

TEMA PEDIÁTRICO

La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia

*Integrated care for abused children: Implementation of a national strategy in research,
training and medical care*

Arturo Loredó-Abdalá, Jorge Trejo-Hernández, Corina García-Pina, Gloria Elena López-Navarrete,
Arturo Perea-Martínez, Martha Gómez-Jiménez, Arminda Casimiro-Victoria, Isabel Melquiades-Parra,
Verónica Martín-Martín

Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud, México, D. F., México.

Resumen

Se señala la importancia del maltrato infantil y por qué es considerado actualmente como un problema médico-social-legal. Así mismo, se entiende que por las consecuencias físicas y emocionales en el menor, económicas y sociales en la familia y en la comunidad, la Organización Mundial de la Salud lo considera como un problema de salud pública mundial.

Para hacer frente a esta problemática, la comunidad médico-pediátrica requiere desarrollar una estrategia de atención integral, interinstitucional e internacional dentro del marco de su actividad profesional en la asistencia, la docencia y la investigación.

Se presenta el programa de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) establecido y desarrollado con una experiencia oficial de 10 años. Su diseño y estrategia de acción se aplica en un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel de atención.

Palabras clave. Maltrato infantil; modelo de atención integral; estrategias de intervención interinstitucional e internacional.

Summary

The importance related to the topic of child abuse and neglect is considered. We focus here on the medical, social and legal aspects of this problem. It is easily understandable that the World Health Organization sees it as a global public health problem in view of its consequences: physical and emotional for the child and economic and social for the family and the community. In order to address this situation, the authorities for the pediatric community must develop a strategy for interdisciplinary, inter-institutional and even international overall care within the framework of standard professional activities in clinical care, teaching, and research. The clinical program for integral care of child abuse and neglect at the Mexican National Institute of Pediatrics, a third-level pediatric hospital, has been developed during the past 10 years.

Key words. Child abuse, treatment; integrated, inter-institutional, international, care.

www.medigraphic.com

Autor de correspondencia: Dr. Arturo Loredó Abdalá. Correo electrónico: cainm_inp@hotmail.com

Fecha de recepción: 28-05-2008.

Fecha de aprobación: 21-08-2008.

El problema médico-social-legal del maltrato infantil, que se conoce en la jerga médica como síndrome del niño maltratado (SNM), ha estado presente desde tiempo inmemorial. Sin embargo, se reconoce como tal desde la descripción original de Kempe y col.¹ Aunque ya se había señalado por Caffey,² otros profesionales médicos han descrito posteriormente algunas tipologías del mismo.³⁻⁸

En México, este problema ha sido parcialmente atendido;⁹ sin embargo, es muy probable que las acciones para conocer más ampliamente las diversas facetas del mismo, su difusión en el ámbito médico pediátrico, el desarrollo de diversas estrategias en su atención, investigación y docencia hayan partido de grupos médicos con diversas especialidades, pero básicamente desde el accionar pediátrico.¹⁰⁻¹⁶

La frecuencia del problema a nivel mundial es muy difícil de precisar, ya que hay situaciones que dificultan el registro exacto de los casos.

Entre estas dificultades está el subregistro al no conocer todas las formas de maltrato infantil en los reportes médicos y jurídicos de las diferentes instituciones, la escasa cultura de la denuncia, etc.¹⁷ Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) en el año 2005 se hicieron tres millones de denuncias y, de ellas, en un millón se comprobó el maltrato.¹⁸

En nuestro país se cuenta con las cifras que presenta el Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Procuraduría General de la República (PGR), la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF),¹⁹ o la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM).^{20,21} De acuerdo a estos informes, y haciendo una extrapolación con la información extranjera, se puede decir que 10% de cualquier población infantil y juvenil es víctima de alguna forma de maltrato, y únicamente una de cada 10 víctimas es atendida.²²

Considerando lo complejo del problema, es indispensable entender que cualquier accionar en este campo de la medicina pediátrica debe evitar una orientación política, social, religiosa o económica, principalmente. Por ello, se hace evidente e imperativo el desarrollo de una estrategia que permita establecer la atención de esta problemática desde diferentes ángulos.

Así, en la mayoría de los hospitales pediátricos, nacionales o extranjeros, los niños habitualmente son atendidos por pediatras, especialistas en medicina crítica, u otras especialidades, y excepcionalmente por expertos en el tema. En la mayoría de los casos es un profesional no médico quien atiende estos pacientes, tal es el caso de la intervención del trabajador social,²³ del psicólogo,²⁴ o un licenciado en derecho²⁵ en instituciones como el DIF, a través de su programa PREMAN;²⁶ la PGJ y la PGJDF, mediante la implementación de las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIS), y organizaciones no gubernamentales, quienes desarrollan diversas acciones, destacando la atención del abuso sexual infantil,²⁷ los niños en situación de calle,²⁸ menores con adicciones o alcoholismo, etc.²⁹

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se inicia el estudio de esta problemática a partir de la década de los años ochenta, en el Departamento de Medicina Interna, y se publican las primeras experiencias.³⁰⁻³²

Como consecuencia del incremento de las necesidades a cubrir durante la atención integral de estos casos, surge la oportunidad de estructurar un equipo de trabajo dedicado exclusivamente a esta entidad. Así, en 1997 se fundó oficialmente la CAINM-INP, la que cuenta con el reconocimiento de la División de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Es evidente que aunque el accionar profesional que existe en otros países, ocasionalmente considera una corriente de acción interdisciplinaria, interinstitucional e internacional, en la CAINM-INP-UNAM, desde su inicio lo establece y man-

tiene, con el objetivo de enfrentar el problema médico-social-legal desde una perspectiva asistencial, docente y de investigación.³³

La expectativa predominante es la implementación de un modelo de atención que permita el desarrollo de los tres aspectos fundamentales del quehacer médico: la asistencia, la docencia y la investigación. Incluyendo, además, el concepto básico de que cada caso requiere un análisis específico dentro de un marco de atención integral, interdisciplinaria e internacional. Así como la replicación del mismo en todas las entidades federativas del país.

La experiencia inicial de este accionar a corto plazo y con estas características, permitió establecer que dos de cada tres niños que han sido atendidos en la CAINM-INP-UNAM no son nuevamente maltratados dentro de los primeros tres años a su egreso del Instituto.³⁴ Aunque estos resultados son satisfactorios, no son los deseados por el personal de la Clínica, en donde prevalece la idea de ofrecer a los pacientes y a sus familias, mejores oportunidades médicas, sociales y legales.

Evidentemente, con el paso del tiempo, la adquisición de mayor personal y experiencia del grupo fundador, se incrementa y enriquece la perspectiva de intervención en todos los aspectos (Fig. 1).

Aunque las características de este grupo de trabajo, específico para un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel de atención, no son fácil-

mente reproducibles en todos los ámbitos nacionales, es lo que se requiere para atender a la víctima y a su familia que ha sufrido alguna forma de malos tratos.

A pesar de ello, es muy conveniente que al intentar la implementación de este modelo, se cuente con el personal básico que incluya médicos, de preferencia pediatras, psiquiatras o psicólogos, trabajadores sociales y licenciados en derecho.

Es indispensable que todos ellos estén capacitados en el tema y con la actitud para preparar al mayor número de colegas involucrados en este campo de acción. Así mismo, es muy deseable que dicho grupo pueda realizar proyectos de investigación médica, social, antropológica, etc., en su sitio de acción e influencia. De esta manera, es muy probable que los resultados de dichos trabajos puedan ser útiles para diferenciar acciones limitófos y a veces casi imperceptibles entre accidentes, educación, disciplina, “usos y costumbres en la comunidad” y maltrato infantil.

Es frecuente que en centros de primer y segundo nivel de atención médica actúen médicos generales o médicos familiares, quienes requerirán de un mayor conocimiento del tema, así como de la implementación de estrategias de referencia y contra referencia para desarrollar su accionar al máximo.

Por otro lado, el liderazgo que algún especialista del equipo tome, dependerá de su interés y preparación en el tópic.

La justificación de que un pediatra se haga cargo del manejo médico-quirúrgico de los pacientes, se desprende del hecho de que existen diversas enfermedades cuyas manifestaciones pueden ser similares a las observadas en los niños maltratados. Este grupo lo constituyen los accidentes,³⁵ la osteogénesis imperfecta,³⁶ el raquitismo renal,³⁷ la infección por virus del papiloma humano,³⁸ entre otras.

El grupo paramédico lo integran profesionales de Trabajo Social, de Salud Mental, Enfermería, Nutrición; cada uno podrá establecer algunos aspectos de la víctima, las características del entor-

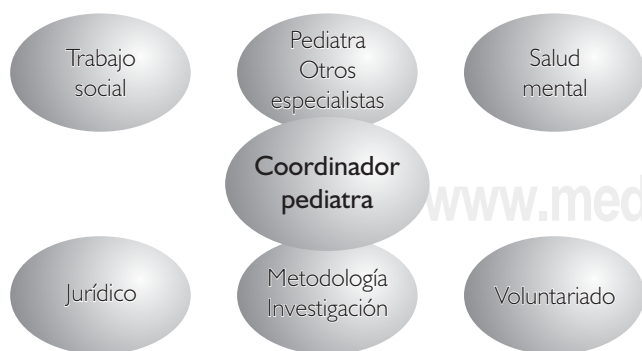


Figura 1. Estructura Orgánica de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, SSA.

no familiar, social y escolar, el psico-emocional del menor y su familia, necesarios para el establecimiento del diagnóstico.

En el campo jurídico, los abogados desarrollarán el vínculo entre médicos y paramédicos con las autoridades legales correspondientes, quienes finalmente precisarán la condición legal del menor, del agresor y de la familia.

La intervención de otros profesionales, que interactúan con niños y adolescentes, es muy importante, ya que su apoyo facilita la difusión del tema, la canalización oportuna de los casos y, en situaciones especiales, el desarrollo de programas en investigación clínica, social, epidemiológica, etc.³⁹

El objetivo de este manuscrito es presentar y describir el Modelo de Atención Integral al Niño Maltratado, las estrategias de intervención interdisciplinaria, interinstitucional e internacional, así como otras consideraciones o alteraciones tipográficas.

Modelo de Atención Integral en un tercer nivel de Atención Médica: (CAINM-INP-UNAM)

Las estrategias de acción de este grupo de trabajo están regidas por el programa “Sistema de Gestión de la Calidad”.⁴⁰

Misión: “Detectar, asistir, rehabilitar, y prevenir cualquier forma de violencia contra los niños y adolescentes”.

Visión: “Ser, en México y en Latinoamérica, el equipo líder en asistir integralmente, rehabilitar y prevenir el maltrato a la niñez y a la adolescencia”.

Meta: “Crear una nueva cultura en salud, en la que el buen trato hacia la niñez y adolescencia distinga a las familias y sociedades involucradas”.

Objetivo: “Desarrollar acciones de asistencia, docencia e investigación enfocadas a la detección de atención integral y prevención del maltrato a la niñez y a la adolescencia mediante una estrategia interdisciplinaria, interinstitucional e internacional”.

De esta manera, se desencadenan otros objetivos, a saber:

- a) La resolución del problema en el mayor porcentaje posible y en el menor tiempo.
- b) Desarrollar estrategias de prevención. Acción considerada como requisito indispensable para romper la replicación transgeneracional del problema.

Sistograma de calidad

La metodología y la organización establecida en CAINM-INP-UNAM para el ejercicio de esta función es considerada una política de globalización para el otorgamiento de un servicio con calidad. Por ello, se ha creado en el INP un sistograma de atención a niños y adolescentes víctimas de alguna forma de maltrato.

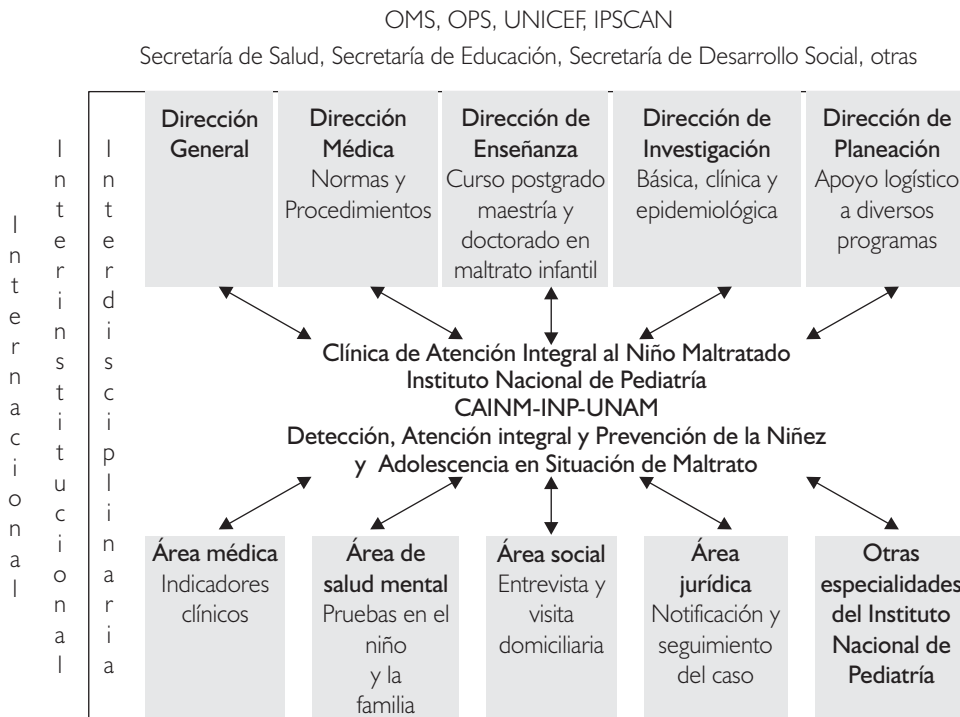
El sistograma precisa las características básicas y las funciones específicas de los proveedores, los clientes y los otorgantes del servicio tal y como se muestra en la figura 2.

Descripción de las tres actividades básicas del modelo:

Actividad asistencial

Objetivo

- a) La acción básica de todos los integrantes del equipo está orientada para que la víctima recupere su salud física y mental.
- b) Toda la familia es atendida social y psicológicamente para disminuir el daño y evitar su desintegración.
- c) Precisar que un miembro de la familia constituya, como primera opción, la red de apoyo al menor para evitar que sea enviado a un hogar sustituto.
- d) Algoritmo de atención en CAINM-INP-UNAM (Fig. 3).



Sistema DIF, Sistemas de Procuraduría de Justicia, Organismos no Gubernamentales

OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de Salud
 UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; IPSCAN: International Prevention Society
 Child Abuse and Neglect; DIF: Desarrollo Integral de la Familia

Figura 2. Sistograma en la atención integral al niño o adolescente en situación de maltrato en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría.

- e) Desarrollo de estrategias de prevención secundaria y terciaria en los casos atendidos.
- f) Terapia grupal para madres generadoras de violencia hacia sus hijos.

Funciones profesionales

1. El equipo médico.

- a) Debe intervenir en la resolución del problema médico, quirúrgico o médico-quirúrgico del paciente.
- b) Sospechará y diagnosticará la existencia de violencia en el niño o adolescente.
- c) Inicialmente notificará a la autoridad correspondiente sobre la atención de un menor con lesiones y, posterior a la evaluación interdisciplinaria, emitirá el reporte de maltrato infantil.

- d) Vigilará la resolución de cualquier alteración orgánica que sea consecuencia de maltrato a corto y mediano plazo.

- e) Implementará estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

- f) Orientará a las madres y a las adolescentes para el seguimiento de métodos de planificación familiar.

2. El equipo de salud mental (psiquiatría o psicología).

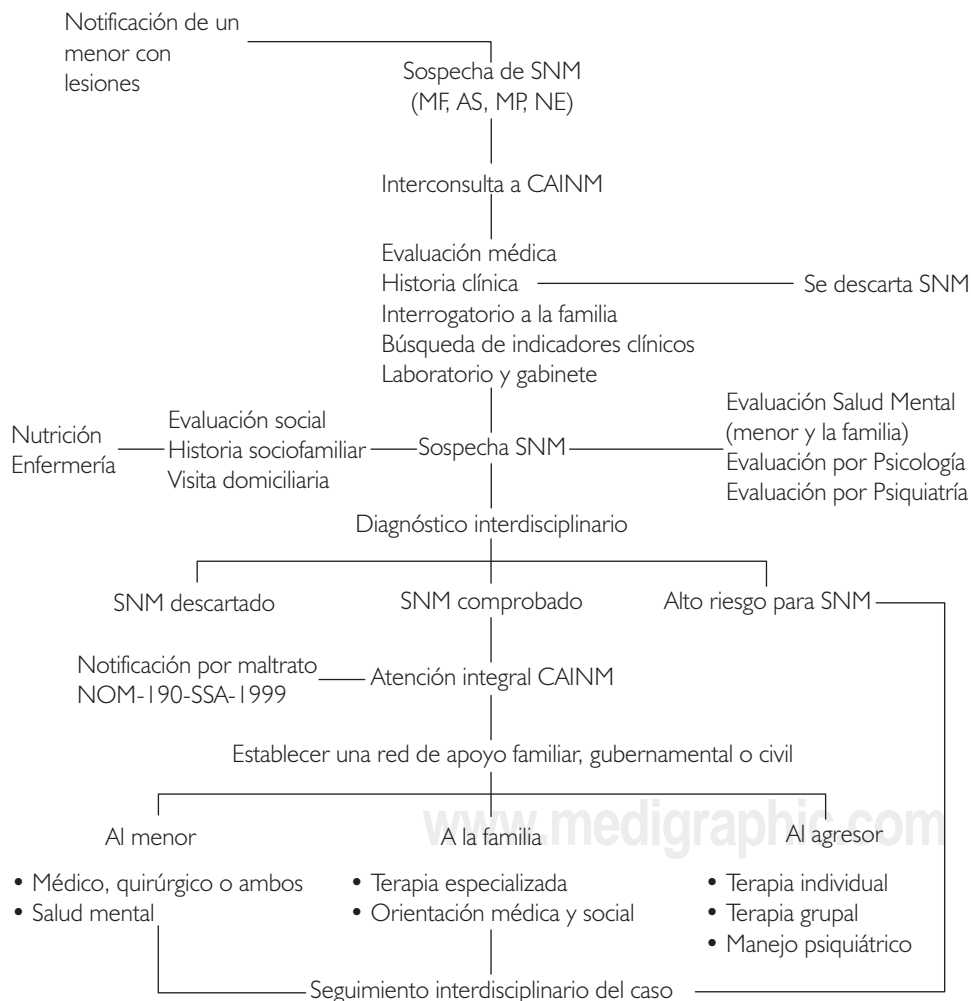
- a) Establecerá la condición psico-emocional del menor, del probable agresor y de la familia.
- b) Apoyará o descartará en el adulto la existencia de algún padecimiento psiquiátrico que favorezca el maltrato.
- c) Implementará las estrategias de atención psico-emocional del menor y su familia.

- d) Vigilará la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- e) Desarrollará el plan de terapia grupal para madres generadoras de violencia hacia sus hijos.
- f) Intervendrá en las campañas de prevención primaria, secundaria y terciaria de maltrato infantil y juvenil.

3. El equipo de trabajo social.

- a) Desarrollará la historia clínica social (HCS) que permita apoyar o descartar alguna forma de maltrato infantil.

- b) Conocerá las fortalezas y debilidades de la familia y del entorno social mediante la realización de la HCS y visita domiciliaria.
- c) Definirá una red de apoyo (familiar, gubernamental o civil) para proponerlo al agente del Ministerio Público.
- d) Es una pieza clave de enlace entre el área médica y la jurídica.
- e) Vigilará la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- f) Intervendrá en las campañas de prevención primaria, secundaria y terciaria de maltrato infantil y juvenil.



SNM: síndrome de niño maltratado

Figura 3. Algoritmo de atención integral al niño y adolescente maltratado en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría.

4. Enfermería.

- a) Precisar las condiciones sanitarias de la víctima y su familia.
- b) Vigila, junto con el médico, la evolución satisfactoria de las lesiones en el menor.
- c) Valora la estabilidad física del paciente mediante el seguimiento de los signos vitales.
- d) Revisa y precisa el cumplimiento del esquema de inmunizaciones.
- e) Implementa estrategias de prevención de accidentes.
- f) Orienta y canaliza a la madre sobre métodos de planificación familiar.
- g) Vigila la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- h) Intervendrá en las campañas de prevención primaria, secundaria y terciaria de maltrato infantil y juvenil.

5. Nutrición.

- a) Establece la condición nutricia del menor maltratado.
- b) Apoya al equipo médico sobre la solución de alguna alteración nutricia.
- c) Orienta a la familia sobre los conceptos básicos de nutrición e higiene de los alimentos y su preparación.

6. Equipo Jurídico

- a) Observará que la notificación sobre lesiones esté adecuadamente elaborada y llegue a la autoridad correspondiente.
- b) Precisar que el equipo tratante elabore la notificación de maltrato infantil y ésta llegue a la autoridad correspondiente.
- c) Orientará a la familia sobre el resultado de la notificación y el mantenimiento o adquisición sobre la custodia y patria potestad del menor.

d) Vigilará la adecuada evolución jurídica de la víctima a corto y mediano plazo.

e) Intervendrá en las campañas de prevención primaria, secundaria y terciaria de maltrato infantil y juvenil.

Actividad docente

En este rubro, el personal de la CAINM-INP-UNAM prepara académicamente a los profesionales médicos y paramédicos para que adquieran la capacidad y habilidad de sospechar, diagnosticar, atender y vigilar a los niños que han sufrido alguna forma de maltrato.

Objetivo:

- a) Que los médicos pediatras, familiares, generales, y de otras especialidades sean capaces de reconocer los aspectos básicos del tópico, mediante el desarrollo de congresos, simposios, talleres y discusiones de casos clínicos en diferentes foros.
- b) Fomentar que pediatras y otros médicos se interesen en el tópico y desarrollen la especialidad sobre el tema mediante el "Curso de Postgrado para Médicos Especialistas sobre Maltrato Infantil" de la CAINM-INP-UNAM.
- c) Que otros especialistas interesados cursen la Maestría en Salud Mental Pública a través del curso establecido en el Instituto Nacional de Psiquiatría y la CAINM-INP-UNAM.
- d) Desarrollen la Maestría de Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM en CAINM-INP-UNAM.
- e) Se contempla a futuro la necesidad de desarrollar un Programa Semi-Presencial sobre Maltrato Infantil para cubrir diferentes entidades federativas del país y posteriormente países de habla hispana.

Actividad en investigación

Como el tópico de maltrato infantil tiene numerosas facetas y manifestaciones diferentes en el

ámbito urbano, suburbano y rural, se deben implementar y desarrollar diversos programas de investigación, cuyos resultados podrán ser aplicados preferentemente en el sitio de estudio.

Objetivo:

- a) Se requiere que el profesional interesado adquiera los conceptos básicos sobre la metodología de la investigación.
- b) Implementar proyectos para precisar la estandarización de conceptos.
- c) Desarrollar proyectos en investigación clínica.
- d) Desarrollar proyectos en investigación epidemiológica.
- e) Desarrollar proyectos en investigación dentro de las ciencias básicas.
- f) Los resultados de los estudios de investigación pueden ser publicados en revistas médicas de especialidad, pediátricas y de otra índole, así como la elaboración de libros. Ello permite informar a la comunidad médica, paramédica y a la sociedad en general, sobre este problema en la comunidad.

Recursos humanos

Idealmente, este equipo de trabajo debe estar constituido por médicos pediatras, de salud mental (psiquiatra o psicólogo), de trabajo social, y del área jurídica, con un perfil profesional sobre el tópico.

En el caso de que este equipo no se pueda constituir con los elementos mencionados, su accionar quedará supeditado a la disponibilidad existente y, por ende, sus acciones se verán limitadas.

Recursos físicos

Considerando la importancia de este grupo de trabajo, es necesario planear y contar con un área específica que tenga la extensión, privacidad y componentes requeridos para tal función.

- a) Espacio asistencial: consultorios, área de somatometría, una cámara de Gessel.
- b) Espacio de estudio: salas de juntas, aula para enseñanza y conferencias.
- c) Espacio privado: oficinas personales y de grupo.
- d) Medios de comunicación: Internet, teléfono, fax.
- e) Contar con el material necesario para la aplicación de pruebas psicológicas.

Recursos financieros

La posibilidad de contar con recursos económicos para poder realizar diversas actividades académicas, son en la actualidad una necesidad.

Objetivo:

- a) Es indispensable que cada profesional del equipo cuente con un sueldo base.
- b) Que exista la posibilidad de obtener apoyo económico externo para realizar proyectos de investigación, para la asistencia a congresos, y para la realización de eventos académicos.
- c) Que la Secretaría de Salud u otro organismo gubernamental, cubra económicamente la beca de los médicos residentes de la especialidad, maestría y doctorado.

Convenios

- a) Para una mayor difusión de las diversas acciones mencionadas es necesario poder efectuar convenios diversos.
- b) Secretarías de Estado (Salud, Educación, Desarrollo Social, etc.).
- c) Con gobiernos estatales.
- d) Con Institutos Nacionales de Salud.
- e) Con hospitales pediátricos estatales.
- f) Centros de salud comunitarios.
- g) Instituciones de justicia.

- h) Instituciones extranjeras.
- i) Otros.

Conclusión

La experiencia adquirida sobre este tópico, durante 10 años ininterrumpidos de trabajo en el INP y a través de la CAINM-INP-UNAM, permite señalar cómo se puede desarrollar este accionar en el ámbito clínico, psico-emocional, social y jurídico en áreas urbanas, suburbanas y rurales de México.

Esta experiencia se refleja en los siguientes resultados:

- a) La publicación de 60 artículos sobre el tópico en revistas pediátricas y de otras especialidades.
- b) Cuatro libros sobre el tema.
- c) El Curso de postgrado para médicos especialistas sobre maltrato infantil-UNAM. Actualmente en la décima generación.

d) Colaboración en la Maestría en Ciencias de la Salud en el campo de la Salud Mental Pública.

e) Campo de acción clínica en la residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología-UNAM (segunda generación).

f) Realización de eventos académicos (congresos, simposios, talleres, conferencias).

g) En investigación se trabaja sobre el tronco común de maltrato infantil, y de ahí se desprenden líneas que consideran aspectos clínicos, epidemiológicos, sociales, psicológicos, legales y de medicina básica (genética y genómica).

h) En el aspecto asistencial destaca la atención de aproximadamente 300 interconsultas por año, de ellos, en la tercera parte aproximadamente se confirma el maltrato y el seguimiento de 250 niños y adolescentes.

Referencias

1. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF. The battered child syndrome. *JAMA*. 1962; 181: 17-24.
2. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1946; 56: 163-73.
3. Solomon T. History and demography of child abuse. *Pediatrics*. 1973; 51: 773-6.
4. Fontana VJ. The maltreated child. En: Charles CT, editor. *The maltreated syndrome in children*. 2ª ed. New York: Springfield; 1971. p. 4.
5. Smith CA. The battered child. *N Engl J Med*. 1973; 289: 322-3.
6. Gallagher SS, Guyer B, Kotelchuck M. A strategy for the reduction of childhood injuries in Massachusetts: SCIPP. *N Engl J Med*. 1982; 307: 1015-9.
7. Fontana VJ. The maltreatment syndrome of children. *Pediatr Ann*. 1984; 13: 736-43.
8. Fontana VJ, Robinson E. Observing child abuse. *J Pediatr*. 1984; 105: 655-60.
9. Marcovich-Kuba J. *Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado*. México: Editores Mexicanos Unidos; 1981.
10. Espinosa-Morett A, Cáceres-Díaz J, Cortés-Vargas J. Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. *Rev Mex Pediatr*. 1971; 40: 807-19.
11. Riojas-Dávila U, Manzano-Sierra C. Aspectos clínicos y radiológicos en el síndrome del niño maltratado. *Rev Mex Pediatr*. 1970; 39: 609-20.
12. Aguilar-Sánchez A, Kitsuo-Ogasawara M, Foncerrada-Moreno M. Síndrome del niño maltratado: aspectos psiquiátricos y sociales. *Rev Mex Pediatr*. 1970; 39: 621-7.
13. Foncerrada-Moreno M. El diagnóstico del síndrome del niño golpeado. *Rev Clin Conducta*. 1970; 4: 27.
14. Saucedo-García JM, Foncerrada-Moreno M. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. *Rev Med IMSS*. 1985; 23: 159-66.
15. Padrón-Puyou F, Ávila-Cisneros I, Rodríguez-Pinto M, Frenk S. *Historia de la Pediatría en México*. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
16. Espinosa-y de León VM. La protección a la niñez en México. Revisión histórica. *Rev Mex Pediatr*. 1972; 41: 565-77.
17. Loredó-Abdalá A, Perea-Martínez A, Trejo Hernández J. *Novedades clínicas y jurídicas del maltrato infantil*. PAC-

- Pediatría 3. Libro 1. Programa de Actualización Continua en Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría. México: Intersistemas; 2004.
18. Markenson D, Tunik M, Cooper A, Olson L, Cook L. A national assessment of knowledge, attitudes, and confidence of prehospital providers in the assessment and management of child maltreatment. *Pediatrics*. 2007; 119: 103-8.
 19. Secretaría de Salud. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. México D. F.: SSA; 2006.
 20. Corchado CHS, Loredo-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.
 21. Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
 22. Díaz-Huertas JA, García-Barquero M. Maltrato y abandono infantil: concepto, tipología, clasificación y frecuencia. En: Dirección General de Prevención de la Salud, editor. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e interacción desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Salud; 1995.
 23. Corona-González C, Martínez-Posadas C. Aspectos socio-médicos del síndrome del niño maltratado. En: Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
 24. Moreno MJ. Maltrato infantil: análisis diferencial entre abandono físico y emocional. *Psicol Salud*. 2004; 14: 215-27.
 25. Osorio CA. El niño maltratado. 2ª ed. México: Ed. Trillas; 1995.
 26. Concentración de datos estadísticos de menores maltratados en México: Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. México: Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia; 2000. p. 132.
 27. UNICEF-COVAC. Manual sobre maltrato de abuso sexual en niños. México: UNICEF; 1995.
 28. Hernández CO. Las familias y las niñas de la calle, un acercamiento. Una vida sin violencia es un derecho nuestro. Programa de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de drogas. México: Fundación Casa Alianza; 1998.
 29. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C. Consumo de drogas entre adolescentes. Resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Publica Mex*. 2003; 45: 16-25.
 30. Loredo-Abdalá A, Reynés-Manzur JN, Carbajal-Rodríguez L. El niño maltratado: una realidad actual en México. *Acta Pediatr Mex*. 1984; 5: 28-37.
 31. Loredo-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.
 32. Loredo-Abdalá A. Maltrato al menor. México: Editorial Interamericana; 1994.
 33. Loredo-Abdalá A, Oldak D, Carbajal RL, Reynés MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1990; 47: 91-6.
 34. Loredo-Abdalá A, Cisneros-Muñoz L, Rodríguez-Herrera R, Castillo-Serna L, Carbajal-Rodríguez L, Reynés-Manzur JN, et al. Multidisciplinary care for the battered child. An appraisal of three of action in Mexican children. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999; 56: 483-9.
 35. Johnson CHF, Resmiye O, Gullberg L. Diaper burn: Accident, abuse, or neglect. *Pediatr Emerg Care*. 2000; 16: 173-5.
 36. Ablin DS, Greenspan A, Reinhart M, Grix A. Differentiation of child abuse from osteogenesis imperfecta. *Am J Roentgenol*. 1990; 154: 1035-48.
 37. Loredo-Abdalá A. Medicina Interna Pediátrica. 3ra ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
 38. García-Piña C, Loredo-Abdalá A, Sam-Soto S. Infección por virus del papiloma humano y su relación con abuso sexual. *Acta Pediatr Mex*. 2008; 29: 102-8.
 39. Perea-Martínez A, Loredo-Abdalá A. Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud. *Acta Pediatr Mex*. 2001; 68: 105-7.
 40. Villa-Barragán JP. Gerencia y Planeación Estratégica en Salud. Manual aplicado a la organización racional de los servicios de salud. México; 2008.