



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

INIDENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL INFANTIL
DEL ESTADO DE SONORA EN EL PERIODO DE 1995 AL 2000

TESIS

Que para obtener el diploma
en la especialidad de Pediatría

PRESENTA

DRA. MARTHA PATRICIA TRUJILLO HEREDIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HERMOSILLO, SONORA, NOVIEMBRE DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de Posgrado e Investigación


HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**Incidencia de maltrato infantil en el hospital infantil
del estado de Sonora en el periodo de 1995-2000.**

TESIS

**Que se presenta para obtener
el título de especialidad en Pediatría.**

Dra. Martha Patricia Trujillo Heredia.

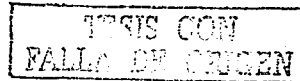

Dr. Ramiro García Alvarez.
Director de Enseñanza e investigación
y profesor titular del curso.


Dr. Heriberto Fuentes García.
Asesor.


Dr. Norberto Fátima Cruz
Director General del Hospital.
Infantil del Estado de Sonora.


Dra. Evangelina Guicho Alba.
Asesor.

Hermosillo Sonora febrero del 2002



AGRADECIMIENTOS.

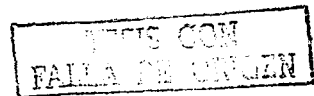
A Dios: Por la vida y la fortaleza que me dio para continuar con mi carrera.

A mi esposo: por haberme dado todo su apoyo, y haberme impulsado siempre a seguir adelante.

A mis padres : por toda la ayuda que me brindaron mil gracias.

A mi hija: por la dicha de que este conmigo y sea mi razón de ser.

Al HOSPITAL: Por la formación y la enseñanza que me brindo.



INDICE

	No pag.
Resumen	
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	18
CUADROS Y GRAFICAS.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	27

TESIS CON
FALLA DE SEREN

RESUMEN.

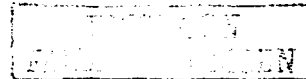
Introducción: Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, raíces culturales e históricas, diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación, dificultades en la investigación y finalmente, una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico.

Objetivo general: Conocer la incidencia de maltrato infantil en el hospital infantil del estado de Sonora ya que se desconoce la misma.

Material y métodos: Se estudiaron todos los expedientes de ingresos hospitalarios, así como hojas de codificación de la consulta de higiene mental con el diagnóstico de maltrato infantil en el periodo que comprendió el estudio. Revisándose un total de 56 expedientes incluyéndose en el estudio 28 casos, excluyéndose el resto por no contar con expediente clínico completo.

Resultados: En nuestra unidad hubo un incremento en el número de casos en el año 2000 del 100%. Predomina en el sexo masculino con una relación de 3.6:1 con respecto al femenino, la mayor incidencia se dio en la edad escolar con 12 casos (42.8%), más común en nivel socioeconómico bajo 25 casos (89%), siendo la madre biológica el maltratador más frecuente en 20 (71%) casos. Encontrando dentro de los aspectos generales del agresor, el analfabetismo en tres casos, y el resto la mayoría con algunos años de educación primaria, la ocupación del agresor masculino se encontró reportado en tres casos dedicándose a la albañilería, y en los casos de agresor femenino en 19 casos se dedicaban al hogar y un caso en que se dedicaba a la prostitución, el estado civil predominó la unión libre, tres padres tenían el antecedente de drogadicción, y en ocho casos se tenía el antecedente de padre alcohólico, y solo dos madres con problema de alcoholismo y una mamá con antecedente de problemas psiquiátricos. En cuanto al tipo de lesión que presentaron se pueden clasificar como leves en 15 casos, moderadas en cuatro casos y severas en 9 casos, el tipo de lesión más frecuentes fueron los golpes reportándose 18 casos de poli contusiones, y tres casos de traumatismo craneoencefálico, abandono físico en nueve casos, y maltrato psicológico en tres casos. En cuanto al perfil del agredido se encontró que siete niños contaban con antecedente de retraso psicomotor lo que equivale al 25% de los casos, se hospitalizó a 23 pacientes (82%), en 22 casos (79%) se informa a la defensa del menor y el destino final del paciente fue su hogar en 11 casos (39%) y 17 pacientes (61%) se envió a alguna institución pública.

Conclusiones: En el HIES se presenta una tasa de incidencia del 0.4% por 1000 ingresos. Se debe de establecer un algoritmo de atención integral para todo niño que sufre cualquier tipo de maltrato de acuerdo a las condiciones de nuestra institución. Existe la necesidad de crear clínicas de atención integral para brindar adecuada protección a los niños involucrados en maltrato infantil. Existe la necesidad de concienciar al personal médico sobre un diagnóstico más temprano.



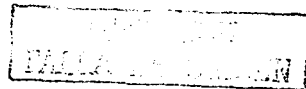
INTRODUCCIÓN.

Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, raíces culturales e históricas, diversidad de opiniones encuaneto a su definición y clasificación, dificultades en la investigación y finalmente, una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico.

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos y a que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante el maltrato infantil es un problema en los países tanto en desarrollo como desarrollados.

Dentro de las razones por las cuales el tema del maltrato infantil se ha escabullido con facilidad a los investigadores está aquella que explica que este fenómeno, que atenta contra los derechos de los segmentos más vulnerables de la sociedad, se registra, por lo general, en los espacios más íntimos de la convivencia familiar.

Ahora bien, las consecuencias del maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y físico de los niños afectados. Con suma frecuencia, detrás de problemas de aprendizaje, comportamiento, agresividad y vagancia, se esconden situaciones del maltrato, abuso y abandono en el pasado. Es claro que los daños emocionales causados al individuo en su edad más temprana pueden significar "marcas imborrables", que, también con suma frecuencia, se evidencian en una limitación en su ajuste personal y social.



DEFINICIÓN.

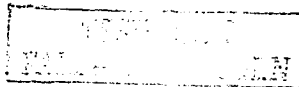
Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y dificulten su óptimo desarrollo.(2-4)

Existen diferentes tipos de maltrato, definidos de múltiples formas.

Maltrato físico. Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.

Abandono físico. Situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, Educación, vigilancia...) no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.

Abuso sexual. Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a



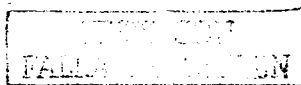
un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización de acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...)

Maltrato emocional. Conductas de los padres/madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

Abandono emocional. Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) o a sus intentos de aproximación o interacción.

Síndrome de Munchausen por poderes. Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño).

Maltrato institucional. Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de



la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

TESIS CON
FALLA DE CISEN

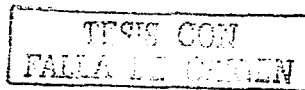
ETIOLOGÍA.

Es muy difícil establecer una causa etiológica en estos casos considerando la enorme variabilidad que existe entre los factores que están inmersos en el desarrollo de este problema.

Los estudios realizados en varios países señalan que el MI es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.⁽¹⁻³⁻⁴⁾

Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre.⁽²⁻⁴⁾ Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez

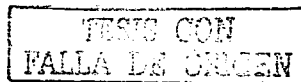
En relación con las características del menor agredido, frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos); niños hiperactivos, en su difícil manejo, con bajo rendimiento escolar, y generalmente, hijos no deseados.⁽¹⁻⁴⁾



EPIDEMIOLOGIA.

En América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del des-empleo y a la disminución del salario, los índices de violencia, se incrementaron a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad.(4)

En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños con maltrato infantil.



Manifestaciones clínicas.

Los malos tratos físicos se sospechan cuando una lesión no tiene explicación, es inexplicable o la explicación es poco convincente. Si una lesión es incompatible con los datos de anamnesis o con la fase del desarrollo del niño, se debe sospechar la existencia de malos tratos y denunciarlos.(1-2)

Cuatro son los mecanismos habituales de maltrato físico: a)traumatismos, b)quemaduras, c)asfixia y d)ahogamiento.

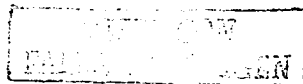
Cuando el menor es maltratado físicamente, habitualmente recibe golpes con la mano, con el pie, es azotado contra la pared o el suelo, con un cinturón o cualquier objeto que el agresor tenga a la mano a la hora de perder el control emocional.(8-9)

Las lesiones se presentan en diversas partes del cuerpo y habitualmente como: equimosis, moretones, abrasiones, luxación, fracturas, arrancamientos óseos.

Hablando de quemaduras, los niños son lesionados con cigarrillos, cerillos, objetos o alimentos calientes originándose lesiones de extensión y profundidad variables.

Él diagnostico de asfixia es más difícil de diagnosticar y debe ser considerado en aquellos lactantes menores que al parecer sufrieron muerte súbita.

Cuando el menor ha fallecido por ahogamiento, es obligado la realización del estudio postmortem para apoyar o descartar que la causa de tal suceso haya sido intencional o accidental.



Emocional y socialmente ¿cómo son maltratados los niños?

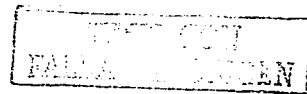
Esta condición es probablemente la forma más común de maltrato en los menores pero también la más difícil de diagnosticar y puede expresarse a través de los siguientes hechos.

A)negligencia nutricional; B)drogadicción o intoxicación; C)retardo o falta de atención medicas o dental; D)abandono por periodos prolongados y E)falta de higiene y/o inasistencia a la escuela.

Otras formas de maltrato.

Fenómenos complejos y atípicos provocan confusión y repulsión entre los observadores, sobre todo cuando estos son participantes activos como clínicos y se espera que aclaren y resuelvan el misterio de tales acontecimientos. La simple idea de tratamiento cruel a un niño es algo detestable. Por tanto, no debe sorprender que la presentación rara de signos de maltrato infantil muchas veces cause confusión cuando los caos inicialmente vienen enmascarados como procesos patológicos comunes. Una persona racional no está preparada para elaborar la serie de circunstancias que han producido la situación clínica que se presenta. La agudeza clínica y el gran juicio práctico quizás no basten para aclarar la realidad. Es en estas circunstancias cuando se necesita imaginar un campo muy amplio de posibilidades causales.(1-8)

Algunas de ellas son muy conocidas pero por su frecuencia y complejidad generalmente se evitan. Los niños de la calle son el vivo ejemplo de esta realidad.



Las víctimas de ritualismos satánico, del síndrome de Munchausen por poderes en niños y el abuso fetal son clara evidencia de la intencionalidad por dañarlos. Sin embargo, existen otras formas en donde la situación ambiental favorece la posibilidad de que exista agresión a los menores aunque esta no sea intencional; como ejemplo se tiene a los niños de la guerra, los niños ilegales de la frontera de México y los que constituyen el denominado maltrato étnico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DETECCION Y DENUNCIA

A diferencia de otras situaciones, en los casos de maltrato infantil generalmente la víctima no denuncia el hecho, como tampoco pide ayuda el agresor.

Los hechos de maltrato son difíciles de ver por personas ajenas al grupo familiar, entre otras cosas porque el maltrato ocurre en el hogar y las secuelas no se aprecian fácilmente. Por lo tanto, la detección activa debe constituir el primer paso de cualquier programa de intervención.

Por otro lado, es necesario insistir en la complejidad de la denuncia en los casos de maltrato en la familia. La víctima generalmente es muy pequeña para hacerlo y mantiene una relación de afecto y dependencia con el agresor. Debe ser una preocupación central de la sociedad de proteger al niño, y para ello asegurar mecanismos de denuncia eficientes, de fácil acceso y con atribuciones para actuar tan rápido como la situación lo requiera.

Se deben implementar redes a nivel comunitario que permitan la detección del maltrato y una rápida denuncia. Al mismo tiempo, es fundamental la capacitación a los educadores y a todos aquellos funcionarios que por su trabajo tienen relación con los niños agredidos.(4-8-9).



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El medico que se encuentra frente a un menor con sospecha de que sea una victima de maltrato siempre debe establecer un diagnostico diferencial con los siguientes fenómenos:

a) que la lesión se explique por un traumatismo o una quemadura accidental; b) que la manifestación clínica se explique por un padecimiento congénito (hemofilia, osteogenesis imperfecta, malformación, etc.); c) cuando la o las lesiones son la consecuencia de un padecimiento adquirido que afecta la piel, el sistema músculo esquelético, la coagulación, el área genital, etc. (dermatitis por contacto, escorbuto, púrpura trombocitopenica, dermatitis por candida, etc.); d) situaciones diversas como la muerte súbita del lactante y e) consecuencias "culturales" (colocación de ventosas, aplicar gotas de limón en los ojos, tratar la mollera caída, etc.).

ISIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento

No existe un sólo tipo de intervención terapéutica. Las modalidades van a depender, entre otros factores, del tipo de abuso, la dimensión, el daño, las características del grupo familiar, el riesgo del niño, etc.

Hay una intervención diferente, según se trate de actuar en el momento de la crisis (revelación) o bien a mediano plazo. La primera requiere una intervención intensiva, durante las 24 horas, hasta asegurar la protección. En la segunda, se incorporan factores de reeducación, cambios de comportamiento, etc

Se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes, por lo que se necesita de la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado. La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres eliminando las tácticas punitivas o coercitivas y sustituyéndolas por métodos positivos más efectivos.⁽⁴⁾ Wolfe propone un plan de intervención y prevención cuya meta sea restablecer la integridad, así como el

funcionamiento efectivo intrafamiliar, y cuyos objetivos sean: a) adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos; b) promover el uso de métodos de control positivos hasta eliminar el castigo; c) desarrollar estrategias para solucionar problemas en situaciones críticas y que sean operativas para la familia; d) regular las respuestas violentas y el comportamiento impulsivo que lesionan a la familia, y e) promover la interacción social de los miembros de la misma, reduciendo su aislamiento físico y psicológico del resto de la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS.

Objetivos generales: conocer la incidencia de maltrato infantil en nuestro hospital en el periodo de 1995-2000 ya que se desconoce la misma.

Particulares:

- 1.-Investigar la incidencia.
- 2.- Edad de presentación más frecuente.
- 3.-Conocer el tipo de maltrato infantil más frecuentemente diagnosticado.
- 4.-Investigar características de maltratador y maltratado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de inclusión.

Todo paciente con diagnóstico de maltrato infantil en el periodo de 1995-2000.

Criterios de exclusión.

- 1.-Pacientes mayores de 18 años.
- 2.- Pacientes con expediente clínico incompleto.

Justificación. El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Infantil del Estado de Sonora con el fin de conocer la incidencia, cuadro clínico, características del maltratador, conocer si el niño maltratado contaba con algunas características especiales, y el destino final de los pacientes diagnosticados en nuestro hospital de maltrato infantil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Material y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional.

Se estudiaron todos los expedientes de ingresos hospitalarios, así como hojas de codificación de la consulta de higiene mental con el diagnóstico de maltrato infantil en el periodo que comprendió el estudio. Revisándose un total de 56 expedientes incluyéndose en el estudio 28 casos, excluyéndose el resto por no contar con expediente clínico completo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados:

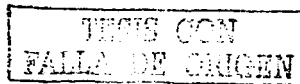
En nuestra unidad hubo un incremento en el número de casos en el año 2000 del 100% (Fig #1).

En los 28 casos estudiados se presentó un predominio en el sexo masculino con una relación de 3.6:1 con respecto al femenino (Fig 2), a diferencia de lo que reporta la literatura de presentarse por igual en ambos sexos.

La mayor incidencia se dio en la edad escolar con 12 casos (42.8%) (Fig 3).

Más común en nivel socioeconómico bajo 25 casos (89%) (Fig 4), siendo la madre biológica el maltratador más frecuente en 20 (71%) casos (Fig 5), lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. Encontrando dentro de los aspectos generales del agresor, el analfabetismo en tres casos, y el resto la mayoría con algunos años de educación primaria, la ocupación del agresor masculino se encontró reportado en tres casos dedicándose a la albañilería, y en los casos de agresor femenino en 19 casos se dedicaban al hogar y un caso en que se dedicaba a la prostitución, el estado civil predominó la unión libre, tres padres tenían el antecedente de drogadicción, y en ocho casos se tenía el antecedente de padre alcohólico, y solo dos madres con problema de alcoholismo y una mamá con antecedente de problemas psiquiátricos.

En cuanto al tipo de lesión que presentaron se pueden clasificar como leves en 15 casos, moderadas en cuatro casos y severas en 9 casos, el tipo de lesión más frecuentes fueron los golpes reportándose 18 casos de policontusiones, y tres casos de traumatismo



craneoencefálico, abandono físico en nueve casos, y maltrato psicológico en tres casos. (Cuadro #1)(Fig # 6).

En cuanto al perfil del agredido se encontró que siete niños contaban con antecedente de retraso psicomotor lo que equivale al 25% de los casos. (Fig 7)

Se hospitalizó a 23 pacientes (82%), ya fuera para protección del menor o para iniciar manejo de acuerdo a la patología que presentaban. (Fig 8)

En 22 casos (79%) se informa a la defensa del menor. (Fig 9)

El destino final del paciente fue su hogar en 11 casos (39%) y 17 pacientes (61%) se envió a alguna institución pública. (Fig 10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conclusiones:

En el HIES se presenta una tasa de incidencia del 0.4% por 1000 ingresos. Se debe de establecer un algoritmo de atención integral para todo niño que sufre cualquier tipo de **maltrato de acuerdo a las condiciones de nuestra institución**

-Existe un subregistro en el número de casos.

Existe la necesidad de crear clínicas de atención integral para brindar adecuada protección a los niños involucrados sin importar cuál es el profesional de salud que toma la dirección de la misma, siempre y cuando la logre conformar y se trabaje por el bien de los menores su familia y la sociedad en general.

-El maltrato infantil es especialmente un problema sociocultural por lo que su prevención, detección y atención es más compleja que otros problemas de salud.

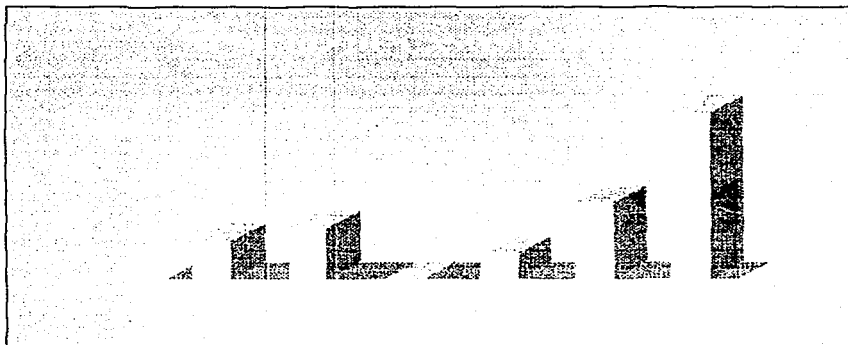
Existe la necesidad de señalar, que el fenómeno de maltrato a los niños puede ser observado en cualquier momento y en cualquier instancia, por lo que toda persona que este en contacto con ellos tendrá que ser alertados sobre el patrón clínico habitualmente observable en ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA # 1

MALTRATO INFANTIL

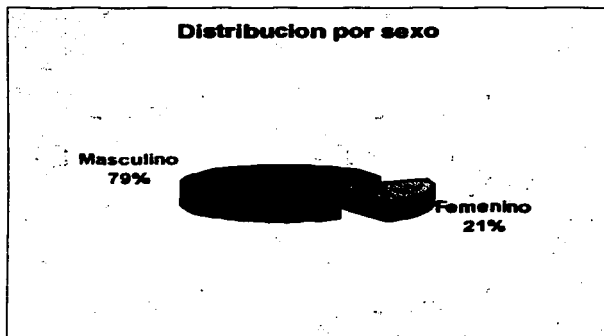
Numero de casos por año.



Fuente archivo clinico del HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura # 2
MALTRATO INFANTIL
Distribución por sexo.



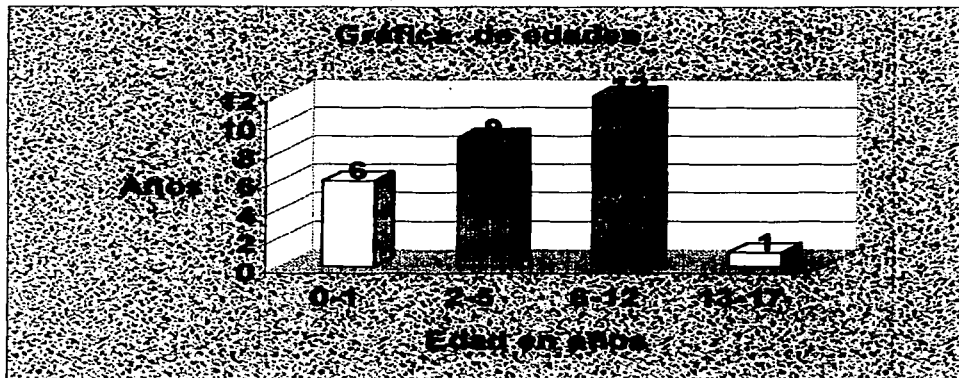
Fuente archivo clinico del HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura # 3

MALTRATO INFANTIL

Distribución por grupo de edades.

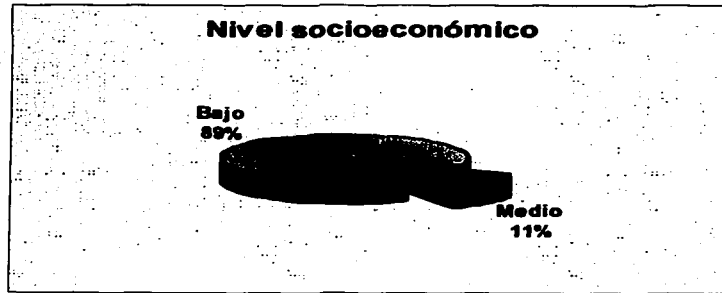


Fuente archivo clínico del HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

Figura # 4

MALTRATO INFANTIL



Fuente archivo clínico del HIES.

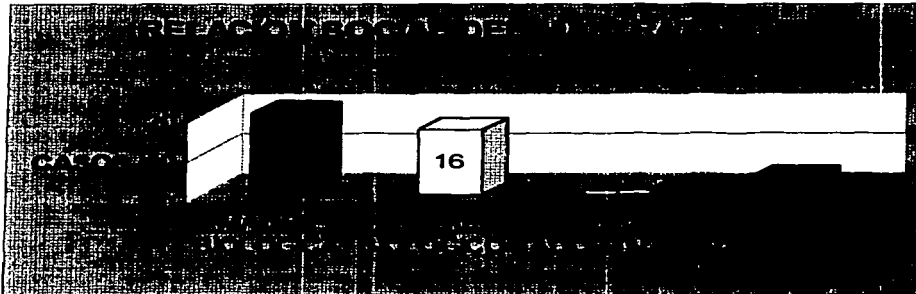
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro # 1

MALTRATO INFANTIL

Tipo de lesión	0-1 año	2-5 años	6-12 años	13-18 años
TCE	3 casos			
Policontundido	5 casos	6 casos	7 casos	
Quemaduras	1 caso	1 caso		
Abandono	1 caso	1 caso	6 casos	1 caso
Fracturas	1 caso		2 casos	
Psicologico			3 casos	

Figura # 5



ESTAS CON
HAY QUE SER
SERVIR

Figura #7

MALTRATO INFANTIL

**Relacion de niños sanos contra
niños con retraso psicomotor.**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura # 6
MALTRATO INFANTIL
Clasificación de las lesiones.

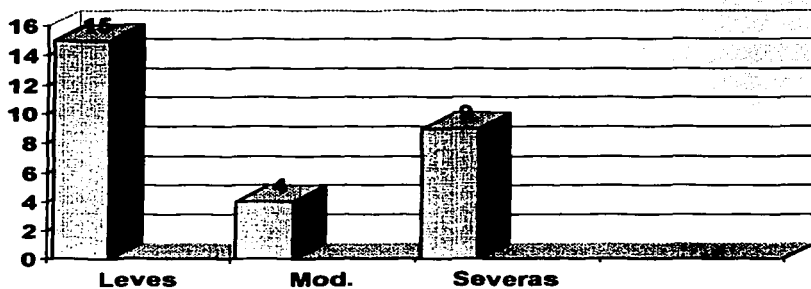
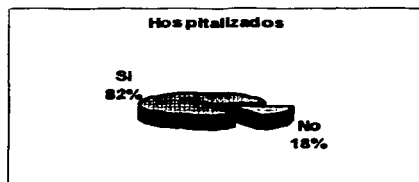


Figura #8



Fuente archivo clinico del HIES.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Figura #9
MALTRATO INFANTIL

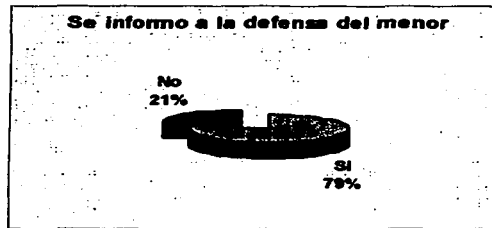
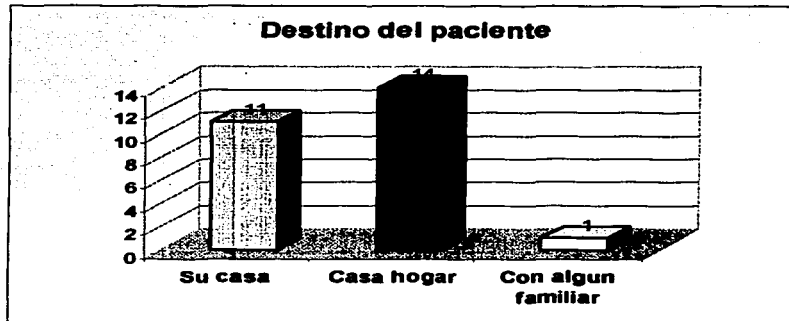


Figura #10

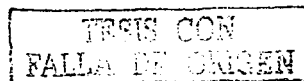


Fuente archivo clínico del HIES.

REGIS CON
PALSA DE

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Johnson FC. Lesión intencional y lesión accidental. En: El niño maltratado. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Ed Mc Graw Hill Interamericana. Mex DF 1990; Pág. 841-864
- 2.-Loredo AA, Trejo HJ, Bustos VV, Carvajal RL, Reyes MJ, Rodríguez HR, Sánchez VA. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. Bol Med Hosp infant Mex 1998; 55:410-416.
- 3.-Loredo AA. Maltrato al menor. Ed Mc Graw Hill Interamericana Mex DF 1994.
- 4.- Santan TR, Sanchez AR, Herrera BE. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Publica Mex 1998;40:58-65.
- 5.-López GJJ, López ME. Maltrato infantil. AMAIM 1996.
- 6.-Paradise JE. Valoración medica del niño que ha sufrido abuso sexual. En: El niño maltratado. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed McGraw Hill Interamericana. Mex DF 1990; pag 889-912.
- 7.- Helfer RE. El descuido en niños. En: El niño maltratado. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Ed McGraw Hill Interamericana. Mex DF 1990; Pág. 975-994
- 8.- Alexander RC. Enseñanza del médico en el campo del maltrato infantil. En:El niño Maltratado. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Ed McGraw Hill Interamericana. Mex DF 1990; pag 1023-1041.
- 9.-Johnson CF. Malos tratos y abandono. En: Nelson. Tratado de pediatría. Décimo quinta edición. McGraw Hill Interamericana. Mex DF 1998; Pág. 136-147



10.-Ulate MF, Madrigal TS. Maltrato a menores en una comunidad Costarricense. Bol Med Hosp infant Mex 1991; 48:355-361.

11.- Comitte on child Abuso and Neglect. Diferencia entre la muerte súbita del lactante y las muertes por malos tratos. Pediatrics 1994, 94:51-54.

12.-Loredo AA, Trejo HJ, Sánchez VA, Bustos VV. I taller iberoamericano de maltrato al menor. Bol Med Hosp infant Mex 1998; 55:174-177.

13.- Zuckerman B, Augustyn M, Mc Alister GB, Parker S. Las víctimas silenciosas vueltas a revisar: el caso especial de la violencia doméstica. Pediatrics 1995;40:139-141.

14.- Haggerty RJ. La convención sobre los derechos del niño: es hora de su ratificación por los EE UU. Pediatrics 1994;38:263-266.

15.-Loredo AA. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993;50898-902.

16.-Foncerrada-Moreno M. El niño víctima de maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 1982;20:457-469.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN