rivera-Luna R. Hemato-oncología pediátrica. Principios generales. México Ed. Editores de Textos Mexicanos. 2006;pp1-16.
18. Paredes-Aguilera R. Leucemia aguda linfoblástica de riesgo habitual. En: Rivera-Luna R. Hemato-oncología pediátrica. Principios generales. México Ed. Editores de Textos Mexicanos. 2006;pp193-214.
19. Balwin EO, Bishop DS. Escala de evaluación Mc Master. *J Marital and Family Therapy* 1983;2:175.
20. Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J, Castilla Serna L. Diagnosis of physical child abuse: clinical and social indicators. *Bol Med Hosp Infant Méx* 2003;60:368-79.
21. Loredó-Abdalá A, Baeza HC, Saucedo GJM. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. Comité de Expertos sobre maltrato al menor. Academia Mexicana de Pediatría 1999;56:195-7.
22. Rodríguez PR, Barragán MG, Castilla-Serna L. Paquete de computación para estadística (PAQUETS VI.0) ISBN 970-91126-0-0. México: Ed.BioSod, SDRL de CV. Agosto 1992.
23. Loredó-Abdalá A, Reynés MJ y cols. El maltrato al menor: una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:425-33.
24. Trejo Hernández J. Atención integral al niño maltratado: un enfoque desde la salud pública. En: Jiménez M. Caras de la violencia familiar. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Corporación Mexicana de Impresión S.A. de C.V. México 2004;pp195-206.
25. Lansky SB, List MA, Ritter-Sterr C. Psychosocial consequences of cure. *Cancer* 1986;58:529-33.
26. Chanok SJ, Kundra V, Johnson L Douglas SM. The other side of the bed:What caregivers can learn from listening to patients and their families. En: Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology.Third Ed. Lippincot Raven Philadelphia 1997;pp1267-82.
27. Dulanto-Gutiérrez E. La familia. Punto de vista de un pediatra. En: Dulanto Gutiérrez E. La familia: Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Academia Mexicana de Pediatría. México. Ed Editores de Textos Mexicanos. 2004;pp209-53
28. Law KL, Stoud LR, LaGisse LL, et al. Smoking during pregnancy and newborn neurobehaviour. *Pediatrics* 2003;111:1318-23.
29. Niembro-Zúñiga AM. Efectos tardíos del cáncer pediátrico. En Rivera-Luna R. Hemato-oncología pediátrica. Principios generales. México Ed. Editores de Textos Mexicanos. 2006;pp535-41.
30. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Villa-Romero A, Bobadilla-Mompala M, Velásquez-Sánchez A. Child abuse: risk factors associated with macro and microenvironment in a suburban zone within Mexico City. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2003;60:252-62.