

ARTÍCULO ORIGINAL

Frecuencia de asma en preescolares con historia de maltrato y su relación con el tipo de maltrato experimentado

Frequency of asthma in preschool children with history of mistreatment and its relation with the type of mistreatment experienced

Daniel Páramo-Castillo, Cristina Rubio-Ruiz

Casa Cuna Amigo Daniel A. C., León, Guanajuato, México.

Resumen

Introducción. La relación entre asma y maltrato infantil no está del todo clara. **Objetivo:** reconocer la presencia de asma en grupos de niños que padecieron formas diferentes de maltrato infantil.

Métodos. Estudio de tipo retrospectivo que se basó en la revisión de expedientes de menores albergados en una casa cuna del estado de Guanajuato. Se utilizó la chi cuadrada y razón de momios para determinar la fuerza de la relación entre ambas variables y el aumento del riesgo de desarrollar asma después de haber padecido alguno de los tipos de maltrato.

Resultados. Quienes experimentaron abandono ingresaron a más temprana edad al albergue (en su mayoría del género femenino), que posteriormente tuvieron mayor riesgo de ser diagnosticados con asma que los menores que padecieron otras formas de maltrato (razón de momios de 2.092 contra 0.549, respectivamente).

Conclusiones. Los niños que fueron víctima de abandono tuvieron mayor probabilidad de desarrollar asma a diferencia de los que padecieron otros tipos de maltrato.

Palabras clave. Asma; maltrato infantil; abandono; preescolares; casas cuna.

Summary

Introduction. The relation between asthma and child mistreatment is not absolutely clear. The objective was recognizing asthma in preschool children that suffered diverse forms of mistreatment.

Methods. Retrospective study based on medical files revision of children sheltered in a foster house in Guanajuato. Chi square and odds ratio were used to assess the force of the association between both variables and the increase in the risk of developing asthma after suffering some type of mistreatment.

Results. Those who experience abandonment were the youngest at his entrance to the foster house (mainly of the feminine gender), that later had a high risk being diagnosed with asthma compared with children who suffered other types of mistreatment (odds ratio 2.092 vs 0.549, respectively).

Conclusions. Children that were victims of abandonment had a higher probability to develop asthma than other type of mistreatment victims.

Key words. Asthma; child, mistreatment; child, neglect; child, preschool; foster houses.

www.medigraphic.com

Solicitud de sobretiros: Lic. en Psic. Daniel Páramo Castillo, Casa Cuna Amigo Daniel A. C., Paseo de los Naranjos Núm. 530, Fracc. Country Club Los Naranjos, C.P. 37210, León, Guanajuato, México.

Fecha de recepción: 30-06-2008.

Fecha de aprobación: 25-11-2008.

Introducción

En nuestro país, una de las primeras causas de consulta médica, tanto en urgencias como en consulta externa, es el asma, que afecta principalmente a los niños.¹⁻³ Aunque su prevalencia puede ser variable entre diferentes localidades,^{1,4} se calcula que de 5 a 15% de los menores de edad la padecen;^{1,5,6} y su diagnóstico, en función de la presencia de sibilancias, puede incrementarse hasta 20% de la población infantil.^{7,8} Es una enfermedad costosa en términos humanos y materiales, ya que es una de las primeras causas de ausentismo escolar, y el gasto que genera su atención pueden representar de 1 a 3% del presupuesto total de atención a la salud de prácticamente cualquier país.^{1,9} Se considera que es la única enfermedad crónica tratable cuya prevalencia, morbilidad y mortalidad están en aumento en todo el mundo.^{9,10}

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por hiperreactividad bronquial y obstrucción variable del flujo aéreo, episódica y que se manifiesta con períodos recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos.^{1,5,11} Ninguno de sus signos y síntomas son específicos.¹² El diagnóstico de asma en menores de tres años, además de infrecuente, es un reto para los pediatras, exige una vigilancia médica estrecha, adecuada cooperación de la familia, y el descartar la presencia de otros trastornos.¹³ En el contexto de una Casa Cuna, estas actividades se facilitan, porque si bien la mayoría de los menores albergados carecen al menos temporalmente de familiares, están vigilados las 24 horas del día por personal especializado. Se considera que en menores de cinco años de edad, el diagnóstico de asma es esencialmente clínico,¹ y hay incluso quienes prefieren llamarle bronquitis asmatiforme, a la vez que ubican su aparición en el segundo trimestre o en el tercer año de vida.¹⁴ Tanto la predisposición y aparición del asma, así como el desencadenamiento de las crisis asmáticas, son fenómenos en los que intervienen múltiples variables. Actualmente son estudiados los determinantes genéticos y su modulación neuronal,^{15,16}

los factores medioambientales,¹⁷ y por supuesto, la participación de infecciones y de factores psicológicos.^{18,19}

La inclusión de los aspectos psicológicos en el estudio del asma no es nueva.²⁰ Desde hace más de tres décadas, investigadores de la medicina y la psicología han interactuado para examinar los factores de personalidad que le subyacen,²¹⁻²³ las dinámicas psicosocial y familiar del paciente con asma,^{24,25} y la participación de diversos factores desencadenantes de las crisis asmáticas.²⁶ Sin embargo, en pocos de ellos se analiza su relación con el maltrato infantil. En uno de los escasos reportes de investigación que conjunta ambas variables, se concluye que es un tipo de maltrato infantil la insistencia de personas adultas por tener mascotas, a pesar de que la exposición a éstas provoca y agrava el asma de los niños a su cuidado.²⁷ De modo semejante, la madre del niño asmático ha sido descrita como rechazante o fría,¹⁴ actitud que puede convertirse en maltrato infantil por abandono, o por lo menos ser percibida como tal por el menor. Se supone, además, que un niño que ha sido maltratado y de pronto cambia a un nuevo ambiente, genera gusto por el manejo médico alrededor de cualquier enfermedad, lo que aumenta el riesgo de que ésta se prolongue.²⁸

En este contexto, el maltrato infantil se puede entender como la acción, omisión o trato negligente que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social.²⁹ Es resultado de un complejo de conductas e ideas, y encuentra su base en el hecho de que los participantes no están ubicados en el mismo plano estructural ni en semejantes condiciones físicas, morales o intelectuales.³⁰ Sus diferentes clasificaciones son una cuestión aún sin resolver; a lo largo del tiempo han sido elaboradas varias propuestas, algunas enfatizan lo visible o invisible del mismo, otras la ejecución activa o pasiva por parte del maltratador, unas más el espacio en el que se efectúa (en casa, en instituciones o en la calle), o el momento de vida de la víctima (prenatal/post-

natal).^{29,31} Mientras tanto, algunos autores proponen que existe un único tipo de maltrato infantil y que la gravedad del mismo determina sus consecuencias.^{32,33}

Referir estadísticas sobre el maltrato infantil es tarea difícil debido a lo naturalizado que está en nuestra cultura, al subregistro y a la falta de detección. En México, entre 1998 y 2003, cada año casi 122 niños de entre uno y cuatro años murieron como consecuencia de agresiones directas; esto sin tomar en cuenta las muertes provocadas indirectamente o las que no fueron registradas como consecuencia de algún tipo de maltrato.³¹ Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI),³⁴ el maltrato infantil más común en el estado de Guanajuato, en 2004, fue el emocional con 42.4% de los casos, le siguió la omisión de cuidados con 32.1%, y el físico con 24.4%. El abandono se comprobó sólo en 3.2% de los casos de maltrato. Usando la metáfora de un iceberg, se calcula que por cada caso registrado existen seis o siete no detectados.³¹

Ante la citada controversia respecto a las posibles clasificaciones que se le pueden dar al maltrato infantil, el presente estudio intenta profundizar en el análisis de las diferentes clases de violencia, más que apoyar la noción de una sola y única experiencia de maltrato. Desde esta perspectiva, se asume la hipótesis de que el maltrato por abandono es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de asma. A pesar de que ambos fenómenos –asma y maltrato infantil– tienen elevada prevalencia y altos costos, a la fecha se desconoce con exactitud la relación entre ellos. Así, el objetivo fue reconocer la presencia de síntomas de asma en menores de seis años que padecieron algún tipo de maltrato infantil, y verificar su relación con el tipo de maltrato padecido.

Métodos

La presente investigación fue realizada mediante revisión de expedientes: de tipo transversal, retrospectiva, descriptiva y observacional. La mues-

tra fue de tipo censal, dado que se incluyeron los casos de todos los menores de hasta cinco años de edad que ingresaron a la Casa Cuna Amigo Daniel A.C. en el estado de Guanajuato, entre diciembre del año 2000 hasta mayo de 2006, y a los cuales durante su estadía se les diagnosticó como víctimas de algún tipo de maltrato infantil y que tuvieron un tiempo de estancia de por lo menos dos semanas. El criterio de exclusión fue que el expediente no consignara datos sobre la presencia o ausencia de maltrato infantil. El diagnóstico del tipo de maltrato que recibieron fue determinado en la mayoría de los casos por la instancia que los derivó (Sistema DIF o Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de la República), y posteriormente confirmado por el personal del área de psicología del albergue.

En los estudios sobre asma, se recomienda la homologación de la metodología que la evalúe con la finalidad de reducir sesgos. Por lo tanto, la validación de su presencia se basó en los siguientes datos clínicos, registrados en su momento por las cuidadoras del albergue y confirmados inmediatamente después por la pediatra de la misma institución: por lo menos tres episodios de sibilancias, éstos de un día de duración, presentados en el transcurso de un año o menos tiempo, susceptibles de agravarse después de realizar ejercicio físico y, en todos los casos, que afectaron el sueño. Estos criterios son suficientes para el diagnóstico de asma de acuerdo con el proyecto ISAAC (*International Study on Asthma and Allergies in Childhood*)^{4,7} y la definición del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.³⁵ El eventual diagnóstico de asma en sus clasificaciones intermitente, leve persistente, moderada persistente y grave persistente,¹ así como el registro de cualesquiera de otros síntomas, forman parte habitual del expediente de salud de los menores internados en la casa cuna en la que se desarrolló la investigación. Por otro lado, la definición de maltrato infantil se tomó y adaptó de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud,³⁶

para la que existen cinco tipos, a saber: físico, emocional, abuso sexual, explotación infantil y negligencia, y abandono. Las adecuaciones consistieron en subdividir la última categoría en lo que algunos autores llamarían abandono físico y emocional,³⁷ quedando simplemente como abandono y negligencia, respectivamente, y en eliminar la explotación infantil como categoría independiente, incluyéndola en la negligencia. La causa de esta última decisión fue que no se encontró caso alguno en el que la presunta explotación laboral no cursara con indicadores de negligencia.

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS. Se utilizaron análisis de frecuencias, porcentajes y otras estadísticas descriptivas de tendencia central y dispersión. Para determinar la relación entre la presencia de síntomas de asma y el tipo de maltrato recibido, ambas variables nominales y de distribución libre, se utilizó la prueba Chi cuadrada y su corrección de continuidad;³⁸ para determinar el riesgo de desarrollo de asma en los subgrupos de menores abandonados y con otro tipo de maltrato como controles, fue utilizada la razón de momios (RM).³⁹ Cabe mencionar que esta última técnica ha sido utilizada en otros estudios para determinar la proclividad de contraer asma en poblaciones específicas.² Finalmente, para comparar las edades promedio en las que ingresaron al albergue, tanto los niños que desarrollaron asma como los que no lo hicieron, se utilizó la prueba T para muestras independientes. En todas las pruebas estadísticas se aceptó como significativa una P igual o menor de 0.05.

Tanto en la revisión de los casos como en el análisis y en el mismo reporte, se tomaron en cuenta los principios éticos propuestos por los reglamentos nacionales e internacionales.⁴⁰ Al ser una investigación de revisión de registros no se puso en riesgo a ninguna persona, además de que los datos de identificación permanecieron en todo momento en estricta confidencialidad.

Resultados

Un total de 109 menores de hasta cinco años de edad fueron incluidos en el estudio. La razón de mujeres por cada varón fue de 1.22. La edad a la que ingresaron tuvo una variación de un día a cinco años, media de dos años y desviación estándar (DE) de 19 meses. El tipo de maltrato que sufrieron fue, en su mayoría, negligencia (44.9%), le siguió abandono con 34.6%, maltrato físico con 18.7% y finalmente abuso sexual con 1.9%. Fueron diagnosticados con asma 18 de ellos (16.8%), de los que la mayoría (56%) presentaron asma intermitente, 22% moderada persistente, 11% grave persistente y 11% leve persistente. En promedio, los menores fueron diagnosticados con asma a los 4.3 meses de su ingreso (\pm 4.1 meses) y con un año cuatro meses de edad (\pm 13.8 meses).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los menores que presentaron asma alguna vez y los que no, respecto a la edad en la que ingresaron ($P = 0.002$). Los primeros ingresaron en promedio a los 12 meses de edad (\pm 13 meses) y los segundos a los 26 meses de edad (\pm 20.2 meses). Asimismo, con cinco niñas por cada varón, fue significativamente más alta la presencia del sexo femenino entre aquellos que desarrollaron asma ($\chi^2 = 6.528$ significativa con una $P = 0.011$, o $P = 0.022$ en la corrección de continuidad).

De los 18 menores con síntomas asmáticos, 11 de ellos padecieron maltrato por abandono, y el resto algún otro tipo de maltrato. La relación entre ambas variables fue significativa de acuerdo con la prueba Chi cuadrada ($P = 0.009$). La RM o riesgo de padecer asma para quienes sufrieron maltrato por abandono fue de 2.092 con un intervalo de confianza del 95% que va de 1.281 a 3.416. En contraposición, la RM para el subgrupo que padeció cualquier otro tipo de maltrato fue de 0.549 con intervalo de confianza del 95% de 0.303 a 0.995.

Discusión

El maltrato por abandono y el asma están estrechamente relacionados. Los valores de la RM son

elocuentes respecto a esta asociación, pues mientras el valor resultante se acerca o sobrepasa 2, se considera que es fuerte la influencia que una variable tiene sobre la otra. Adicionalmente, se comprobó que quienes fueron diagnosticados con asma ingresaron a menor edad al albergue, incluso después de ser abandonados en el mismo hospital en donde nacieron. El perfil del menor asmático es entonces de sexo femenino y abandonado tempranamente.

El abandono no siempre se verificó en cuanto el menor ingresó al albergue; en muchas ocasiones días, semanas, e incluso meses antes, fueron dejados con personas ajenas a ellos, en instituciones, o bien, fueron abandonados y luego recuperados varias veces antes. El denominador común en estos casos es la separación absoluta del menor de su cuidador primario y el descuido de sus necesidades tanto afectivas como vitales, llegando con esto al grado de exponer sus vidas, como en los casos de bebés abandonados a la intemperie. La aparición de síntomas de asma puede explicarse entonces, desde un marco interpretativo hermenéutico, como el grito de auxilio que el menor lanza ante un abandono físico o emocional.¹⁴

La proporción de casos de asma se ubica en el límite superior esperado para la población mexicana. Al tomar en cuenta que la estancia prolongada en cuneros o guarderías es un factor de riesgo para el asma,¹⁹ probablemente esta proporción no sea tan elevada. Por otro lado, la distribución de sexos entre los menores, alguna vez diagnosticados con asma, difiere de la tendencia registrada en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales.²⁴ Esto podría explicarse en

dos niveles: a) que sea un efecto real que hipotéticamente podría tener el abandono sobre el desarrollo del asma en las niñas, al tiempo que los varones podrían estar desplegando otro tipo de maniobras adaptativas al abandono y, por consecuencia, diferentes cuadros clínicos. Las desigualdades en entidades físicas y psicológicas entre niños y niñas, así como la participación de los factores biológicos y los contextuales, son aún motivo de investigación;⁴¹ b) por un sesgo originado por el tipo y modo de selección de la muestra, y porque la naturaleza del estudio no fue epidemiológica sino correlacional. Estas limitaciones del estudio se intentaron paliar con el diseño comparativo mediante RM, ya que hace relativas las diferencias entre grupos.

El maltrato infantil, como fenómeno multifactorial, genera también múltiples secuelas dependiendo del tipo y gravedad, así como del momento en que se detecta y el modo en que se atiende, pudiendo ser incluso determinante de conductas suicidas.⁴² Es relevante profundizar en el estudio del asma como posible consecuencia del maltrato infantil, en el modo en que éste podría ser causa contribuyente del asma, o en las variables concurrentes de riesgo y de protección, porque como ya se ha mencionado, es un padecimiento con altos costos sociales, tanto por su prevalencia como por ser frecuentemente subdiagnosticado y tratado inadecuada o tardíamente.^{2,12} Su pronto reconocimiento y atención podría impactar, directa y favorablemente, en la calidad de vida de quien tiene riesgo de padecerlo; de lo contrario, la presencia del asma aumentará las desventajas del niño maltratado.

Referencias

1. Grupo de Trabajo "Consenso Mexicano de Asma". Consenso Mexicano de Asma. Neumol Cir Torax. 2005; 64 Supl 1: S7-S44.
2. Rodríguez R, Becerril M, Félix F, Zamora E, Durán H, Gasca M. Prevalencia de asma aguda en niños. Rev Alerg Mex. 1998; 45: 9-12.
3. Vásquez N, Govea GC, Beltrán G, Torres F. Análisis de la demanda de atención del niño asmático en el servicio de urgencias. Rev Alerg Mex. 1994; 41: 80-3.
4. Mallol J, Cortez E, Amarales L, Sánchez J, Calvo M, Soto S, et al. Prevalencia del asma en escolares chilenos. Estudio descriptivo de 24 470 niños. ISAAC-Chile. Rev Med Chile. 2000; 128: 456-64.

5. García-Marcos L. Consenso de asma, neumología y alergia pediátrica. 2004. www.seicap.es/ficheros/Informes/consenso%20definitivo%20Aasma%20Murcia%202004-7.pdf (consultado en abril, 2006).
6. Vargas MH, Díaz-Mejía G, Furuya M, Salas J, Lugo A. Trends of asthma in Mexico. An 11-year analysis in a nationwide institution. *Chest*. 2004; 125: 1993-7.
7. Arévalo-Herrera M, Reyes M, Victoria L, Villegas A, Badiel M, Herrera S. Asma y rinitis alérgica en preescolares en Cali. *Colombia Med*. 2003; 34: 4-8.
8. Barraza-Villareal A, Sanín-Aguirre L, Téllez-Rojo M, Lascasaña-Navarro M, Romieu I. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud Pública Mex*. 2001; 43: 433-43.
9. Bousquet J, Bousquet P, Godard P, Daures JP. The public health implications of asthma. *Bull World Health Organ*. 2005; 83: 481-560.
10. Baeza-Bacab M, Graham-Zapata LF, del Río-Navarro B, Sienra-Monge J. Tratamiento del asma en niños y adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2002; 59: 198-209.
11. Cañas C, Villamarín E, Alarcón J. Estado asmático en niños. *Colombia Med*. 1998; 29: 74-80.
12. Vega-Briceño L, Sánchez I. Tos persistente como expresión de asma en el niño. *Rev Chilena Pediatr*. 2004; 75: 463-70.
13. Strunk R. Defining asthma in the preschool-aged child. *Pediatrics*. 2002; 109: 357-61.
14. Marcelli D, Ajuriaguerra J. Psicopatología del niño. 3a ed. España: Ed. Masson; 1996. p. 382-4.
15. Miller G, Chen E. Life stress and diminished expression of genes encoding glucocorticoid receptor and B2-adrenergic receptor in children with asthma. *PNAS*. 2006; 103: 5496-501.
16. Rosenkrans M, Busse W, Johnstone T, Swenson C, Crisafi G, Jackson M, et al. Neural circuitry underlying the interaction between emotion and asthma symptom exacerbation. *PNAS*. 2005; 102: 13319-24.
17. Romero-Placeres M, Más-Bermejo P, Lascasaña-Navarro M, Téllez M, Aguilar-Valdés J, Romieu I. Contaminación atmosférica, asma bronquial e infecciones respiratorias agudas en menores de edad de La Habana. *Salud Pública Mex*. 2004; 46: 222-33.
18. Salazar J. Asma bronquial. Estado del arte. *Colombia Med*. 2001; 32: 76-82.
19. Valdivia G. Asma bronquial y enfermedades atópicas como problema emergente de Salud Pública: nuevas hipótesis etiológicas. La experiencia de sociedades desarrolladas. *Rev Med Chile*. 2000; 128: 456-64.
20. Gavito M, Ortega-Soto H. Aspectos psicológicos del asma infantil. *Rev Inst Nac Enferm Resp Mex*. 1993; 6: 230-5.
21. Benedito MC, Botella C, López J. Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos. *An Psicología*. 1996; 12: 217-22.
22. Hernández M, Ramírez C, González SN, Canseco C, Arias A, del Castillo O. Perfil psicológico del paciente pediátrico con asma. *Rev Alerg Mex*. 2002; 49: 11-5.
23. Coelho R, Braga-Oliveira L, Martins A, Prata J, Barros H. Factores psico-sociais e asma brônquica na adolescência. *Rev Port Psicosom*. 1999; 1: 131-43.
24. Dales RE, Choi B, Chen Y, Tang M. Influence of family income on hospital visits for asthma among Canadian school children. *Thorax*. 2002; 57: 513-7.
25. Harrison BD. Psychosocial aspects of asthma in adults. *Thorax*. 1998; 53: 519-26.
26. Sandberg S, Järvenpää S, Penttinen A, Paton JY, McCann D. Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: A Cox's hierarchical regression. *Thorax*. 2004; 59: 1046-51.
27. Franklin W, Kahn RE. Severe asthma due to household pets: a form of child abuse or neglect. *N Engl Reg Allery Proc*. 1987; 8: 259-61.
28. Haugaart J. Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children who have been severely maltreated: Somatization and other somatoform disorders. *Child Maltreat*. 2004; 9: 169-76.
29. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública Mex*. 1998; 40: 58-65.
30. Sautu R. Las formas abiertas y sutiles de maltrato a niños. *Papeles Población*. 2004; 40: 213-46.
31. Loredo AA. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004. p. 17-27.
32. Higgins D. The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types. *J Psychol*. 2004; 138: 303-24.
33. Moreno MJ. Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicol Salud*. 2004; 14: 215-27.
34. INEGI. Estadísticas de maltrato. 2005. Recuperado de: www.inegi.gob.mx. (Consultado en diciembre 2005).
35. Castillo-Laita JA, Torregrosa-Bertet MJ, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Diagnóstico de Asma. El Pediatra de Atención Primaria y el diagnóstico de Asma. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-1). Recuperado de: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm (Consultado en marzo 2007).
36. World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/ (Consultado en enero, 2006).
37. Barudy J. El dolor invisible de la infancia. España: Ed. Paidós; 1998. p. 35-40.

38. Dwonie N, Herat R. Métodos estadísticos aplicados. 2^a ed. México: Ed. Harla; 1995.
39. Loría A. Estadística mínima. XLVI. La razón de momios de riesgo (RMR). *Lab Acta*. 2000; 12: 41-5.
40. Ramírez N. Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación en medicina. *Rev Med Univers Veracruzana*. 2002; 2: 5-9.
41. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol*. 2008; 4: 275-303.
42. Páramo D, Chávez-Hernández AM. Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*. 2007; 30: 59-67.