

Revista Médica



2013 4(2):51-57pp

Publicado en línea 01 de febrero, 2013;
www.revistamedicamd.com

Maltrato al menor, sus manifestaciones y perspectiva desde un Hospital Universitario de tercer nivel

Óscar Aguirre-Jáuregui, Roberto Miguel Damián-Negrete, María Guadalupe Márquez- Hernández, Everardo Rodríguez-Franco, Araceli Velázquez-Martínez, Lourdes De la Mora-Carnalla, Miguel Ángel Flores-Tinajero .

Autor para correspondencia

Dr. Óscar Aguirre Jáuregui. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” Dirección: Hospital #278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara Jalisco, México. Teléfono: 33- 10243141. Correo electrónico: oscaraj@yahoo.com

Palabras clave: abuso al menor, abuso sexual, bullying, maltrato, negligencia, niño sacudido.

Keywords: bullying, child abuse, mistreating, neglect, sexual abuse, shaking baby syndrome.

REVISTA MÉDICA MD, Año 4, número 2, noviembre-enero 2013, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Tel. 3334674451, www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2012-091311450400-102, ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: En Trámite. Responsable de la última actualización de este número: Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de enero de 2013.





Maltrato al menor, sus manifestaciones y perspectiva desde un Hospital Universitario de tercer nivel

Aguirre-Jáuregui O^a, Damián-Negrete RM^a, Márquez-Hernández MG^b, Rodríguez-Franco E^a, Martínez-Velázquez A^b, De la Mora-Carnalla ML^b, Flores-Tinajero MA^c

Resumen

Introducción

El síndrome de maltrato infantil es una entidad por desgracia cada vez más frecuente. México se encuentra en el grupo de naciones más violentas del mundo. Con una tasa ocho veces más alta que en Europa y hasta 16 veces más alta que en Japón y Corea. En relación a otros países latinoamericanos, México ocupaba el sexto lugar para 2004. El interés y la relevancia de esta problemática reside en las graves implicaciones psicológicas, familiares y sociales que conlleva, así como la cuantificación estimada de los casos.

Materiales y métodos

Estudio transversal descriptivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes desde el nacimiento hasta 16 años de edad, ingresados al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de enero de 2010 a julio de 2012 con diagnóstico de maltrato. Se describieron las características del menor maltratado, del agresor y del tipo de maltrato, el cual fue clasificado en abuso físico, sexual, por omisión de cuidados (negligencia), ser hijo de madre adicta a alguna sustancia ilegal, intento suicida, trastornos de conducta, *bullying*, sospecha de maltrato, herida por arma de fuego y arma blanca.

Resultados

Se incluyeron a un total de 326 pacientes en el periodo de estudio. La edad más común fue de 6-12 años, el agresor más frecuente son ambos padres 37.7% (N. 123), seguido de la madre, autoagresión, un familiar no consanguíneo y padre con 74 (22.7%), 42 (12.8%), 34 (10.4%) y 28 (8.5%) respectivamente; el tipo de maltrato más frecuente fue negligencia (133, 40.7%), seguido de abuso físico y sexual (54, 16.5% y 33, 10.1% respectivamente), la mortalidad fue de 4.5%.

Conclusiones

El maltrato es una entidad cada vez más frecuente en nuestro país, con múltiples repercusiones en la salud y en la sociedad. Es indispensable ejercer medidas de prevención y adecuada detección de los casos de maltrato infantil.

Palabras clave: abuso al menor, abuso sexual, bullying, maltrato, negligencia, niño sacudido.

a. Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX.

b. Servicio de Trabajo Social, CAIMM, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX.

c. Servicio de Paidó-Psiquiatría, CAIMM, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX,

Autor para correspondencia: Dr. Óscar Aguirre Jáuregui. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital #278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara Jalisco, México. Teléfono: 33- 10243141. Correo electrónico: oscaraj@yahoo.com

Child abuse, its manifestations and perspective from a third level University hospital

Abstract

Introduction

The battered-child syndrome is an entity becoming, unfortunately, more frequent. Mexico ranks among the group of the most violent nations, with a rate eightfold higher than Europe and up to 16 times than Japan and Korea. With reference to another Latin American countries, Mexico ranked 16th on 2004. The interest and relevance of such problem area resides on the serious psychological, family, and social implications involved, as well as its estimated quantification of the cases.

Materials and methods

A cross-sectional descriptive study, in which were included all the patients since birth to 16 years old admitted to the Fray Antonio Alcalde Civil Hospital from January 2010 to July 2012 diagnosed with abuse. The characteristics of the minor, the attacker, were identified and the type of abuse classified in physical, sexual abuse, neglect, an addicted mother to an illegal substance, suicidal attempts, behavior disorder, bullying, suspect of abuse, wound by firearm or bladed weapon.

Results

326 patients were included during the period of the study. The most common age being 6-12 years, the most frequent attacker being both parents 37.7% (n. 123), followed by the mother, self-injury, a non-blood relative and the father with 74 (22.7%), 42 (12.8%), 34 (12.4%) and 28 (8.5%) respectively. The most frequent mistreatment was neglect (133, 40.7%), followed by physical and sexual abuse (54, 16.5% and 33, 10.1% respectively), the mortality was 4.5%.

Conclusion

The abuse is an entity becoming more frequent in our country, with multiple repercussions on health and society. It is essential to establish prevention measures and adequate detection of cases of child abuse.

Keyword: child abuse, sexual abuse, bullying, mistreating, neglect, ablated child syndrome.

Introducción

El maltrato infantil es un problema de índole mundial, que involucra a todos, tanto a los ciudadanos como a nuestros gobernantes. A partir de 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al maltrato infantil como un problema de salud pública.¹ Henry Kempe definió inicialmente el síndrome como —el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable del cuidado del menor—. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), por su parte, lo define como —toda aquella forma extrema de amenazas, represión, castigos o humillaciones que infligan un sufrimiento físico, psicológico o moral a un ser humano, y más aún si se trata de un menor—.

En la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere de la búsqueda activa de indicadores; sin embargo, no es frecuente que éstos sean requeridos como motivo de consulta. Además no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para el diagnóstico diferencial respecto a otras causas de violencia. Asimismo, el temor del médico a verse involucrado en un proceso que podría tomar curso legal, dificulta el proceso de diagnóstico.

El objetivo de este estudio es determinar las características de los diferentes tipos de maltrato infantil y su expresión dentro de la mortalidad en el Organismo Público Descentralizado (OPD) Hospital Civil de Guadalajara Fray

Antonio Alcalde, así como identificar las principales características de los niños que sufren de maltrato, del agresor y el comportamiento del maltrato infantil en el tiempo.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio trasversal descriptivo, en el cual se incluyeron a todos los pacientes pediátricos de 0 días a 16 años de edad, que ingresaron al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, en el periodo del 1 de enero 2010 al 31 julio 2012 y que fueron captados por el Comité del Niño Maltratado (CAIMM) y con documentación completa en la recolección de información. Se analizaron las variables de abuso físico, sexual, de omisión de cuidados (negligencia), hijo de madre drogadicta, suicidio o intento de suicidio, trastornos de conducta, *bullying*, sospecha de maltrato, herida por arma de fuego, herida por arma blanca, lugar de procedencia y mortalidad. Para expresar los resultados se usaron medidas de tendencia y dispersión central.

Resultados

Características generales de los pacientes

Ingresaron 326 pacientes al estudio, de éstos, 166 (51%) correspondieron al género femenino y 160 (49%) al género masculino. La edad media fue de 5 años 8 meses y se distribuyeron de los cero días de vida, hasta los 16 años. Para fines de análisis se conformaron en grupos etarios con la

siguiente distribución: 50 (15.3%) pacientes de 0-28 días, 60 (18.4%) de 29 días a 1 año de edad, 43 (13.1%) de 1-2 años, 45 (13.8%) de 2-6 años, 74 (22.7%) de 6-12 años, y 48 (14.7%) de 12-16 años de edad; en tres (0.9%) casos la edad no pudo ser determinada, por lo que se consideró como desconocida; sin embargo sí cumplieron con los demás criterios de inclusión. De acuerdo a su lugar de origen se tomó en cuenta la ciudad de residencia de los pacientes y no la procedencia institucional (institución que deriva a nuestra unidad hospitalaria); se dividió en zona metropolitana de Guadalajara (Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá, El Salto y Tlajomulco de Zúñiga), así como residentes del interior del estado u otro estado. De un total de 251 (77%) pacientes residentes de la zona metropolitana de Guadalajara, del interior del estado de Jalisco fueron 67 (20.5%) pacientes y sólo cuatro (1.2%) de otros estados de México; en ocho (2.4%) pacientes se desconoció el lugar de residencia (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

Característica	n= 326 (%)
Relación de género (M:H)	166:160 (51:49)
Edad (media)	5 años 8 meses
0 a 28 (días)	50 (15)
1 a 12 (meses)	60 (19)
1 a 2 (años)	43 (13)
2 a 6 (años)	45 (14)
12 a 16 (años)	48 (15)
Desconocida	3 (1)
Lugar de origen	
Zona metropolitana	251
Guadalajara	77 (30.6)
Zapopan	54 (21)
Tonalá	28 (11.1)
Tlaquepaque	49 (19.5)
El Salto	13 (13.5)
Tlajomulco	30 (11.9)
Otros municipios de Jalisco	67 (20.5)
Otro estado no Jalisco	4 (1.2)
Desconocido	8 (2.4)

Características del maltrato

Características del agresor: En cuanto al tipo de agresor, se tomaron en consideración las siguientes posibilidades: ambos padres, padre, madre, hermano, familiar, familiar no consanguíneo; obteniendo que el agresor más frecuente son ambos padres 123 (37.7%), seguido de la madre, autoagresión, un familiar no consanguíneo y padre con 74 (22.7%), 42 (12.8%), 34 (10.4%) y 28 (8.5%) respectivamente; sólo se reportó un (0.3%) caso accidental. El nivel educativo de los padres de los niños maltratados fue el listado en la tabla 2, sobresale la alta prevalencia de educación primaria completa o trunca (108, 43%) secundaria completa o trunca (58, 23%) y la baja prevalencia de padres con carrera técnica, o licenciatura (4,2%) y 11 (4%) respectivamente. No se logró recabar la información en 52 casos, en 45 (18%) se desconoció, y en siete (3%) no contaban con padres.

Incidencia mensual: De acuerdo a la incidencia por mes que se generó en el periodo evaluado obtuvimos los siguientes

Tabla 2. Características del agresor

Característica	N=326 (%)
Tipo de agresor	
Ambos padres	123 (38)
Madre	74 (23)
Padre	28 (9)
Familiar	14 (4)
Familiar no consanguíneo	34 (10)
Autoagresión	42 (13)
No relacionado	8 (2)
Accidente	1 (<1)
Desconocido	2 (1)
Nivel de escolaridad de los padres	
Analfabeta	10 (4)
Primaria o trunca	108 (43)
Secundaria o trunca	58 (23)
Preparatoria o trunca	9 (4)
Carrera técnica	4 (2)
Licenciatura	11 (4)
Desconocida	45 (18)
Sin padres	7 (3)

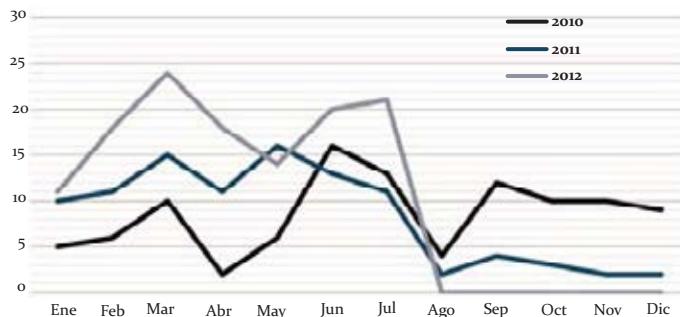


Figura 1. Número de casos de maltrato por mes. Se muestran en diferente color la distribución de casos por mes del período comprendido del 1 de enero al 31 de julio de 2012. Observándose un incremento en el número de niños maltratados en la primera mitad del año 2012 (gris) comparado con los dos años previos.

resultados: En el año de 2010 se reportaron un total 103 casos de maltrato, los meses con mayor número de casos reportados fueron junio, julio, septiembre, octubre y noviembre. Para 2011 el número total de casos fue de 100, se invirtieron los meses de mayor incidencia, siendo enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio. Y por último en el año 2012 hasta el 31 de julio se tenían captados un total de 126 casos, siendo el mes de mayor incidencia junio y julio. De acuerdo a la distribución del total de casos se observó un aumento significativo en el número de pacientes en la primera mitad del año 2012 comparado con los dos años previos, un incremento del 25%. (Figura 1).

Tipo de maltrato y mortalidad: De acuerdo al tipo de maltrato, nosotros lo clasificamos en abuso físico, sexual, por omisión de cuidados (negligencia), ser hijo de madre adicta a alguna sustancia ilegal, intento suicida, trastornos de conducta, *bullying*, sospecha de maltrato, herida por arma de fuego y arma blanca. Los resultados se muestran en la tabla 3, sobresaliendo que el tipo de maltrato más frecuente fue negligencia (133, 40.7%), seguido de abuso físico y sexual (54, 16.5% y 33, 10.1% respectivamente), se observó además una relativamente baja incidencia de *bullying* (seis, 2%). Para el registro de mortalidad se tomó en cuenta a los pacientes registrados por el CAIMM que tuvieron diagnóstico confirmado o de sospecha de maltrato infantil y que murieron a consecuencia o complicación de éste. La mortalidad en el período del estudio fue de nueve (2.7%) pacientes, de los cuales, el tipo de maltrato más común relacionado a la muerte fue el abuso físico (cuatro, 2%), de estos dos (1%), fueron consecuencia de trauma craneoencefálico (TCE) y dos (1%), por múltiple trauma; relacionadas con omisión de cuidados fallecieron dos (1%), uno de ellos por quemaduras de segundo y tercer grado y otro por intoxicación con alcohol (Tabla 3).

Discusión

El maltrato infantil, es un síndrome comprendido por un gran número de presentaciones clínicas, de las cuales, en este trabajo se incluyeron las más comunes. De acuerdo a la estadística nacional registrada en el año 2010, que es la última que se tiene referencia concreta, se registraban cinco maltratos diarios,² lo cual muestra un prevalencia mayor a la reportada en nuestro estudio, en donde se presenta un caso de maltrato cada tres días.

Los datos nacionales a cerca del maltrato refieren que el

51% de los pacientes con maltrato infantil son niños y el 49% niñas,³ dato que se observó invertido en nuestro estudio, sin embargo representa una proporción similar en ambos sexos. Existe la hipótesis de que es más frecuente el maltrato en menores de seis años, pero la edad de presentación más frecuente en nuestro estudio fue la comprendida de los 6 a los 12 años, y la reportada por el registro nacional fue para el 2006 entre los 10 y 14 años.⁴ Estas diferencias pueden ser explicadas parcialmente por los criterios de selección de los pacientes, así como el hecho de que en nuestro estudio sólo se incluyeron a pacientes que fueron atendidos por nuestro hospital. Es importante mencionar que el tercer lugar lo ocuparon los pacientes de 28 días a 1 año.

El tipo de maltrato que con mayor frecuencia se registró fue la omisión de cuidados o negligencia (Figura 2 A), lo que se explica ya que en este estudio el abandono se tomó en cuenta como parte de la constelación de diagnósticos de la omisión de cuidados o negligencia y si sumamos ambos diagnósticos (abandono + omisión) se registró para 2006 el 43% del total del maltrato infantil. Al analizarse por separado, el maltrato

Tabla 3. Tipo de maltrato y mortalidad

Tipo de maltrato	N=326 (%)
Abuso físico	54 (17)
Abuso sexual	33 (10)
Negligencia	133 (42)
Madre adicta	27 (9)
Intento de suicidio	33 (10)
Trastorno de conducta	7 (2)
Bullying	6 (2)
Sospecha de maltrato	17 (5)
Herida por PAF	7 (2)
Herida por APC	3 (1)
No se comprobó el maltrato	6 (2)
Mortalidad	9 (2.7)
Maltrato físico	4 (1.2)
Negligencia	2 (0.6)
Madre adicta	1 (0.3)
Hijo de madre con herida PAF	1 (0.3)
Herida por PAF	1 (0.3)

PAF, proyectil de arma de fuego; APC, arma punzocortante. Fuente: Base de Datos del Comité de Apoyo Integral del Maltrato al Menor (CAIMM) 01 Enero 2010-31 Julio 2012.



Figura 2. A. Omisión de cuidados, se observa a un paciente con diagnóstico de parálisis cerebral infantil (PCI) que por negligencia desarrolló ulceras por no movilización por parte de los cuidadores. B. Paciente víctima de maltrato físico. C. Hemorragias retinianas patognomónicas del síndrome del niño sacudido (*shaking baby syndrome*). D. Fractura de vertebras secundarias a maltrato físico. E. Paciente femenina de 4 años de edad, víctima de abuso sexual, se observa condilomas en región perianal. F. Mordedura en glande mas dermatitis escrotal perineal por evidente omisión de cuidados. G. Trauma en piel en región ventral de pene de origen traumático intencional. H. Equimosis en pómulo izquierdo y mejilla en diversos estados de evolución, escoriaciones dermo-epidérmicas (que corresponden a rasguños) y mordida en hombro izquierdo. I. Equimosis traumática en frente y pómulo derecho. Arco ciliar externo derecho con herida contusa con separación de bordes.

físico ocupó el primer lugar a nivel nacional (Figura 2 B,C,D).⁵ El intento de suicidio, no estaba contemplado dentro del síndrome del niño maltratado para 2006,² sin embargo en nuestra serie ocupa el tercer lugar en frecuencia. Esta entidad cada vez se observa con mayor frecuencia en la consulta externa pediatría y en los servicios de paido-psiquiatría; actualmente ya se encuentra incluido como maltrato pero aún está por definirse si es una consecuencia directa de maltrato infantil, social, trastorno emocional o *bullying*. El abuso sexual fue más frecuente en nuestro medio que lo registrado a nivel nacional (10% vs 3.2%) (Figura 2 E,F,G).⁴ En el presente año, en nuestro estado, se aprobaron reformas a los códigos Penal y de Procedimientos Penales de Jalisco, para endurecer las penas contra quienes cometan los delitos de la prostitución y el abuso sexual infantil, los que podrán castigarse hasta con

20 años de prisión.⁶

El *bullying*, una patología tan vieja como el maltrato infantil, pero que recientemente los medios de comunicación, psicólogos, maestros, padres de familia y otros, han puesto a la vista de la población, no es diagnosticada frecuentemente aún, y esto quizás es por la falta de acusiosidad del interrogador cuando entrevista al paciente en el consultorio, ya que solamente en 6 (2%) pacientes, se realizó este diagnóstico, por lo que no refleja la realidad actual de nuestro medio ya que existen registros y encuestas nacionales en las que el porcentaje de ésta entidad en los estudiantes es tan alta como el 70%.⁷

El tipo de agresor que se registró con mayor frecuencia fue el de ambos padres como perpetradores del acto, con un porcentaje del 38%, siendo totalmente diferente a lo

publicado en el informe nacional del 2006, en donde el agresor más frecuente fue la madre hasta en un 47%,² quizás esto tenga que ver con el tipo de maltrato que se registró en nuestro estudio que fue la omisión de cuidados y en donde ambos padres participan. En segundo lugar fue la madre con un 23% y en tercer lugar la autoagresión 13%, en donde se incluye el intento de suicidio, seguido de una persona no consanguínea con el paciente, en donde se incluyen los padrastreros o madrastras, siendo un factor importante >80% de los casos, la multiparentalidad; ocupando un 10% del total. En el estudio destacó que el padre solamente ocupó un 9% del total, comparado con la estadística nacional se encuentra muy por debajo del registro, en donde ocupó el segundo lugar con un 29%.

El nivel de educación, también fue un indicador importante, cabe destacar que más del 50% de los padres no cuentan con educación más allá de la primaria, lo que nos habla del nivel educacional bajo, el cual es un factor de riesgo para padecer maltrato. Llama la atención que solamente el 2% de los tutores en estudio alcanza niveles de licenciatura.

También para nosotros fue importante el saber en qué meses se presentaba la mayor incidencia del maltrato ya que uno de los objetivos específicos del estudio era establecer si se presentaba más en el periodo vacacional. Los meses de mayor incidencia en nuestro estudio fueron los meses de junio y julio de cada año, ambos meses acumularon un 28.8% del total de los ingresos, siendo así los meses con más ingresos por esta patología y por lo tanto corroborando la hipótesis previamente planteada.

La procedencia del paciente fue directamente proporcional a la densidad poblacional y la ubicación geográfica de nuestra institución, ya que el mayor número de pacientes provenía del área metropolitana (77%) y de éstos, Guadalajara (municipio donde se ubica nuestra institución), fue el municipio que más pacientes aportó al estudio con un 30.6%.

En total el registro que se tiene sobre mortalidad, del periodo comprendido por el estudio es de 9 pacientes, de los cuales, la patología o tipo de maltrato más común como causa de mortalidad es el maltrato físico, el cual aportó un total de

cuatro pacientes, los cuales acumulan solo el 1.2%. Comparado con lo reportado a nivel nacional por la UNICEF en el 2008, nos encontramos por debajo del porcentaje nacional que es del 6.8% y se estimó que fallecían dos niños/día, lo cual se encuentra muy por arriba de nuestros registros, quizás por falta de registro en los certificados de defunción.¹

Existe un sesgo muy importante, hablando de estadística en la mortalidad de los pacientes con diagnóstico o sospecha de maltrato infantil, ya que hay un subregistro en los certificados de defunción, porque aun teniendo diagnóstico de maltrato infantil o sospecha de maltrato o investigación en curso por parte del ministerio público, en el certificado de defunción no es tomada en cuenta la patología como causa de la muerte o patología que contribuyó a la misma. Encontramos que a las tradicionales formas de maltrato infantil (Figura 2 H,I), se han venido agregando nuevas expresiones como el *bullying*, creciendo también el número de hijos de padres adictos, o de los casos de intento de suicidio, agregándose, lamentablemente niños lesionados por arma de fuego, reflejando una violencia social creciente. Todo ello hace imperativo que los grupos de trabajo y comités multidisciplinarios que deben existir en toda institución hospitalaria, educativa y en la sociedad en general, actúen, se interrelacionen, generen y compartan estrategias de intervención, que contengan el fenómeno abordando preventivamente los diversos factores que detonan estas viejas y nuevas manifestaciones de violencia social. El desafío incluye a los medios de comunicación, cuya presencia y efectividad ha quedado demostrada; a educadores, grupos religiosos, a todos. Y, desde luego, las diversas instancias gubernamentales responsables de proteger a el sector humano más vulnerable, frágil y que representa el futuro que toda colectividad desea.

Declaración de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. El fondo de naciones unidas para la infancia UNICEF. Los derechos de la infancia y adolescencia en México. 2008. Vol. 1. p. 82.
2. Secretaría de Salud. Informes nacionales sobre violencia y salud. México. 2006:p11-13.
3. Red por los derechos de la infancia en México. La Violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas Regionales. Ensayo temático La Infancia Cuenta en México 2010 p 8.
4. Organización de las Naciones Unidas. Estudio del secretario general de naciones unidas sobre la violencia contra los niños 2006. p 1-2. Disponible en [http://www.unicef.org/lac/Estudio_violencia\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estudio_violencia(1).pdf) Acceso el: 20 de septiembre de 2012
- 5.- Organización mundial de la salud. Maltrato infantil. En: Nota descriptiva No. 150. Agosto 2010. p. 1-5.
6. Mayor castigo a la prostitución y el abuso sexual infantil, H. Congreso del Estado de Jalisco, Comunicación Social. Disponible en: <http://congresojal.gob.mx/> > 20 de septiembre 2012.
7. Secretaría de educación pública. Guía básica de prevención de la violencia en el ámbito escolar. 2008. Vol. 1. P.1-32