

Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes

Dr. Arturo Loredó-Abdalá

RESUMEN

Antecedentes. La pediatría mexicana requiere una modificación sustancial en su enfoque y ejercicio para el siglo XXI. Con base al cambio de la pirámide poblacional, así como a la variación de los padecimientos en los niños y adolescentes. Actualmente destacan las enfermedades crónico-degenerativas, el cáncer, los accidentes y la violencia a estas edades.

Objetivo. Como ejemplos básicos del maltrato infantil se presentan y analizan el maltrato físico, el síndrome del niño sacudido y el abuso sexual, variantes más frecuentes y graves del maltrato infantil.

Resultados. Se hace una descripción básica de estos subtipos para que los médicos y otros profesionales que interactúan con niños y adolescentes puedan sospechar, diagnosticar y atender integralmente a las víctimas de este flagelo médico-social-legal de la humanidad. Se insiste en la necesidad de una intervención interdisciplinaria e interinstitucional en cada una de las formas descritas.

Palabras clave. Pediatría mexicana, maltrato infantil y juvenil, maltrato físico, niño sacudido, abuso sexual.

ABSTRACT

Background. Mexican pediatrics requires substantial modifications in its approach and its exercise for the XXI century, based on the changes in the population pyramid and the variability of children and adolescent diseases. Currently chronic-degenerative diseases, cancer, accidents and child abuse are the leading problems in these ages.

Objective. The most frequent examples of child abuse are presented and analyzed such as physical battering, shaking baby syndrome and sexual abuse.

Results. A basic description of these subtypes of child abuse is done in order to inform physicians and other professionals that interact with children and adolescents when to suspect, to diagnose and to manage the victims of this social, medical and legal problem of humanity. It is mandatory to have a multidisciplinary and interinstitutional intervention in each one of the child abuse subtypes described.

Key words: Child abuse, adolescent abuse, child battering, shaking baby syndrome, sexual abuse.

La pediatría mexicana requiere una modificación sustancial en su enfoque y ejercicio para el siglo XXI, esto debido a los cambios que, a nivel mundial, ocurren con relación a la economía de los países, la modificación de la pirámide poblacional,

la epidemiología cambiante de los padecimientos en este grupo de edad, así como el cambio climático global. De la comprensión y aceptación, por parte de educadores y educandos, dependerá que la atención de los pacientes sea congruente con dicha realidad; de otra manera se conservará la tradicional medicina curativa en vez de implementar firmemente las acciones de prevención, con la aplicación racional de los avances de la ciencia y tecnología, como se ha logrado en la genética y la medicina genómica.¹

Los pediatras han de saber que numerosas acciones de su quehacer profesional ya no se deben efectuar en las salas de hospitales, sino salir a la comunidad para actuar en ella; es decir, establecer estrategias de educación y, por ende, de prevención con la población. En esta forma, se intentará evitar que los niños y los adolescentes sufran los padecimientos que recientemente ocupan los primeros

Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Correspondencia: Dr. Arturo Loredó-Abdalá. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00
Recibido: agosto, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. Acta Pediatr Mex 2008;29(5):255-61.

lugares de morbimortalidad en México. Para lograrlo, se requiere un mejor manejo de los recursos profesionales, políticos y económicos de que disponemos.²

México es el onceavo país del mundo que ha rebasado los 100 millones de habitantes; se ha acelerado el crecimiento en los últimos 35 años, período en el que de 42.7 millones de habitantes, aumentó a más de 106 millones, a pesar de la notable reducción en la tasa de natalidad y del incremento de la de migrantes.³

En consecuencia ha habido dos enormes modificaciones que se reflejan en la salud de su población infanto-juvenil:

- a) Variación sustancial de la pirámide poblacional; aunque sigue siendo un país mayoritariamente joven con 41.5 millones de personas de 0 a 19 años y 17 millones de 20 a 29 años, estas cifras rebasan a las de lactantes y escolares que eran las predominantes hace dos o tres décadas. Por eso, se explica la aparición de nuevos problemas médico-sociales y casi específicos de esta edad.⁴
- b) Modificación epidemiológica de las enfermedades, de modo que los padecimientos infectocontagiosos y la desnutrición que ocupaban los primeros lugares de morbimortalidad en las pasadas tres o cuatro décadas, fueron desplazados por enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las lesiones accidentales e intencionales.

La realidad médico-social que los pediatras mexicanos enfrentamos actualmente, gira alrededor de otros problemas, como la violencia social, la violencia familiar o ambas; el fenómeno creciente de las adicciones; la enorme desigualdad económica que se expresa a menudo en el hacinamiento habitacional de las personas; el número creciente de divorcios y el bajo nivel educativo, entre otros quizá menos frecuentes, pero muy importantes. Todo ello da origen a una inestabilidad emocional y social en la población, condición que hemos denominado “síndrome de disfunción social múltiple”. Este fenómeno tiene varios aspectos, uno de los cuales es el maltrato infantil.

La comunidad médica y la paramédica que tratan con niños debe estar sensibilizada ante los avances que se han logrado para atender y prevenir esta patología médico-social-legal, que se ha convertido en un flagelo de la humanidad.⁵⁻⁷

GENERALIDADES DEL MALTRATO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Esta patología médico-social-legal se conoce en el ambiente médico-pediátrico como síndrome del niño maltratado (SNM) y tiene diversas facetas que deben ser consideradas para poder entender integralmente el problema.^{8,9}

En la actualidad, este padecimiento ha sido reconocido como un problema de *rezago y reemergente*. De rezago ya que existe prácticamente desde que el hombre se encuentra sobre la faz de la tierra, aunque se ha reconocido como tal durante la segunda mitad del siglo XX; reemergente por la notoriedad que la medicina pediátrica le ha dado y por la visibilidad que los medios de comunicación le han proporcionado.¹⁰

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando el impacto físico y emocional que la agresión ocasiona en el menor, el choque emocional y económico que se le causa a la familia y el económico y social a la comunidad, lo define desde 1999 como un problema de salud pública mundial¹¹ y debido a su alarmante crecimiento, en Estados Unidos, recientemente se ha señalado como una “urgencia nacional” que requiere una atención por pediatras especializados en el tema^{12,13}.

DEFINICIÓN

La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) de México, con más de 11 años de experiencia académica y asistencial en el tema, ha desarrollado una definición básica de maltrato infantil, que en los últimos años ha sufrido algunas modificaciones aun no publicadas¹⁴:

... Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.

FORMAS DEL SNM

Uno de los grandes avances alcanzados en el estudio de esta patología consiste en poder precisar la manera cómo puede ser agredido un menor. En general, se puede

considerar que esta patología se puede clasificar en cuatro grandes grupos que abarcan a casi todas las formas de violencia contra los niños y adolescentes y de ellas, emergen otros tipos que en general son poco conocidos o considerados.^{9,15}

Los cuatro grandes grupos son:

- I. Maltrato físico
- II. Abuso sexual
- III. Maltrato psicológico
- IV. Negligencia

Los tipos catalogados como posibilidades poco conocidos son: el síndrome de Munchausen por poder, el maltrato étnico, ritualismo satánico y el abuso fetal. Los poco considerados son los niños en situación de guerra, los migrantes, los trabajadores, hostigamiento (“*bullying*”) y alienación parental.⁹

I. Maltrato físico

En esta variedad del SNM la forma de agredir a la víctima puede ser por:

1. Traumatismo o quemadura directa
2. Asfixia o sofocamiento
3. Envenenamiento¹⁶

Las lesiones ocasionadas pueden ser externas, internas o ambas. Las primeras son *visibles* durante un examen clínico. Habitualmente son causadas por un objeto: cinturón, alambre, plancha, otros o por alguna parte del cuerpo del agresor: puño, pie, cabeza.

Las lesiones internas pueden ser *invisibles* para el examinador; sin embargo, el cuadro clínico de sufrimiento o irritación de algunas estructuras craneales, torácicas o abdominales permiten sospecharlas: hemorragia, perforación, estallamiento de vísceras, situación que será corroborada mediante estudios de laboratorio y gabinete como una biometría hemática, radiografía, ultrasonido, gammagrafía, tomografía o resonancia magnética o en el quirófano.¹⁷⁻¹⁹

Por su grado de severidad, estas lesiones pueden ser graves o no graves. Las primeras causan la muerte o una discapacidad de grado diverso en la víctima. Entre ellas destacan las ocasionadas por el síndrome del niño sacudido (SNs), que ocasiona una morbimortalidad de 65 a 85%.

Las partes del cuerpo que son lastimadas más a menudo son la cabeza, la cara y las extremidades superiores e inferiores, en ese orden. Las lesiones menos frecuentes son del tórax, de la columna vertebral o del abdomen; son consecuencias características de un puntapié o un puñetazo.²⁰

En general, el agresor reconocido en las áreas urbanas es una mujer, sobre todo la madre; sin embargo, en formas extremas de maltrato y en las zonas suburbanas o rurales, es el padre u otro varón.²¹

Para poder establecer un diagnóstico lo más preciso posible, es indispensable que en cada caso intervenga un equipo interdisciplinario constituido por los siguientes profesionales: un pediatra u otro médico, un trabajador social, un psicólogo y un abogado.^{22,23}

De esta manera, es posible descartar ciertas condiciones médicas y sociales que pueden ocasionar un cuadro clínico similar a lo observado en casos verdaderos de MF tales como:

- a) Accidentes
- b) Estrategia de disciplina
- c) Acción educativa
- d) “Usos y costumbres” en la comunidad
- e) Que el menor curse con una enfermedad que favorezca lesiones similares: (osteogénesis imperfecta, hemofilia, raquitismo renal, otros)

SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO, AZOTADO O LOS DOS

Merece mención especial esta forma de MF, considerada muy grave, por la alta posibilidad de ocasionar la muerte del menor, y si esto no ocurre, de causarle severo daño neurológico y visual. Es muy difícil conocer su frecuencia, ya que fue hasta hace pocas décadas cuando se reconoció como tal por la comunidad médica, y especialmente por la pediátrica.^{24,25}

Esta forma de MF se observa en niños menores de cinco años; debe sospecharse sobre todo en todos los menores de dos años que súbitamente presentan el cuadro clínico tan característico. Por otro lado, al parecer no hay un predominio de género, lugar que ocupe en la progenie de la familia o nivel socioeconómico de la misma.

Respecto al agresor se puede especular que en general es varón, y frecuentemente es el padrastro o la pareja de la madre. Los pocos casos estudiados en CAINM-INP-UNAM sólo permiten hacer estas asociaciones.

En relación con el entorno socioeconómico, poco se puede concluir con la escasa información existente.

El mecanismo que ocasiona el daño físico en los niños es resultado de la sacudida brutal que sufre la cabeza. El

menor es tomado por el tórax y sacudido violentamente, y en ocasiones azotado contra la pared o el suelo. De esta manera la cabeza se mueve hacia delante y hacia atrás, como “badajo” de campana, lo que causa la ruptura de vasos sanguíneos del cerebro y una hemorragia intracraneana (hematoma subdural). En un alto porcentaje de los casos (65 a 85%) también ocurre una hemorragia retiniana e incluso desprendimiento de la misma. En estos niños también pueden producirse fracturas costales y esguince en la región cervical.

Ante este daño, las manifestaciones clínicas suelen ser sutiles en las primeras 24 a 48 horas, que se caracterizan por irritabilidad y llanto constante, este último a menudo es el factor desencadenante de la agresión; pérdida del apetito y somnolencia. Ello motiva que los padres no soliciten ayuda médica. Sin embargo, en pocas horas el menor puede tener un estado nauseoso y vómitos, marcada somnolencia, crisis convulsivas, pérdida de la conciencia y puede fallecer. Ante estas manifestaciones, usualmente los padres solicitan atención médica de urgencia y piden con vehemencia que salven a su hijo.

Estos niños son atendidos en los servicios de urgencia pediátrica, son sometidos a un tratamiento clínico muy especializado, con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, en virtud de su gravedad y ante la presencia de daño físico externo que se expresa en distintas formas: moretones, heridas, desnutrición, mal estado de higiene, etcétera. La tomografía de cráneo (TAC) identifica la existencia de una hemorragia intracraneal (hematoma subdural); la radiografía de tórax, la presencia de fracturas costales diversas y el examen del fondo del ojo revela hemorragias retinianas, uni o bilaterales y en ocasiones, desprendimiento de la retina.

Estos hallazgos requieren la intervención del neurorujano, del oftalmólogo pediatra y de un trabajo pediátrico muy acucioso, principalmente de intensivistas y urgenciólogos.

Independientemente del trabajo asistencial señalado, el equipo de CAINM-INP-UNAM inicia una labor interdisciplinaria que permite conocer algunos aspectos socioculturales y ambientales de la familia, necesarios para poder precisar el diagnóstico y al agresor.

Todos los casos deben ser notificados a la autoridad correspondiente y si el menor fallece se debe practicar la autopsia. Este estudio permitirá esclarecer el mecanismo fisiopatológico de la muerte del menor.

Anteriormente (aunque en algunos lugares se sigue haciendo), a menudo se establecía en estos casos, el diagnóstico de síndrome de muerte súbita del lactante (muerte de cuna); sin embargo, en la actualidad este diagnóstico requiere obligadamente la realización de una autopsia.²⁶

Siguiendo el algoritmo diagnóstico establecido en CAINM-INP-UNAM, es posible precisar el diagnóstico con una frecuencia notable. De esta manera, también es obligado descartar ciertos padecimientos y situaciones cotidianas como la acidemia glutárica (padecimiento genético), algunos trastornos hematológicos que favorecen el desarrollo de hemorragias, un accidente al sacudir o aventar un menor de esta edad hacia arriba debido a un evento alarmante como es el “espasmo del sollozo” o por el gusto de hacer reír al menor.²⁷

CONCLUSIÓN

El compromiso que adquieren el médico u otro profesional que esté en contacto directo con un menor o un adolescente que ha sido agredido en cualquiera de las formas señaladas, debe ser saber cómo actuar y denunciar, así como canalizar al menor y a su familia a sitios especializados.

II. ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil (ASI) ocupa un lugar preponderante dentro del SNM, aunque es difícil precisar su frecuencia. Ello se debe a diversas situaciones, como el marcado subregistro gracias a ciertos aspectos socioculturales de la familia, a ignorancia o a no aceptar el manejo legal, así como la diversidad de modalidades en este rubro.²⁸

DEFINICIÓN

En CAINM-INP-UNAM se define esta agresión como *...una interacción sexual que puede o no ser física entre un niño y un individuo de mayor edad, quien lo utiliza en una forma violenta, con engaño o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro(s).*²⁹

CLASIFICACIÓN

1. AS con contacto físico: penetración vaginal, anal o ambas, tocamientos, sexo oral o uso del menor para excitar

al agresor. Dentro de esta modalidad se deben considerar las siguientes formas:

- a) Violación
- b) Incesto
- c) Estupro
- d) Hostigamiento sexual

2. AS sin contacto físico: producción o empleo de material pornográfico, exhibicionismo, voyeurismo e inducción, fomento de la prostitución o ambas.

Por el sitio donde sucede el evento se clasifica en:

- a) AS intrafamiliar
- b) AS extrafamiliar

En la primera situación es posible precisar una serie de factores, como la presencia de un padrastro, un familiar alcohólico o adicto; madre relativamente "ausente," desintegración familiar, menor con una discapacidad física o mental.

En la segunda, el fenómeno habitualmente ocurre en la escuela, la iglesia, la guardería o en un centro de recreo, entre otros sitios.

Características del agresor.

El varón adulto es el agresor en 80 o 90% de los casos y los adolescentes en 10 o 20%. Las mujeres pueden ser agresoras en alrededor de 10%, principalmente las que trabajan en la escuela, guardería o cuidadoras a domicilio.

En 80 a 90% de los casos el agresor convive estrechamente con el menor: el padre, el hermano, el padrastro, el tío, el abuelo, el primo, etcétera.

En 20% es conocido de la víctima: padrastro, padrino, amigo de la familia, un vecino, un maestro, un sacerdote, etcétera. En 10% de los casos, el agresor es un desconocido.

FACTORES DE RIESGO

En el momento de realizar un diagnóstico de probabilidad, se deben analizar los factores de riesgo inherentes al menor, la familia, el agresor y al medio ambiente.

a) De la víctima

- Sexo. Las niñas suelen ser más agredidas que los varones; sin embargo, es probable que el abuso de niños en general se denuncie menos debido a que intervienen diversos factores familiares, culturales, tabúes o bien no se da crédito a la versión del menor. A pesar de ello, cada vez se conocen nuevos casos de AS en varones.

- Edad. Los niños son vulnerables a cualquier edad; no obstante, existen cifras de mayor incidencia: de seis a ocho años y entre 10 y 12 años.
- Supervisión inadecuada de los padres o cuidadores. Actualmente, un mayor número de madres trabaja fuera del hogar y deja a los niños con personas que no necesariamente son familiares. Ello incrementa el peligro de AS.
- Niños con capacidad diferente física, intelectual o las dos. Tienen 2.2 veces más riesgo de sufrir AS, sobre todo cuando la deficiencia es mental.
- El pobre vínculo afectivo entre padres e hijos puede originar que estos últimos busquen afecto y atención en otros adultos cercanos.
- Historia familiar de abuso sexual.

b) Del agresor

- Sexo. Predomina el sexo masculino: 90% de los casos.
- Edad. Predomina el adulto mayor en 80% y los adolescentes en 10%.
- Consumo de alcohol, de drogas o de ambos. Fenómeno casi habitual.
- Antecedente de AS. Cerca de 40% de los agresores tienen historia de haber sufrido este tipo de agresión en alguna época de su vida.
- Perfil psicológico-psiquiátrico. La mayoría no tiene un perfil típico, aunque cerca de 25% muestra un interés especial por la sexualidad de los niños, los pedófilos y pederastas.
- Padrastro. La convivencia con esta persona incrementa cinco veces el riesgo de AS a un menor.

c) De la familia

- Dinámica familiar alterada. Los conflictos y la ruptura familiar están directamente relacionados a la agresión sexual hacia el niño, comúnmente porque los adultos no ejercen una vigilancia adecuada de los menores.
- Familias de un solo pariente. Si falta la madre, el riesgo de que un hijo sufra AS es de hasta 50%. Si el padre está ausente, el riesgo es menor.
- Papel de la madre. Algunas de sus características pueden influir en la agresión sexual de sus hijos: historia de AS, ser soltera, tener diversas parejas sexuales; sufrir depresión; ser alcohólica o drogadicta, condiciones que no favorecen un modelo de autoprotección adecuado.

- Hacinamiento. Cuando las familias viven en esta forma se altera la intimidad de las personas y facilita la interacción sexual (incesto).
- Familias aisladas. El aislamiento social incrementa el riesgo de AS debido a que se reducen las posibilidades de que esta actividad sea observada y se limitan las estrategias de ayuda.

Las variantes de AS pueden ser agudas o crónicas:

- Forma aguda. Cuando han transcurrido menos de 72 horas, situación más frecuente en los adolescentes.
- Forma crónica. Cuando han pasado más de 72 horas y la acción ha sido repetida. En estos niños agredidos ha desaparecido cualquier evidencia de daño físico.

En la mayoría de los casos, el componente psicoemocional de la víctima puede ser la expresión más frecuente y contundente para sospechar esta forma de maltrato infantil y juvenil.

- Alteración del sueño: terror nocturno, pesadillas, rehusarse a dormir solo.
- Pérdida del control de esfínteres, lo que ocasiona mojar la cama (enuresis) o defecar en la ropa interior (encopresis).
- Externar una conducta de alto contenido sexual: hablar del pene, la vagina, masturbarse sin recato, etcétera.
- Trastorno del apetito: pérdida o incremento del mismo.
- Alteración en el rendimiento escolar. Disminución, ausentismo o deserción escolar.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del AS es un reto para el médico tratante y éste se basa en una evaluación sistematizada, metódica y ética. Se debe recordar que únicamente 10 a 15% de los pacientes que han sufrido AS con un daño físico tendrán alguna manifestación en las siguientes 48 a 72 horas.

Dar credibilidad al relato de un menor señala, el dinamismo y calidez de los padres, así como la acción interdisciplinaria de expertos (médico, trabajador social, psicólogo y abogado) a corto, mediano y largo plazo, permitirán atender con un máximo de eficiencia estos casos. Se insiste en la importancia de evitar que el menor vuelva a ser agredido. Si lo es, se debe a la incompetencia de los adultos.

CONCLUSIONES

Es necesario hacer énfasis en la necesidad de desarrollar una acción interdisciplinaria, interinstitucional e internacional para hacer frente a esta patología médico-social-legal que se ha convertido en un problema de salud pública mundial.

Los pediatras deben desarrollar una actividad que involucre los tres elementos básicos: atención, docencia e investigación.

Se requiere una amplia difusión del tema para desarrollar la cultura de la denuncia y vigilar que todas las instituciones y profesionales que intervienen en la atención de niños y adolescentes, tengan una preparación académica específica para evitar los errores diagnósticos y las nuevas agresiones del menor y de su familia; aumentar la vigilancia adecuada como parte sustancial de una estrategia de prevención secundaria.

Sociedad, instituciones y profesionales que se interrelacionan con la niñez y la adolescencia podrán establecer programas de prevención primaria del maltrato infantil, teniendo como eje rector el conocimiento y la aplicación de los derechos que se les reconocen a estos seres.^{23,30}

REFERENCIAS

1. Dirección General de Información en Salud. Estadísticas de salud en niños y adolescentes. México. 2004.
2. La Salud en México, 2006-2012 Visión de Funsalud y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 del Gobierno Federal.
3. Secretaría de Salud. Informe Nacional de Sobre Violencia y Salud. México D.F. SSA, 2006.
4. Kumate RJ. Invertir en la salud de nuestros niños es invertir en el futuro de México. *Cir Ciruj* 2006;74:305-7.
5. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C. Consumo de drogas entre adolescentes. Resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Pub Mex* 2003;45:16-25.
6. Subsecretaría de Servicios de Salud. Servicios de Salud Pública en el D. F. *Boletín de los Servicios de Salud*. Cincuenta años de Salud Pública en el D. F. Nov. 1995;p22.
7. UNICEF-COVAC. Manual sobre maltrato y abuso sexual en niños. México: UNICEF, 1995.
8. Espinosa y de León VM. La protección a la niñez en México. *Revisión histórica*. *Rev Mex Pediatr* 1972;41:565-77.
9. Loredo Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos, México 2004.
10. Frenk J. Observatorio de la salud. Necesidades, Servicios, Políticas. Fundación Mexicana para la Salud. México 1997.
11. W.H.O. Global Estimates of Health Consequences Due to Violence against Children. Background Paper to the UN Secretary-General's Study on Violence against Children. WHO Genova 2006.

12. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;353:1340.
13. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr* 2006;148:711-2.
14. Perea- Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Baez- Medina V y cols. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2001;58:251-8.
15. Smith CA. The battered child. *N Engl J Med* 1973;289:322-3.
16. Díaz Huertas JA, García Barquero M. Maltrato y abandono infantil: Concepto, tipología, clasificación y frecuencia. En: Dirección General de Prevención de la Salud. Ed. Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e interacción desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Salud, 1995.
17. Espinosa-Morett A, Cáceres-Díaz J, Cortés-Vargas J. Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. *Rev Méd Pediatr* 1971;39: 621-7.
18. Fontana VJ, Robinson E. Observing child abuse. *Pediatr Ann* 1984;105:665-70.
19. Baeza-Herrera C, Hoque S, James M, Franco-Vargas R. Síndrome del niño maltratado. Espectro de un problema. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:71-7.
20. Loredó-Abdalá A, Reynés-Manzur J, Martínez SC. El maltrato al menor: Una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:425-34.
21. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández, Villa-Romero A, Castilla-Serna L y cols. Child abuse: risk factors associated with the macro and microenvironment in a suburban zone in Mexico City. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2003;60:252-62.
22. Corchado C HS, Loredó-Abdalá A, Perea Martínez A, Villa RA. El niño maltratado: Obstáculos médicos, legales en el diagnóstico y asistencia integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004;61:412-22.
23. Wallace GH, Makoroff KL, Maleott HA, Shapiro RA. Hospital based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. *Child Abuse and Neglect* 2007;31:623-9.
24. Caffey J. On the theory and practice of shaking infants; Its potencial residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child* 1972;124:430-1.
25. Deen JL, Vos T, Util SRA, Tulloch J. Injuries and non communicable diseases: emerging health problems of children in developing countries. *Bull World Health Organ* 1999;77:518-24
26. Krous HF, Becwith JB, Byar DRW, Rognum TO, Bajanowski T, Loret T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: Definition and diagnostic approach. *Pediatrics* 2004;114:234-8.
27. Perea Martínez A, Loredó-Abdalá A, Guicho-Alba E. El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México. Editores de Textos Mexicanos 2004;pp143-9.
28. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Subject Review. *Pediatrics* 1999;3:186-90.
29. Loredó Abdalá A, Cisneros Muñoz L, Rodríguez Herrera R, Castillo Serna L, Carbajal Rodríguez L, Reynés Manzur JN, Trejo Hernández J. Multidisciplinary care for the battered child, An appraisal of three years of action in Mexican children. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;56:483-9.
30. Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.