

Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional

Arturo Loredano-Abdalá,* Jorge Trejo-Hernández,** Virginia Bustos-Valenzuela***

Recepción versión modificada: 21/10/98

aceptación: 11/10/98

Resumen

Se señala la necesidad que tienen los médicos y otros profesionales de la salud que están en contacto con el problema de "maltrato a los niños" de entender en su máxima dimensión este fenómeno médico-social. Para ello, se hace una nueva revisión de las tres formas de maltrato que más frecuentemente se observan en un centro hospitalario.

Se enfatiza el enfoque médico y jurídico que en cada una de ellas existe. También, se establece la necesidad de considerar diversas patologías que per-se pueden explicar el cuadro clínico de un niño en quien se sospecha sea víctima de maltrato y para ello se desglosan las entidades más frecuentes. Así mismo, se señalan los factores de riesgo inherentes al maltrato, al maltratador y al ambiente para que este problema se presente.

Palabras clave: Maltrato al menor, maltrato físico, abuso sexual, privación emocional

Introducción

Con relativa frecuencia el médico u otro profesional que se enfrenta por primera vez a un menor que puede ser víctima de malos tratos quizá tenga cierta dificultad para establecer el diagnóstico porque la

Summary

Physicians and other health personnel dealing with the consequences of child abuse ought to have abroad understanding of the magnitude of this serious medical and social phenomenon. The three main patterns of child mistreatment as observed at a pediatric hospital are reviewed, with emphasis on its medical and juridical aspects. Various pathologic entities are to be taken into account for differential diagnoses when child abuse is suspected. Risk factors regarding the victims, the abusers and the psychosocial environment are noted.

Key words: Child battering, physical mistreatment, sexual abuse, emotional deprivation

expresión clínica del paciente es muy sutil, porque la información que da el familiar está alterada o bien, porque el profesional no tiene la experiencia suficiente sobre este problema médico-social.¹⁻³

Dentro del contexto general del síndrome del niño maltratado (SNM) es muy importante que la

* Investigador Titular "A" del Sistema Nacional de los Institutos y Coordinador de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría. México,

** Investigador Asociado "A" de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría. México.

*** Integrante de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría. México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Arturo Loredano Abdalá, Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C Insurgentes Cuicuilco. 04530, México D.F. Teléfono y Fax: 666-00-34 Tel. 606-00-02 ext. 411.

persona interesada en el mismo tenga un panorama bien definido sobre lo que es y lo que representa esta complicada patología; ello implica conocer muy bien la definición médica y jurídica, las variedades clínicas, el abordaje general que se requiere en estos pacientes y su familia, el tratamiento psiquiátrico indispensable para el menor, para el agresor y los familiares del niño de acuerdo al patrón clínico de cada caso y por último, las medidas de prevención que se pueden establecer en nuestro medio, fundamentalmente.^{1,4-6}

En términos generales, las formas clínicas más estudiadas y más conocidas del SNM son: Maltrato Físico (MF), Abuso Sexual (AS) y Fenómeno de Deprivación Emocional (FDE) y aunque existen otras formas de agresión hacia el menor, el motivo de esta presentación será el de enfatizar los aspectos clínicos más importantes de las formas de maltrato anteriormente mencionadas y las posibilidades de un diagnóstico diferencial para cada una de ellas.

En este ensayo señalaremos en primer lugar lo correspondiente a la definición pues en gran medida el establecimiento del diagnóstico depende de su correcta interpretación y aplicación. Para tal fin nos basaremos en la que se ha empleado en el departamento de Medicina Interna (MI) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) durante 14 años y que señala "...la presencia de lesiones físicas extremas y/o extrañas, de diferentes formas de abuso sexual o deprivación emocional no accidentales, es decir, existiendo siempre intencionalidad en el acto, el que habitualmente es ocasionado por algún familiar, principalmente uno de los progenitores o por un adulto que se encuentra en estrecha relación con la familia.⁷ El médico debe tener presente que con relativa frecuencia se puede observar combinación de las formas de maltrato antes mencionadas existiendo siempre la intencionalidad del fenómeno dentro del contexto familiar.⁶

También insistiremos que además de la expresión clínica de cada forma de maltrato el médico u otro profesional involucrado deberá considerar las manifestaciones clínicas atribuibles a sus consecuencias o bien a la combinación de ambos fenómenos. Por último, siempre tendrá que analizar otras posibilidades diagnósticas, que desde el punto de vista clínico también pueden explicar el cuadro que el menor presenta.⁷⁻¹¹

En cada patrón clínico consideraremos su definición, los mecanismos de la lesión, las variedades de cada tipo y el diagnóstico diferencial. Este abordaje facilitará el estudio de cada una de las formas y con ello seguramente disminuirá la posibilidad de establecer un diagnóstico erróneo.

1. Maltrato físico (MF)

Se definirá primero lo que se entiende por lesión desde dos perspectivas: la médica y la jurídica.

El primer tipo se refiere a la presencia de cualquier daño que se establezca en el cuerpo humano como consecuencia de una agresión externa y la repercusión observada al alterarse la función en diversas estructuras de la economía.

Desde el punto de vista médico-legal,¹² una lesión es la alteración de la salud debida a una agresión en el cuerpo humano; se tipifica en cuatro estadios:



Figura 1. Maltrato físico: Niña con traumatismo directo en cara que causa equimosis en región periorbitaria.



Figura 2. Maltrato físico: quemadura en extremidad inferior izquierda provocada al contacto con objeto caliente.

- a). Por traumatismo directo (patada, puñetazo, golpe con un objeto) (Figura 1)
- b). Por quemaduras (con cerillo, cigarrillo, liquido hirviendo, objetos calientes etc.) (Figura 2)
- c). Por ahogamiento
- d). Por asfixia (Figura 3)

Cuando la agresión es física se consideran todas las lesiones internas y/o externas provocadas por una violencia exterior y se clasifican de acuerdo al tipo de tejido que lesionan en:

Contusión, laceración, herida, estallamiento y/o perforación de víscera torácica o abdominal, luxación, arrancamiento y fractura (Figura 4-6).^{6,13-15}



Figura 3. Maltrato físico: Asfixia por sumersión en agua que ocasionó la muerte. (Cortesía de PGJDF. Delegación Xochimilco).



Figura 4. Maltrato físico: paciente con laceración en glúteos y esquimosis generalizada.

- a) Si pone en peligro la vida.
- b) Si tarda en sanar mas o menos de 15 días.
- c) Si deja cicatriz perpetua y visible.
- d) Si produce incapacidad funcional.

La aplicación práctica de este conocimiento permite entender cómo se expresa una lesión y/o sus consecuencias y desde el punto de vista legal es factible precisar la severidad de las mismas. Aunado a lo anterior es indispensable describir el tipo de lesiones físicas que habitualmente se observan en el SNM:



Figura 5. Maltrato físico: menor con asimetría por luxación de clavícula derecha.



Figura 6. Maltrato físico: fractura cabalgada de tercio medio de fémur izquierdo.

Una quemadura es la agresión cutánea causada por cualquier agente que origine una variación térmica local, puede ser de origen químico, físico o biológico.

Cuando la agresión es por ahogamiento el menor es sumergido en algún líquido y se establece una lucha o esfuerzo para respirar contra alguna forma de interferencia que impide el cambio gaseoso entre la sangre y el aire ambiente a nivel pulmonar ocasionando anoxia. Las formas clásicas son: sofocación, ahorcamiento, estrangulación y obstrucción de las vías respiratorias por un cuerpo extraño.

Dentro del contexto integral de la lesión se debe considerar su variedad; puede ser simple, si no hay compromiso de estructuras adyacentes o compleja, si están involucrados otros órganos de la economía.

Es importante recordar que con frecuencia es factible encontrar en un menor maltratado lesiones que pueden corresponder a mecanismos de agre-

sión diferentes. Sin embargo, la perspicacia del clínico permitirá concatenar los eventos involucrados en cada caso y con ello determinar si se trata o no de un menor que ha sido víctima de MF.

Por último, es indispensable considerar la posibilidad de que las lesiones observadas en un niño sean la expresión de algún padecimiento médico no relacionado con MF. El actuar de esta manera seguramente disminuirá la posibilidad de cometer un error diagnóstico.¹⁶

Cuadro I. Diagnóstico diferencial maltrato físico

- I. Traumatismo o quemadura accidental
- II. Defectos de la coagulación
 - Hemofilia
 - Hipoprotrombinemia
 - Púrpura trombocitopénica
- III. Enfermedades cutáneas
 - Aplasia cutis
 - Dermatitis por contacto
 - Síndrome de Lyell
- IV. Enfermedades óseas
 - Escorbuto
 - Hiperostosis cortical infantil
 - Infiltración tumoral
 - Osteomielitis
 - Osteogénesis imperfecta
 - Raquitismo renal
- V. Infecciosas
 - Meningococemia
 - Síndrome de Torch
- VI. Neurológicas y metabólicas
 - Acidemia glutárica
 - Indiferencia congénita al dolor
 - Lesión medular
 - Psicopatías
 - Síndrome de Lesh Nyhan
- VII. Culturales
 - "Aplicación de chile en zona de alopecia"
 - "Aplicación de gotas de limón en los ojos"
 - "Colocación de ventosas"
 - "Tratamiento de la mollera caída"
 - "Oler chile"
 - "Tronarle las anginas"
- VIII. Otras
 - Muerte súbita del lactante

En el cuadro I se presentan por grupo las diferentes opciones diagnósticas.

II. Abuso sexual

La expresión cada vez más frecuente de las diversas formas de AS en foros nacionales y extranjeros obliga a los profesionales involucrados en el tema a considerar este tipo de agresión en su real dimensión.

Para señalar que es y que se entiende por AS en los niños y en los adolescentes, es indispensable mantener una absoluta apertura conceptual. Ello implica no considerar de manera aislada los aspectos médicos y sus consecuencias físicas, emocionales y sobre la reproducción en el menor; también deben quedar incluidos los aspectos sociales y jurídicos en los que se encuentran inmersos la víctima, la familia y el agresor.¹⁷⁻²⁰

Se puede considerar AS cuando un menor es empleado para provocar la estimulación sexual de uno o varios adultos. Ello ocurre por la posición de poder que el agresor tiene sobre el niño.²¹ La realización de tales actos pueden tener implícita la violencia, el convencimiento, la seducción, el exhibicionismo, etc.²² Sin embargo, siempre se debe considerar la posibilidad de que algunos niños o adolescentes afectados no hayan entendido totalmente las bases biológicas y psicológicas del acto sexual y que, por lo tanto, no pueden otorgar un consentimiento racional al adulto.²³⁻²⁴ En apoyo a esta afirmación es necesario mencionar que con relativa frecuencia la víctima es un menor discapacitado mentalmente.²⁴

Es muy conveniente que en esta forma de maltrato quede bien entendido el criterio legal pues desde dicha perspectiva el problema se tipifica como delito sexual y así quedan consideradas todas las consecuencias que la agresión ha originado.¹² El perfil de estas acciones se establece de la siguiente manera:

a). Hostigamiento sexual. Descrito en el artículo 259 Bis, del Código Penal del Distrito Federal, México "... Ocurre cuando con fines lascivos se asedia reiteradamente a una persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales,

docentes, domésticas o de cualquier otra índole que implique subordinación..."

- b). Abuso sexual. Corresponde al artículo 260 del Código Penal del Distrito Federal, México. "... Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula ejecuta en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo..." En esta variedad quedan incluidas la manipulación de genitales, caricias lascivas, besos, pornografía infantil, exhibicionismo, fomento a la prostitución, etc.
- c). Estupro. Señalado en el artículo 262 del Código Penal del Distrito Federal, México. "...Al que tenga cópula con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio del engaño."
- d). Violación. Se presenta en el artículo 265 del Código Penal del Distrito Federal, México "...Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con una persona de cualquier sexo..." Se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por la vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.
- e). Incesto. Descrito en el artículo 272 del Código Penal del Distrito Federal, México. "Cualquier actividad sexual entre el progenitor o algún familiar mayor con un menor miembro de la familia."
- f). El médico también debe de estar consciente de otras formas de agresión sexual tales como: la pornografía infantil, la corrupción de menores, el ritualismo satánico, etc.^{7,25,26}

Las lesiones generadas por abuso sexual varían un poco en función al sexo de la víctima. En las niñas se localizan en la zona genital, paragenital y extragenital y la expresión clínica dependerá del tipo de agresión, severidad, duración, tiempo transcurrido y la edad de la víctima. Las alteraciones más frecuentes son: Modificación variable en el tamaño del orificio himeneal, desgarros o pérdidas de la elasticidad del mismo así como cicatrices y sinequias postraumáticas (Figura 7). La presencia de lesión en el introito vaginal alrededor de las cinco y siete horas del reloj, orientan a pensar en que hubo penetración.^{28,30}

Cuando hay lesión de la región anal ésta dependerá de la frecuencia del acto, del tamaño del



Figura 7. Abuso sexual. Desgarró de periné requirió reparación.

objeto introducido y la profundidad lograda; dicho daño se caracteriza por dolor en la zona, escozor, malestar al caminar o defecar y a la exploración física es factible encontrar hematomas, equimosis, abrasión, fisuras así como pérdida del reflejo y del tono del esfínter anal.

El signo de Wilson Johnson²⁹ es un dato de certeza en los casos de coito con violencia. Una lesión de forma triangular con la base en el margen anal y el vértice en el periné, a las seis horas de la carátula del reloj, es el hallazgo característico en el examen anorectal, de este signo.

Las manifestaciones extragenitales son: huellas por mordedura en diversas partes del cuerpo, equimosis y escoriaciones de localización diversa.

Cuando la víctima es un varón, las lesiones del ano son las más frecuentes y habitualmente similares a las descritas en las niñas. También puede existir huellas de mordidas y/o erosión en la piel del área genital (pene y escroto), edema del prepucio y en algunos casos descarga uretral.

Las consecuencias del AS se pueden clasificar en:

- a). Daño físico
- b). Daño emocional
- c). Adquisición de procesos infecto-contagiosos
- d). Embarazo

En términos generales, aunque las lesiones físicas pueden permanecer visibles en los primeros cinco días después de ocurrida la agresión su presencia se puede extender hasta 15 días o más dependiendo de la severidad y frecuencia de la misma o si se ha desarrollado una complicación.^{26, 29}

Las consecuencias psicológicas del AS pueden ser: trastornos de conducta, de la personalidad, del aprovechamiento escolar, de la autoestima, en la identificación sexual y/o la aparición de enuresis o encopresis, principalmente.³⁰⁻³¹

Las enfermedades de transmisión sexual pueden ser: sífilis, gonorrea, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, papilomatosis genital, condiloma acuminado, herpes genital, vaginitis por *Gardnerella vaginalis*, por *Chlamydia trachomatis*, candidiasis, tricomoniasis, hepatitis por virus A o B, mononucleosis infecciosa, herpes simple tipo 2, molusco contagioso, principalmente.³²⁻³⁴

La existencia de embarazo genera frecuentemente el rechazo del producto y un agravamiento del estado emocional de la víctima.⁸

Dentro del manejo quirúrgico será necesario realizar algunas intervenciones como himenoplastia, la corrección de fístulas anorectal, vagino-uretral, o vagino-rectal, resección parcial o total del útero y/o anexos etc.³⁵⁻³⁶

En todos los pacientes se debe realizar un análisis diferencial con otras posibilidades clínicas que puedan explicar las manifestaciones existentes en cada menor víctima de AS. En el cuadro II se señalan los padecimientos que pueden originar lesiones similares a las ocasionadas por agresión sexual.

Finalmente, en el manejo integral de estos pacientes siempre deben ser considerados los factores de riesgo para el desarrollo de este problema. Ellos involucran al agresor, al menor y al ambiente. Su conocimiento y análisis permitirá la prevención de nuevos ataques y obviamente se entenderá mejor cada caso. Los aspectos mejor estudiados y por lo tanto más entendidos se presentan en el cuadro III.

III. Deprivación emocional

El tercer grupo de pacientes víctimas de maltrato está constituido por aquellos que físicamente no son agredidos pero que sufren las consecuencias de no ser atendidos física o emocionalmente considerando su edad, sexo y necesidades en general, en forma adecuada. Actualmente se acepta que el descuido y la falta de atención emocional de estos menores puede condicionar un daño tan profundo que inclusive sus efectos a mediano y largo plazo pueden ser más severos que el traumatismo físico.³⁷⁻³⁸

El problema se puede entender cuando las personas encargadas de atender las necesidades básicas del niño no las llevan a cabo totalmente. Por lo tanto, esta conducta es considerada psicológicamente abusiva sobre todo si causa rechazo o altera el proceso psicológico tan importante como el desarrollo de un concepto positivo coherente al yo.³⁹

Es factible identificar cinco tipos de maltrato psicológico:

- a). Rechazo: implica abandono del menor y aquellas situaciones donde el adulto no muestra afecto ni reconocimiento a los logros del niño (Figura 8).
- b). Terror: cuando existen amenazas o empleo de castigos que ocasiona amedrentamiento del menor.
- c). Indiferencia: falta de disponibilidad psicológica de los padres o tutores.
- d). Aislamiento: los padres o tutores evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social en una forma positiva y activa.
- e). Corrupción: las personas encargadas del menor lo socializan mal y de esta manera refuerzan una conducta antisocial o desviada.

Es muy probable que existan diversas manifestaciones clínicas que expresen esta forma de maltrato, mas o menos similares a las alteraciones descritas en los patrones de maltrato ya señaladas. Analizaremos tres expresiones clínicas por ser las formas más demostrativas del fenómeno en el ámbito pediátrico. Sin embargo, es muy importante entender que siempre es fundamental descartar un problema orgánico ya sea médico o psiquiátrico antes de considerar que dichas expresiones sean desencadenadas por alguna forma de maltrato vigente en el menor, como ya lo hemos observado en algunos pacientes. De esta manera tenemos:

Cuadro II. Diagnostico diferencial abuso sexual

- I. Malformaciones Congénitas
 - Bandas periuretrales
 - Carúnculas uretrales y prolapso
 - Diastasis del ano
 - Hemangioma congénito
 - Malformación de genitales
 - Variación del músculo bulbocavernoso
- II. Enfermedades Dermatológicas
 - Dermatitis por contactou
 - Liquen, esclerosis
- III. Enfermedades Infecciosas
 - Estreptococcias
 - Infección por hongos y/o bacterias comunes
- IV. Trastornos en la motilidad intestinal
 - Constipación crónica
 - Enfermedad de Crohn
 - Hemorroides
 - Lesión baja de la médula espinal
 - Prolapso rectal de causa variable
- V. Defectos de la coagulación
 - Hemofilia
 - Hipoprotrombinemia
 - Padecimientos hemato-oncológicos



Figura 8. Deprivación social: recién nacido abandonado en la vía pública. (Cortesía de PGJDF. Delegación Xochimilco).

Cuadro III. Factores de riesgo para el desarrollo de abuso sexual

I. Del agresor

- Posibilidad de ser portador de daño psiquiátrico variable
- Historia de haber sufrido abuso sexual y/o carencia de afecto
- Antecedentes penales diversos
- Disfunción conyugal
- Algunos son padres que actúan como agresor pasivo
- Existencia de alcoholismo y/o drogadicción
- Homosexualidad velada
- Tendencia a la paidofilia

II. Del menor

- Ocurre en ambos sexos aunque se denuncia más frecuentemente en niñas que en varones.
- Algunas víctimas pueden cursar con enfermedad física o mental incapacitante.
- La existencia de padrastro o madrastra y su convivencia cotidiana.
- No vivir con los padres biológicos (hogares sustitutos).
- Padres que delegan la responsabilidad de cuidar al menor con otros adultos.
- Existencia de hacinamiento y/o promiscuidad.
- Convivencia intra o extrafamiliar con alcohólicos y/o drogadictos.
- Asistencia a guarderías, deportivos y otros centros recreativos que no cuentan con la vigilancia adecuada.
- Niños carentes de afecto y atención por parte de los padres.
- Niños en los que se ha extremado su sociabilización y no saben decir "no".

III. Del ambiente

- Convivir o vivir en prostíbulos o en zonas de tolerancia
- Permanecer en Centro de Tratamiento para Menores Infractores
- Habitar en áreas de bajo nivel socioeconómico
- Carencia de reglas morales en la familia
- Familias sobre sexualizadas o con aislamiento social

- a). Síndrome de detención de crecimiento físico (SDCF)
- b). Anorexia nervosa (AN).
- c). Bulimia nervosa (BN)

En el SDCF se han hecho intentos por demostrar alguna anomalía en los niveles circulantes de ciertas hormonas como la hormona de crecimiento, cortisol, TSH, T3 y T4 o bien, la afección de ciertas funciones de la corteza cerebral, hipotálamo, eminencia media e hipófisis.^{40,41} Hasta el momento, la información obtenida es contradictoria y no permite el establecimiento definitivo de una explicación fisiológica; seguramente la aparición de nuevas técnicas de laboratorio así como guías para el estudio integral de este problema darán mayor claridad en su fisiopatología.

La AN definida como el desarrollo voluntario de inanición que ocasiona pérdida exagerada de peso se presenta habitualmente en adolescentes del sexo femenino y casi siempre se acompaña de amenorrea.⁴² El sustrato emocional se caracteriza por la existencia de depresión severa, muy probablemente favorecido por un fondo biológico así como por influencias genéticas y ambientales.⁴³

La BN posiblemente sea una variedad de anorexia nerviosa y se caracteriza por la ingesta compulsiva de alimentos pero a la vez existe una pérdida de su beneficio a través del vómito o diarrea provocados, El ejercicio exagerado, purgas y ayunos prolongados son otros mecanismos empleados por este tipo de pacientes. El objetivo que ellos buscan es mantener una disminución constante del peso corporal. Es factible observar este

cuadro clínico mas frecuentemente en mujeres jóvenes, aunque los varones no quedan exentos de riesgo. Aunque el mecanismo fisiopatológico de este problema no está bien determinado, se ha podido establecer en ellos la depresión de una manera mas o menos constante, la existencia de privación emocional o de homosexualidad. Existen estudios más completos sobre este tópico que el profesional interesado puede revisar.^{7,44,45}

Cuadro IV. Deprivación emocional diagnóstico diferencial

I. Enfermedades por complejos inmunes

- Enfermedad Mixta del tejido conectivo
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome de anticuerpos antifosfolipidos

II. Padecimientos hemato-oncológicos

- Leucemia
- Linfomas
- Otras neoplasias

III. Enfermedades metabólicas

- Acidemia glutárica
- Enfermedad de Addison
- Hipotiroidismo juvenil
- Insuficiencia renal crónica

En conclusión, no dejaremos de insistir que el problema de maltrato a los niños requiere la dinámica participación del grupo médico y paramédico que de una u otra forma participan en su atención. Para evitar un error en el manejo integral se requiere que dicho personal tenga una clara visión del mismo.⁴⁶ Así mismo, este accionar conjunto a su vez demanda el establecimiento de grupos de trabajo especializados con el objeto de definir los pasos a seguir en la atención médica, psiquiátrica, social y jurídica del menor, del agresor y de su familia entera. Sin embargo, una de las acciones mas importante más en este momento será trabajar en la prevención de nuevos ataques al niño que

ya ha sido maltratado y en los menores que constituyen el grupo de alto riesgo por sus características físicas, familiares o por el medio social donde se desenvuelven.

Finalmente, debemos preparar psicológicamente a las víctimas de malos tratos para que cuando lleguen a la edad adulta y sean padres o madres de familia, no tengan un comportamiento similar al que han sufrido con sus hijos, solo que ahora ellos serán los agresores.⁴⁵⁻⁵⁰

De no hacerlo así, las generaciones venideras nos demandarán por la falta de visión pero sobre todo por nuestra falta de acción.

Referencias

1. **Loredo AA.** Diagnóstico del síndrome de niños maltratados. In: Loredo AA, editor. Maltrato al menor. México: Interamericano Mc Graw-Hill. 1994, pp. 95 -97.
2. **Altemeir WA, O'Connor S, Vietze PM, Sandler HM, Sherrod KB.** Antecedents of child abuse. J Pediatr 1982;100:823-829.
3. **Kempe CH.** Pediatric implications of the battered children Arch Dis Child 1971;46:28-37.
4. **Knutson JF.** Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. Annu Rev Psychol 1995;46:401-31.
5. **Dukes RL, Kean RB.** An experimental study of gender and situation in the perception and reportage of child abuse. Child Abuse Negl 1989;13:351-360.
6. **Levav I, Guerrero R, Phebo L, Coe G, Cerqueira MT.** El castigo corporal en la niñez: ¿endemia o epidemia? Bol Oficina Sanit Panam 1996;120:229-239.
7. **Loredo AA.** Diversas formas de maltrato. In: Loredo AA, Maltrato al menor. México: Interamericano Mc Graw-Hill; 1994, pp 9-10.
8. **Sierra GQJ, Loredo AA, Carbajal RL.** Abuso y negligencia en el desarrollo fetal. Rev Mex Pediatr 1989;56:311-320.
9. **Kent L, Laidlaw JD, Brockington IF.** Fetal abuse. Child Abuse Negl 1997;21:181-186.
10. **Schneider DJ, Pérez A, Knilanas T E, Stephen RD, Bove KE, Bonnell H.** Clinical and pathologic aspects of cardio-myopathy from ipecac administration in Munchausen syndrome by proxy. Pediatrics 1996;97:902-906.
11. **Egeland B, Sroufe LA, Erickson M.** The developmental consequence of different patterns of maltreatment. Child Abuse Negl 1983;7:459-569.
12. Código Penal para el Distrito Federal en materia del Fuero Común y para toda la República en materia del Fuero Federal. México: Editorial ALCO:1990. pp. 114-116.
13. **Baeza-Herrera C, García-Cabello LM, Velazco-Soria L, Baeza-Herrera MS.** Trauma grave por maltrato. Panam J Trauma 1995;5:39-46.
14. **Delgado RA.** Grandes síndromes en pediatría. Imprenta Boan S.A. Bilbao, España 1996. pp. 33-45.

15. **Wisow LS.** Child abuse and neglect. *N Engl J Med* 1995;332:1425-1431.
16. **Reynés MJ, Villaseñor JZ.** Raquitismo y osteomalasia. In: Loredó AA, editors. *Medicina Interna pediátrica*. McGraw-Hill. México Interamericana, 3ra ed. 1997. pp. 103-131.
17. **Russell DEH.** The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse on female children. *Child Abuse Negl* 1983;7:133-146.
18. **Lamb ME.** The investigation of child sexual abuse: an interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse Negl* 1994;18:1021-1028.
19. **Wells RD, McCann J, Adams JA, Vois J, Ensign J.** Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse Negl* 1995;19:155-163.
20. **Reiniger A, Robison E, McHugh M.** Mandated training of professionals: a means for improving reporting of suspected child abuse. *Child Abuse Negl* 1995;19:63-69.
21. **Paradise JE.** El niño maltratado: valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual. *Clin Pediatr North Am.* 1990;37:889-912.
22. **Finkelhor D.** Sexually victimized in children. New York: The Free Press. Macmillan Publishing Co. Inc. 1979, pp 35-51.
23. **Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J.** The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse Negl* 1995;19:205-215.
24. **Sariola U, Utela A.** The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl* 1996;20:843-850.
25. **Loredó AA, Barragán MM, Carbajal RL, Villaseñor ZJ.** Abuso sexual en la edad pediátrica: consideraciones clínicas en siete casos. *Bol Med Hosp Infant. Mex* 1988;45: 173-178.
26. **Martínez RM.** Sexología forense. In: Quiroz-Cuarón A, *Medicina forense*. México: Editorial Porrúa; 1990. pp. 621-672.
27. **Kelley SJ, Brant R, Waterman J.** Sexual abuse of children in day care centers. *Child Abuse Negl* 1993;17:71-89.
28. **Bays J, Chadwick D.** Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Negl* 1993;17:91-110.
29. **Vargas-Alvarado E.** *Medicina legal*. San José, Costa Rica: Lehman Editores; 3ra. ed. 1983, pp 258-265.
30. **Jenny C.** Sexual abuse in adolescents. *Curr Sci* 1991;3:575-579.
31. **Barrero-Phebo L, Suárez-Ojeda E.** Maltrato de niños y adolescentes, una perspectiva internacional. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;121:123-137.
32. **Vermund SH, Rodríguez TA, Macleod S, Kelley KF.** History of sexual abuse in incarcerated adolescents with gonorrhea or syphilis. *J Adolesc Health Care* 1990;11:449-452.
33. **Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Kriegen JN, Hillier SL, Kiwiat N, Core L, Stamm WE, Holmes KK.** Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med* 1990;322:713-716.
34. **Cob-Sosa C, Castañeda N JL, Diez DM.** Vulvovaginitis. In: González-Saldaña N, *Infectología clínica pediátrica*, 5th ed. México: Trillas; 1996, pp 282-288.
35. **Mondragón CH.** *Ginecología básica ilustrada*. México: Trillas; 1988:168-187.
36. **Adams JA, Wells R.** Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree? *Child Abuse Negl* 1993;17:663-675.
37. **Kieran PO.** Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl* 1995;19:446-461.
38. **Augoustinos M.** Developmental effects of child abuse. Recent findings. *Child Abuse Negl* 1987. pp. 15-27.
39. **Ludwing S.** El niño maltratado. In: Fleisher E, Ludwing S, *Tratado de Urgencias pediátricas*. México: Nueva Editorial Interamericana. 1986. p. 1088.
40. **Powe GF, Brasel JA, Blizzard RM.** Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism. I. Clinical evaluation of the syndrome. *N Engl J Med* 1967;276:1271-1278.
41. **Loredó AA, Comejo BJ, Ulloa AA, Barragán MM, Carbajal RL, Villaseñor ZJ.** Comportamiento endocrino del niño maltratado en la fase aguda de la agresión. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1989;46:272-276.
42. **Morgan HG, Russell G F.** Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975;5: 355-371.
43. **Herog DB, Sacks NR, Keller MB, Lavori PW, Von Ranson KB, Gray HM.** Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:835.
44. **Lave L, Gold PW, Richmond A, Chrousos GP.** The hypothalamic pituitary adrenal axis in anorexia nervosa and bulimia nervosa: pathophysiologic implication. *Year Book* 1991;38:287-31.
45. **Kasset JA, Gwirtsman HE, Kaye HK, Brandt HA, Jimerson DC.** Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *Am J Psychiatr* 1988;45:1287.
46. **Loredó AA, Carbajal RL, Reynés MJ, Rodríguez HR.** El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:898-902.
47. **Finkelhor D.** The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-417
48. **Whiffen V E, Benazon NR, Bradshaw C.** Discriminant validity of the TSC-40 in an outpatient setting. *Child Abuse Negl* 1997;21:107-115
49. **Santana TR, Sánchez AR.** El Maltrato infantil: un problema mundial, *Salud Publ Mex* 1998;40:58-65
50. **Lozano R, Hajar M, Torres JL.** Violencia, seguridad pública y salud. In: Frenk J. México: Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud; 1997, pp 83-115.