

12  
201

Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL MALTRATO  
INFANTIL: ASPECTOS RELEVANTES PARA SU  
DIAGNÓSTICO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A N:

BEATRIZ VERÓNICA ALVAREZ ARANA  
NANCY ZULEMA VALLEJOS MARÍN

ASESOR: C.D. JAIME GARCÍA MARTÍNEZ



Uo 20

*Jaime García Martínez*

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998  
269373



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**A Dios:**

- Porque me concedió la dicha de vivir y el don de ser una persona de bien y de provecho; y porque nunca me ha dejado sola.

**A mi querida madre:**

- En reconocimiento al amor y cuidados que me ha brindado a lo largo de mi vida.

**A mi padre con cariño:**

- Por todo su apoyo y por compartir conmigo sus conocimientos, mismos que me han servido de ejemplo, de guía y de estímulo para seguir adelante.

**A mis hermanos:**

- Patricia y Romeo con cariño.

A ti Alfredo:

- Con toda mi alma por el gran amor, comprensión y paciencia que me has entregado; y porque has estado a mi lado en todo momento. Sabes que eres alguien especial y sumamente importante en mi vida.

En forma muy especial a David Carrera Huerta:

- Por brindarme tu valiosa amistad y prestarme tu sincera ayuda siempre que la he necesitado.

Con muchísimo cariño y enorme gratitud.

A nuestro asesor el C.D. Jaime García Martínez:

- Con afecto y especial agradecimiento porque con su enseñanza y asesoría fue posible la realización de esta tesina.

A la C.D. Mary Hirosse:

- Con admiración y profundo agradecimiento por su valiosa cooperación en la elaboración de esta tesina.

**A Marcela y a Leonor:**

- **Con aprecio.**

**A Nancy:**

- **Porque con su colaboración logramos la culminación de esta etapa tan importante en nuestras vidas.**

**BEATRIZ VERÓNICA.**

**A mis padres:**

Porque siempre me han dado lo mejor de sí mismos y sobre todo por haberme dado la oportunidad de alcanzar una de las metas más importantes de mi vida.

Los quiero mucho

**A mis hermanos:**

Gina, Luis y Yetza, gracias por su cariño, por estar a mi lado cuando lo he necesitado y por hacerme ver mis errores.

**A Carlos:**

con todo mi amor porque compartes conmigo todos mis anhelos.

Con respeto y admiración a la Dra. Mary Hirose y al Dr. Jaime García, gracias por su tiempo y dedicación.

**Para Vero, David y Betty:**

porque con su apoyo y afecto hicieron mucho más fácil y agradable mi camino como estudiante.

Nancy Zulema

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I -----	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
CAPÍTULO II -----	7
DERECHOS DEL NIÑO	
CAPÍTULO III-----	13
CONCEPTOS GENERALES	
<i>Definición</i> -----	13
<i>Características del agresor</i> -----	18
<i>Características del menor agredido</i> -----	20
CAPÍTULO IV -----	24
TIPOS DE MALTRATO Y SUS CONSECUENCIAS	
<i>Clasificación de maltrato según diferentes autores</i> -----	24
1) <i>Maltrato Físico</i> -----	25
<i>Sintomatología del niño</i> -----	26
<i>Diagnóstico</i> -----	27
<i>Diagnóstico Diferencial</i> -----	31
2) <i>Abuso sexual</i> -----	33
<i>Características del Agresor</i> -----	36
<i>Factores de riesgo de abuso sexual</i> -----	37
<i>Cuadro Clínico</i> -----	38
<i>Diagnóstico</i> -----	39
<i>Exploración en mujeres</i> -----	40
<i>Exploración en Varones</i> -----	41
3) <i>Fenómeno de Deprivación</i> -----	42
<i>Características del Entorno Social y Familiar</i> -----	44
<i>Diagnóstico</i> -----	45
<i>Consecuencias</i> -----	49

CAPÍTULO V -----	55
ASPECTOS JURÍDICOS	
CAPÍTULO VI -----	63
INSTITUCIONES DE AYUDA	
CAPÍTULO VII -----	73
PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL NIÑO MALTRATADO	
<i>Diagnóstico Clínico</i> -----	74
<i>Recolección y documentación de los datos</i> -----	80
<i>Tratamiento de las lesiones orofaciales</i> -----	81
<i>Denuncia del maltrato y el abandono</i> -----	83
CONCLUSIONES -----	87
FIGURAS-----	89
ANEXO -----	102
BIBLIOGRAFÍA-----	108

# INTRODUCCIÓN

La investigación y prevención del maltrato infantil constituye un campo de interés y un fenómeno trascendente por sí mismo y por propio derecho para cualquier sociedad.

Abusar de la condición inerme del niño, no es un problema reciente, ni de un solo lugar: el maltrato al infante ha existido desde el origen de la historia y en todas partes del mundo.

El niño maltratado es la persona que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas, mentales o cualquier otro daño personal e incluso la muerte, provenientes de sujetos que por algún motivo tengan relación con él.

Generalmente la agresión a los niños está dada por parte de los adultos, y ésta puede ser tan sutil o tan viciosa como la que acontece entre mayores, y es tan frecuente que pasa desapercibida, tanto que se halla enraizada en nuestro modo de ser y de ésta manera los adultos dan una justificación.

La agresión no sólo se da en la familia, sino también en centros educativos, hospitales, guarderías y otras instituciones en las cuales se encuentran profesores, enfermeras y otros profesionistas que siguen pensando que la agresión es el mejor método para modificar la conducta.

El maltrato infantil repercute a nivel psicológico ,ético, jurídico, médico y social, por lo cual debería existir un fuerte apego a las leyes y reglamentos relativos a la aplicación de los derechos del niño, para que de este modo se acabara con las injusticias que se han cometido con el paso del tiempo hasta nuestros días.

Es por todo esto y por su creciente prevalencia, que el maltrato infantil requiere de un conocimiento profundo y demanda soluciones inmediatas, pues es muy probable que la magnitud de este problema sea mayor a lo que a razón de los hechos y los datos se puede apreciar. Así mismo sabemos que es un asunto extenso y difícil de explicar; de ahí que los estudios se encuentren limitados y la carencia de propuestas al respecto sea notoria.

Los casos menos graves de maltrato que dan por resultado lesiones menores, pueden aparecer en el ambiente del consultorio médico u odontológico y pasar desapercibidos como tales para el odontólogo o el médico, a causa de que no los sospechan o no tienen conocimientos sobre maltrato y abandono infantil.

Por lo anterior, consideramos que esta investigación es significativa, ya que el cirujano dentista de práctica general o bien el odontopediatra, no están capacitados para detectar este tipo de problemas; y en el caso de que los puedan identificar, no poseen suficientes conocimientos para que, como profesionales de la salud puedan intervenir, proporcionando ayuda al menor.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato a menores ha existido siempre, por lo tanto, debe entenderse y aceptarse como un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no como una característica peculiar de la sociedad moderna.

En todas partes del mundo el niño ha sido objeto de castigos crueles, así como de abuso sexual, tanto en grandes ciudades como en áreas rurales o marginadas, lo cual indica que no es una enfermedad de la pobreza sino de la humanidad.<sup>12</sup>

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón.

También las órdenes dictadas por Herodes constituyen un ejemplo del fenómeno que se analiza, ya que para evitar la pérdida de su reino, mandó matar a todos los recién nacidos de su época.

Hubo un tiempo en el que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Herodes. Otro ejemplo de esta situación en otra cultura se encuentra en el pasaje bíblico de Abraham, en el que se dice "... Dios le dijo, toma a Isaac tu único hijo al que tanto amas y ofrécelo en holocausto" (Génesis 22. 11-12).

En el siglo IV d.C. en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos.

Aristóteles señalaba que "un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto." Lo habitual en la Grecia y Roma de aquel tiempo, era que el padre tenía poder sobre la vida o la muerte de los hijos, y podía adjudicarlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno.

Antiguamente en las grandes ciudades, el infanticidio era considerado como medio para eliminar a todos aquellos pequeños que nacían con algún defecto físico, por ejemplo:

- En Esparta, se arrojaban desde la cima de los Montes Taigetos a los pequeños y viejos deformes.

- En China, era curioso e interesante observar que había un límite para tener hijos y así controlar el aumento de la población, pero tal límite era de tres hijos. Y si nacía un cuarto hijo, lo arrojaban a los animales salvajes.
- En la India, a los pequeños nacidos con ciertos defectos físicos, se les consideraba como instrumentos del diablo y eran destrozados.

En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños, que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de ellos.

En el tiempo de la Colonia, la Inquisición en América, mediante una amalgama educativa rígida, generó severas relaciones paterno – infantiles amén de su agresión a niños y adultos.

Dentro de lo escrito está el Rhazes práctica puerorum que corresponde al primer tratado de pediatría que existe hasta hoy en día y que fue escrito alrededor del año 900 d. J.C. , por un médico persa, quien mientras aprendía entre los niños de los hárams acerca de las hernias inguinal y umbilical, señalaba que era posible abandonar a los niños intencionalmente.

Martín Lutero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, esto por creer que eran instrumentos del diablo.

Durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza. Charles Dickens, en una de sus obras, describe la antigua costumbre de lisiar y deformar a los niños para que causaran lástima y así poder pedir limosna, lo cual era una situación muy común.

A pesar de la falta de documentación médica, médicos ingleses del siglo XIX fundaron en 1833 la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool.

El primer artículo que claramente presenta el problema aunque no lo identifica como tal, fue escrito por Ambroise Tardieu, de Francia en 1860. Este autor, basado en los hallazgos de necropsias, describió las lesiones encontradas en 32 niños, 19 de los cuales, murieron quemados o por asfixia.

En 1885 se fundó en Londres la London Society . Esta sociedad analizó 762 casos de niños con diversos tipos de lesiones y la muerte de 25 de ellos; sin embargo no pudo precisarse que los padres fueran los agresores.

Cuando Caffey publicó en 1946 los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en seis niños, es posible decir que realmente se inició la descripción de lo que en la actualidad se conoce como Síndrome del Niño Maltratado (SNM). Sin embargo Ingraham ya había descrito los síntomas, signos, patología y tratamiento de este tipo de pacientes, sin establecer claramente el origen del problema. Años más tarde en 1953, Silverman describió lo que llamó "traumatismos esqueléticos no reconocidos" y sugirió que muy posiblemente los padres eran los culpables de tales hechos. **Kempe y Silverman** en 1962, con la publicación del artículo "The Battered Child Syndrome" logran que la profesión médica reconozca el "síndrome del niño golpeado", al establecer claramente una relación entre la existencia de diversas fracturas y, en ocasiones, presencia de un hematoma subdural. Lo más importante fue describir que este tipo de lesiones habían sido ocasionadas por alguno de los padres o algún adulto que cuidaba al menor.

El espectro del síndrome se amplió cuando Fontana señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc., por falta de atención del adulto.

Con el transcurso del tiempo, se han descrito nuevas modalidades de maltrato, y el síndrome de Munchausen en niños es uno de ellos. Asher fue el primero en mencionar al barón Munchausen para denominar con este apellido al conjunto de síntomas “dramáticos e increíbles” que refería un grupo de sus pacientes.

Meadow fue el primero en presentar ésta rara entidad en pediatría.

En los últimos años se han empezado a reconocer otras formas de maltrato infantil y ello ha incrementado el espectro clínico del síndrome.

Se ha insistido en el riesgo que corren los niños de sufrir maltrato si se encuentran en guarderías infantiles, orfanatos y reclusorios para menores.

Por último los niños de la calle quienes huérfanos o abandonados carecen totalmente de un hogar; y los que están en “la calle” y que aún disponiendo de un hogar, son materialmente empujados desde temprana edad por sus padres u otros familiares, hacia actividades que produzcan un ingreso económico para ayudar de algún modo a la situación económica familiar habitualmente deficiente.

## **CAPÍTULO II**

### **DERECHOS DEL NIÑO**

En 1923 Eglantyne Jeeb, fundadora de la Unión Internacional para el Bienestar del Niño ("Save the Children Frud"), y de la Caja Británica de Ayuda al Niño, redactó la Declaración de los Derechos del Niño, conocida también con el nombre de Declaración de Ginebra, y en 1959 la Organización de las Naciones Unidas formuló y modificó esta Declaración denominándola "El Decálogo de los Derechos del Niño" :

"Por la presente declaración, los hombres y las mujeres de todas las naciones reconocen que la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, y proclama como un deber sagrado los siguientes derechos" :

- El niño debe ser protegido por encima y más allá de toda consideración de raza, nacionalidad o creencia.
- El niño tiene derecho a nacer sano, a provenir de padres sanos y a venir al mundo en las mejores condiciones higiénicas.

- El niño tiene derecho a ser alimentado, especialmente el que está hambriento; el enfermo a ser asistido; el deficiente desde el punto de vista mental o físico, ayudado; el huérfano y abandonado, recogido; el desnudo a ser vestido decorosamente.
- El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de desgracia o calamidades mayores.
- El niño debe recibir los medios necesarios para desarrollarse normalmente desde el punto de vista material, moral y espiritual.
- El niño tiene derecho a recibir una educación integral sin tomar en cuenta su posición económica. En este sentido, el Estado tiene la obligación de proporcionarle enseñanza gratuita.
- El niño debe disfrutar plenamente de las medidas de previsión y seguridad sociales y, cuando llegue el momento, hay que ponerlo en condiciones de ganarse la vida, protegiéndolo contra cualquier explotación.
- El niño debe ser educado en el entendimiento de que tiene que dedicar sus capacidades al servicio de sus semejantes.
- El niño tiene derecho a que se le guíe por el camino del bien, para que sea feliz y útil a la sociedad y así mismo.
- El niño tiene derecho a la vida, considerando que todas las sociedades y los pueblos, por antiguos que sean, necesitan del

niño para asegurar su supervivencia para el desarrollo económico, político y cultural.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, aprobó el 20 de noviembre de 1989 la Convención de los derechos del Niño, ésta es aprobada nueve meses más tarde por el Senado de la República y posteriormente ratificado por el Presidente de la República, convirtiéndose en obligatorio por el Estado Mexicano y sus ciudadanos.

Los derechos del niño señalan:

- Que el niño debe ser educado en su espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.
  
- Ratifican la responsabilidad de los padres, de educar a sus hijos en los derechos del hombre y las libertades fundamentales, cuidando de sus necesidades básicas, destacando el derecho a la vida, al desarrollo, a la crianza y cuidado del niño.

Para cumplir con éstas obligaciones, debe existir una responsabilidad compartida: la propia familia, continuando con la escuela, sustentado por la comunidad y el Estado. El maltrato infantil es la expresión más evidente de la transgresión a los derechos del niño, a pesar de que los padres, los maestros y los adultos en general, tienen el deber de respetar estos derechos, principalmente en su dignidad y favorecer su confianza y seguridad.

En los casos de maltrato infantil se transgreden principalmente los artículos 19, 20 y 32 de la Convención de los Derechos del Niño, estos tratan específicamente sobre la protección contra abusos físicos, mentales, explotación y abuso sexual, separación de la familia, la explotación económica y la infracción de leyes penales.

La salud de los niños constituye un derecho a nivel mundial como se refiere en la carta de los Derechos del Niño, ratificados en la Cumbre Mundial para el desarrollo de la infancia celebrada el 30 de septiembre de 1990.

En nuestro país la Ley General de Salud en el Artículo 24, clasifica los servicios de salud en tres tipos: a) de atención médica; b) de salud pública, y c) de asistencia social.

Por su parte, el Artículo 25 señala que los integrantes del Sistema Nacional de Salud habrán de extender cualitativa y cuantitativamente los servicios de salud, en especial en beneficio de los grupos vulnerables. Así, ha quedado definido como grupo vulnerable el de los menores víctimas de abandono, desamparo y maltrato, particularmente cuando se trate de sujetos pasivos de un delito.

El Artículo 170, ordena: "Los menores en estado de desprotección social tienen derecho a recibir los servicios asistenciales que necesiten en cualquier establecimiento público al que sean remitidos para su atención, sin perjuicio de la intervención que corresponda otras autoridades competentes."

El Artículo 171, establece: "Los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán dar atención preferente e inmediata a menores y ancianos sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental."

Aunado a lo anterior se ha establecido un catálogo de servicios básicos a favor de los menores, dentro del que cabe destacar los siguientes:

- Vacunación obligatoria y gratuita.
- Atención médica en general.
- Alimentación complementaria.
- Atención integral en establecimientos especializados.
- Ejercicio de la tutela en los casos en que corresponda al Estado.
- Servicios de asistencia jurídica.

## **CAPÍTULO III**

### **CONCEPTOS GENERALES**

#### **Definición**

Es primordial establecer una definición adecuada del maltrato infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema.

Los límites de lo que se considera maltrato aún no están bien establecidos, y la dificultad de definirlos estriba en el grado de permisibilidad social determinada por múltiples patrones de índole cultural e ideológica. <sup>7</sup>

En 1961 Kempe propuso en un Simposio de la Academia Americana de Pediatría, el término de "Síndrome del Niño Golpeado", y lo definió como: "El uso de la fuerza física de forma intencional, no accidental, o actos de omisión intencionales dirigidos a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor." Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un acto u omisión intencionada o no, de un adulto, sociedad o país, que afecta a un niño en su salud, crecimiento físico o desarrollo emocional; o bien toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Según la Comisión Nacional de Derechos Humanos el maltrato a los niños es "Todo acto u omisión encaminados a hacer daño aun sin ésta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor."

La definición que el Desarrollo integral de la Familia (DIF) nos da a este respecto es: "Menores de edad que sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre de forma intencional, no accidental, por padres, custodios, tutores o personas responsables de ellos."

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) considera que el SNM es una manera extraña y extrema de lesiones no accidentales, *deprivación\** (Sic) emocional del menor o de cualquier modo de

agresión sexual, ya sea de forma aislada o en diversas combinaciones ocasionadas por los padres, parientes cercanos o adultos en estrecha relación con la familia, principalmente.

El maltrato infantil se determina por el conjunto de prácticas sociales y comportamientos familiares que inciden negativamente en el desarrollo físico y mental del niño. En este sentido, el Síndrome del Niño Maltratado se concibe como el uso de la fuerza física o de la autoridad (de padres, tutores, hermanos u otros familiares), dirigido a herir, lesionar o “destruir” al niño en forma leve, moderada o grave, pero siempre de modo intencional.<sup>18</sup>

La definición de Pérez nos dice que “un niño es maltratado o abusado cuando su salud física o mental, o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por el padre, la madre u otras personas responsables de su cuidado; es decir, que el maltrato se produce por acción, descuido o negligencia.”

La definición que Eduardo Primero Rivas presentó en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México DF, en 1992, señala que el maltrato a los niños es :

“...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, integro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente profesional.”

Wolfe define el maltrato como la presencia de lesión No accidental resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño), y que requiere de atención médica o intervención legal.

Para Manterola “el maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad.”

## **Etiología**

El maltrato a los niños tiene varios orígenes, casi siempre es causado por la ignorancia, además de neurosis, desesperación, y hasta rencor por parte de los padres y otros adultos.

Los casos de maltrato se dan en todos los niveles socioeconómicos, principalmente en el medio y bajo, en donde el problema de falta de recursos o los problemas de trabajo pueden ser las causas de que los adultos hagan presa de malos tratos a los niños, éstos pueden ir desde castigos, gritos o golpes, hasta hacerlos sufrir castigos crueles como quemaduras con cigarrillos prendidos, con agua caliente o planchas encendidas, algunas veces los maltratos se vuelven amenazas cumplidas de encierros en lugares sucios, oscuros o peligrosos, en ocasiones los dejan sin comer o sin dormir hasta que cumplan una tarea determinada, o por haberse portado mal a consideración de los padres o de los adultos con quienes viven los niños.

Si bien los problemas socioeconómicos y ambientales parecen incidir en la frecuencia e intensidad de los malos tratos, gran parte de los autores coincide en considerar que la violencia doméstica, y en particular la violencia contra el menor, no son patrimonio de

un sector socioeconómico específico, sino que, por el contrario, recorren toda la estructura social, asumiendo en cada caso las particularidades propias de cada sector.

El maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido y el medio ambiente, el cual actúa como estímulo disparador de la agresión:

#### Características del agresor:

- Baja autoestima
- Individuos deprimidos o con tendencia a la depresión
- Neuróticos, incapaces de controlar sus impulsos ante el menor estímulo, ansiosos, impulsivos y hostiles
- Poseen inadecuada percepción del niño
- Con antecedentes de maltrato en su niñez
- Bajo grado de escolaridad
- Devalúa constantemente al menor en público o en privado
- No se muestra cariñoso y lo culpa de todo lo malo que sucede, y, por lo tanto, no se muestra cariñoso
- Amenaza o aterroriza al niño
- Es rechazante, poco tolerante, no presta atención y no dedica tiempo al niño

- Es apático, desinteresado y ve al menor como una carga
- Pueden presentar algún tipo de adicción (drogas, alcohol)
- No se autorreconocen como maltratadores, con incapacidad de buscar ayuda profesional
- Presentan problemas económicos y en la relación de pareja .La madre representa la principal fuente de maltrato para el niño y los datos estadísticos indican que el padre realiza acciones violentas en una menor proporción.

En el caso de hogares reconstruidos, el padrastro es quien ejerce violencia sobre los infantes en mayor proporción que la madrastra. Parece ser que el padrastro muestra menos tolerancia con los hijos que no son de su descendencia. Todo parece apuntar que el vínculo entre padres e hijos supone una idea de propiedad y posesión que hace a los infantes suyos o ajenos.

La familia, más que cualquier otra de las instituciones sociales en crisis, es una de las principales fuentes de violencia ejercida en los menores. (Ver Figura 1)

### Características del menor agredido:

- Niños atípicos con problemas de salud (congénitos o adquiridos), de conducta (hiperactivos), con bajo rendimiento escolar.
- Pueden ser hijos no deseados, o hijos que no cumplen las expectativas de los padres, como son: el color de la piel o del cabello, la existencia de algún tipo de malformación, daño neurológico de gravedad variable o trastorno orgánico que requiera de atención médica repetida, ocupar el primer o último lugar en la progenie, no corresponder con el sexo esperado, ser demasiado irritable y desobediente, etc.

### Medio ambiente :

Dentro de éste elemento encontramos lo que se ha llamado “crisis desencadenante”, y aunque no sea la base etiológica, constituye el factor precipitante del síndrome y permite completar el “triángulo” característico de éste problema.<sup>12</sup> Situaciones tan cotidianas como la descompostura de un aparato eléctrico pueden ser el detonador para que se establezca la agresividad.

También influyen el tipo de familia, problemas familiares en cuanto a organización y dinámica, estado civil de la pareja, tensión conyugal, malas condiciones económicas, vivienda inadecuada, desempleo, rechazo del embarazo, etc.

Probablemente la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituya un factor muy importante en el origen de la agresión al menor.

El que 2/3 partes de las personas tengan un ingreso económico eventual causa una enorme incertidumbre, la que quizá coadyuva a desencadenar el maltrato. (Ver Figura 2)

En cuanto a la ocupación del agresor femenino, un número importante se dedica a las labores del hogar, como esta es una actividad que muchas mujeres consideran hoy en día enajenante y poco satisfactoria, es muy probable que produzca en ellas cierto grado de frustración puesto que no reciben por ella una gratificación económica. (Ver Figura 3)

Es muy difícil precisar qué condiciona la conducta agresiva del mayor hacia el niño.

La interacción de estas tres variables (abuso potencial por los padres, niño susceptible y crisis súbita) puede servir como estructura en la etiología del maltrato a los niños.<sup>15</sup>

Respecto al abuso sexual existen características del ámbito familiar que pueden contribuir a él; algunas de éstas son: el aislamiento social, la confusión de roles, temor al abandono, conflictos maritales, supervivencia deficiente y problemas de personalidad de los padres.

Se ha podido concluir que las principales razones de maltrato infantil son: la historia de violencia de los padres, su escasa edad, el mal uso del poder dentro de las relaciones por la ideología patriarcal, el aislamiento social de la familia y los conceptos autoritarios de crianza hacia el menor.

El problema del maltrato infantil es complejo y guarda una relación extensa con un sinnúmero de variables. No obstante se pueden identificar ciertos aspectos situacionales que definen población de alto riesgo en términos de ser, potencialmente, objeto de maltrato:

- Nivel de escolaridad bajo
- Estrato social bajo o medio bajo

- Situación económica precaria (insatisfacción de necesidades sociales básicas o de primer orden)
- Hogares reconstruidos
- Dificultades de las instituciones para prevenir, investigar y brindar asistencia para el maltrato infantil
- Permisividad de las formas culturales en torno al castigo como una medida correctiva del comportamiento
- El consumo de drogas puede ser una causa o consecuencia del maltrato infantil

## CAPÍTULO IV

### TIPOS DE MALTRATO Y SUS CONSECUENCIAS

Existe la posibilidad de observar diferentes tipos de maltrato a menores que pueden expresarse de múltiples formas de severidad y consecuencias variables. También es factible la combinación de estos en un mismo niño. (Ver Figura 4)

#### **Clasificación de maltrato según diferentes autores**

*Loredo:* maltrato o agresión física, abuso sexual, fenómeno de privación, formas poco comunes: abuso fetal, abuso de tipo ritual o religioso, niños de la guerra y de la calle.

*Martínez:* físico, sexual, privación afectiva, descuido.

*Claussen:* físico, psicológico, negligencia.

*Suárez:* físico, psicológico, social.

*Milling:* físico, abuso sexual, abuso psicológico, negligencia.

*Gulotta:* agresión física, perturbación y violencia sexual, negligencia en cuanto a alimentación, salud y protección, violencia psicológica, abandono físico, abandono emocional.

*Kempe:* violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual.

### 1) Maltrato Físico:

Es el tipo de maltrato que más se ha registrado.<sup>7</sup> Gil y Gulotta, lo definen como el uso intencional, nunca accidental de la fuerza física, o los actos de omisión también intencionales por parte de un progenitor o persona a cargo en interacción con el niño, con el propósito de lastimarlo o injurarlo.

La manera como este tipo de niños son agredidos, ocurre mediante golpes o quemaduras. Ambos tipos de lesiones pueden tener diversos mecanismos y, con relativa frecuencia, quizá se encuentren asociados.

Habitualmente las manifestaciones más graves del síndrome, se descubren en los servicios de urgencias. Sin embargo, no debe olvidarse la posibilidad de que los niños puedan ser atendidos inicialmente en otros servicios de un hospital. Los golpes son aplicados por cualquier objeto; de ahí que haya una diversidad de elementos o instrumentos con los cuales son lesionados los niños.

La explicación de este fenómeno, radica en que el episodio del maltrato sucede en un momento crítico, de tal suerte que el agresor utiliza lo que tiene a la mano, incluso la mano misma; también proporciona puntapiés, o bien, azota al menor contra las paredes o el suelo. Kempe describe un conjunto de síntomas para esta entidad cuyos aspectos más frecuentes son:

- Edad inferior a los 3 años
- Salud y desarrollo por debajo de lo normal (peso, talla, perímetro cefálico)
- Evidencia de negligencia en el cuidado (suciedad, desnutrición, diversos tipos de contusiones visibles)
- Marcada discrepancia entre hallazgos clínicos y datos explicativos de los padres
- No aparición de nuevas lesiones una vez hospitalizados
- Hematoma subdural
- Fracturas múltiples en diferentes estadios de curación

### ***Sintomatología del niño***

Por lo general, son niños sumisos a los deseos de sus padres, asustadizos, tímidos y tratan de pasar inadvertidos; les faltan todas las condiciones óptimas para un correcto aprendizaje y, por tanto, tienen dificultades escolares (se niegan la posibilidad de explorar y explotar su entorno), aceptan pasivos y obedientes todo cuanto les suceda. Parecen estóicos, necesitan mucho tiempo para tomar confianza y expresar sentimientos reales de furia y resentimiento.

Sin embargo, no todos los niños maltratados son dóciles y ansiosos por agradar; una cuarta parte de los de menor edad son negativistas, agresivos y con frecuencia hiperactivos, muy difíciles de manejar y generalmente rechazados en jardines y grupos de juego.

Con respecto a la edad, el maltrato físico se presenta en todas las edades, sin embargo, en aquellos niños que requieren de mayor cuidado y protección por parte del adulto, es más frecuente. Dicho grupo esta formado por: recién nacidos, lactantes menores y preescolares. (Ver Figura 5)

En relación con el sexo del niño, no se ha encontrado que exista predominio marcado por uno u otro sexo si se analiza de manera aislada. (Ver Figura 6)

### ***Diagnóstico***

Los tipos de lesiones que suelen presentar estos niños son muy variados y comprenden desde contusiones en cara o en diversas partes del cuerpo hasta fracturas de grado, intensidad y localización variables.

Las regiones del cuerpo más dañadas son cráneo y extremidades; con menos frecuencia las lesiones se localizan en tórax y abdomen.

El diagnóstico debe sospecharse ante lesiones no explicadas o mal explicadas, determinadas contusiones, quemaduras y cicatrices que son patognomónicas, así como hematomas subdurales que no aparecen espontáneamente, ruptura visceral e ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara.

Dentro de las lesiones cutáneas, las características de intencionalidad tienen su localización en: partes altas de los brazos, tronco, parte anterior de la pierna, lados de la cara, orejas, cuello, genitales y glúteos.

El tipo y la presencia de lesiones múltiples en edades diferentes como las equimosis observadas en cara, son extraordinariamente sospechosas; también el instrumento de la lesión (cinturón, lazo, cadena, plancha, etc.) debe considerarse, ya que frecuentemente deja una huella delatora.

Los hallazgos radiológicos de fracturas astilladas, o de múltiples lesiones óseas en diferentes estadios de curación que implican traumatismos de repetición, son típicos de maltrato. Además, dichas fracturas se localizan en zonas poco comunes como vértebras lumbares, costillas, pelvis, etcétera, esto debido a que se originan a causa de los puntapiés propinados durante la crisis de ira del agresor.

La exploración rutinaria del fondo de ojo, es obligada en esta clase de niños, ya que un traumatismo ocular que ocasiona derrame sanguíneo, puede complicarse con un proceso infeccioso intracraneal. La presencia de alguna manifestación neurológica puede ser la secuela de daño en el sistema nervioso central.

Las quemaduras, constituyen el segundo tipo de lesión en estos niños; su tipo y localización, ayuda a distinguir entre las accidentales y las intencionales; los glúteos, el perineo, los genitales, las palmas de las manos y pies, así como las quemaduras con bordes netamente limitados, distribución en calcetín o guantes, espesor completo, formas simétricas, descuidadas e infectadas, sugieren intencionalidad.

Las quemaduras pueden ser ocasionadas por diversos mecanismos tales como: cigarrillos, líquidos hirviendo, fuego, cerillos y plancha caliente. La existencia de infección en las áreas quemadas y la asociación con otro tipo de lesiones son hallazgos muy frecuentes.

En la actualidad, la intensidad de las lesiones se clasifica en cuatro grados, tomando como base el sitio donde pueden atenderse:

Grado 1.- en el hogar

Grado 2.- atención primaria en el hospital y recuperación en casa

Grado 3.- hospitalización hasta no alcanzar la total recuperación

Grado 4.- que causan la muerte

La estancia hospitalaria del niño depende del tipo de lesión, su magnitud y las complicaciones que presente.

Cabe mencionar que el motivo más importante por el que se prolonga su estancia es que frecuentemente son abandonados por completo y si ellos cursan con daño neurológico es muy difícil que los acepten en casas cuna o en hogares sustitutos.

## ***Diagnóstico Diferencial***

Dentro del contexto del diagnóstico de estos casos, el médico debe considerar los siguientes rasgos de comportamiento del niño para sospechar o diagnosticar que éste es víctima de maltrato:

- a) El niño es pasivo y evita enfrentarse a los padres aún con la mirada
- b) Es muy irritable, agresivo e hiperactivo
- c) Asume un papel de sobreprotegido con los padres.

Asimismo debe considerarse la conducta de los padres o del adulto que atiende al menor. El excesivo cuidado o la aparente sobreprotección de los padres hacia un niño que tiene estigmas de maltrato o que rara vez demuestran rechazo al menor delante del médico, debe ser considerado como una farsa.

Con la historia clínica completa, es factible obtener el diagnóstico de sospecha e incluso el de certeza, sin embargo, quizá el médico encuentre que el procedimiento descrito no basta para establecerlo y tenga que emplear estudios de gabinete y laboratorio.

Especialmente en este tipo de maltrato, existe la necesidad de establecer diagnóstico diferencial con:

1.- Enfermedades óseas (escorbuto, raquitismo, osteogénesis imperfecta tardía, hiperostosis cortical infantil)

2.- Enfermedades infecciosas (síndrome de Torchs)

3.- Defectos en la coagulación (hemofilia, púrpura trombocitopénica, hipoprotrombinemia)

4.- Traumatismos accidentales

## 2) Abuso Sexual (AS):

La respuesta sexual en el ser humano existe desde los primeros momentos del desarrollo; por lo tanto la búsqueda de contactos físicos (no necesariamente sexuales entendidos desde el mundo adulto) existe, ya que además de una fuente de placer, es también una necesidad del ser humano y una de las partes de conformación de la autoestima, el sentimiento de aceptación y de seguridad.<sup>3</sup>

Sin embargo para los niños, el identificar los límites de su cuerpo y el de los otros, es algo muy difuso, por lo tanto la búsqueda de sensaciones físicas placenteras así como la curiosidad en relación con los otros cuerpos se da de manera espontánea.

Kempe define el abuso sexual como: la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado.

Abuso Sexual es la serie de contactos entre un niño y un adulto en los que el primero es utilizado para la estimulación sexual del segundo, teniendo repercusiones médicas, psicológicas, legales y sociales.

Dicho abuso puede presentarse bajo formas diversas tales como el contacto físico, la obligación para realizar posturas, exhibicionismo y la realización de actos sexuales.<sup>18</sup>

Para González, es todo acto ejecutado por un adolescente o adulto que se vale de un niño para estimularse o gratificarse sexualmente y que el menor de edad no está en capacidad de comprender cabalmente, por su nivel de desarrollo, por lo tanto, de consentir (1993).<sup>3</sup>

Para entender mejor esta definición se puede desglosar en tres partes: 1) El primer elemento es la diferencia de edad entre el agresor y la víctima, donde se utiliza la posición de autoridad y de poder que se le otorga socialmente al adulto frente al niño, en la mayoría de los casos la confianza y dependencia; 2) Conducta con un contenido sexual impuesto que contempla una variedad de manifestaciones: a) las que no implican contacto físico con el niño: violencia verbal con contenido sexual, exhibicionismo, espiar al niño, forzar a ver pornografía o actos sexuales, b) las que involucran contacto: tocamientos, besos del mundo adulto, acto sexual sin coito y violación, c) las actitudes que propician el abuso sexual: pornografía, prostitución; 3) El niño no está en capacidad de entender cabalmente. No existe la madurez ni el desarrollo cognitivo para entender la agresión.

La definición que establece el National Center For Child Abuse and Neglect, señala el problema como: contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando se emplea al primero para la estimulación sexual del perpetrador o de otra persona.

Schechter y colaboradores propusieron que se debe entender como abuso sexual aquella actividad en que se ven envueltos niños o adolescentes que no han entendido las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual y que por lo tanto, no pueden otorgar un consentimiento racional a los adultos.

Es importante determinar claramente cuáles son las diferentes maneras de agresión sexual; hoy en día se acepta que estas pueden ser: a) violación; b) incesto; c) agresión indecente, y d) fomentar la prostitución.<sup>12</sup> (Ver Figura 7)

Su tipificación se lleva a cabo mediante ciertos criterios: el uso de la violencia o el engaño para obtener el contacto sexual, la persuasión o el ejercicio del poder para lograr la aceptación de la propuesta sexual por parte del menor y la repercusión de dicho acto sobre la conducta y la adaptación social del niño.

Se debe señalar que el término de AS, implica la existencia de un episodio traumático, sin embargo, existen casos y situaciones en que la violencia no ocurre y por el contrario hay manipulación gentil, besos y exhibicionismo por parte del agresor.

### ***Características del Agresor***

El AS puede ser intra o extrafamiliar. Pierce y colaboradores encontraron que cualquier miembro de la familia excepto los abuelos, puede ser el agresor.

Peters<sup>12</sup> precisa que los adultos que abusan de los niños, en la mayoría de los casos son personas de inteligencia normal y no psicóticos, aunque pueden tener un desorden en su personalidad y ser pasivo-agresivos con sentimientos de inferioridad e importante dependencia.

Dentro de la dinámica familiar anormal, la madre funciona como un agresor pasivo, ya que a pesar de conocer la agresión, la tolera e inclusive en algunos caso la favorece; asimismo casi nunca desarrolla su función como pareja del sexo opuesto.

La mayoría de las víctimas, ha sufrido más de un ataque sexual, por lo que, es muy difícil precisar el tiempo que ha transcurrido desde el inicio hasta el descubrimiento del problema, esto se debe a que el agresor utiliza diversos procedimientos para que se perpetúe la agresión, utilizando la seducción, el chantaje, el soborno, la mentira, los premios, la violencia física, las amenazas y el terrorismo psicológico.

***Factores de riesgo de abuso sexual:***

- pertenecer al sexo femenino (Ver Figura 8)
- ser preadolescente o adolescente joven
- tener padrastro o convivir con él
- no vivir con los padres biológicos
- tener una madre con daño psicológico
- habitar en un lugar donde presencie riñas
- convivir con drogadictos o alcohólicos
- asistir a la guardería

Mención especial debe hacerse sobre los niños que desde temprana edad son atendidos en guarderías.

En los últimos años se ha enfatizado el abuso que sufren los menores en estos lugares o en los centros de atención para lactantes y preescolares. Según los reportes estadísticos, la violación aparece desde los 10 meses de edad.

### ***Cuadro Clínico***

Este se conforma de diversos datos: a) signos y síntomas locales generados por el tipo de AS sufrido; b) manifestaciones orgánicas y emocionales secundarias al estado de tensión emocional en que se encuentra el menor como consecuencia de la experiencia tenida, y c) embarazo o aparición de fenómenos infectocontagiosos.

En cuanto al primer aspecto deben buscarse: lesiones en el área genital que aparecen de forma brusca, presencia de sangre durante la micción, defecación o en la ropa interior, dificultad para caminar, disuria, hematuria, dolor al evacuar y estreñimiento.

En el segundo grupo quedan incluidos los siguientes datos: cuando un niño proporciona la historia detallada de un encuentro

sexual con un adulto, cuando en sus juegos o en su conversación se nota que ha estado expuesto a experiencias sexuales, así como el exceso de curiosidad sexual o alguna forma de masturbación. Manifestaciones emocionales como la aparición reciente de pesadillas, fobias, decir mentiras, y ausentarse de la escuela sin permiso (en el caso de los adolescentes), aislamiento social y súbito descenso en el rendimiento escolar.

El tercer grupo de alteraciones consiste en la existencia de un proceso infectocontagioso de tipo venéreo, o bien un embarazo no previsto.

### ***Diagnóstico***

El problema de abuso sexual en México es vigente y requiere de un alto índice de sospecha por parte del médico para establecer el diagnóstico, que se basa en la historia clínica y el estudio de genitales.

Con respecto a la exploración física de un niño que ha sufrido AS, ésta debe ser completa y no solamente dedicada al área genital o anal.

Con frecuencia los pacientes han sufrido lesiones en diferentes partes del cuerpo, por lo que es obligatorio determinar la existencia de lesión neurológica, ocular o en otras partes del organismo.<sup>12</sup>

### ***Exploración en Mujeres:***

Como parte de ella es necesario establecer: a) el grado de maduración sexual; b) en el examen de genitales femeninos, las lesiones que puedan observarse dependerán de la edad y el desarrollo de la niña así como de la naturaleza de la agresión. El mayor grado de lesión se encuentra si ha habido penetración. La exploración interna ha de realizarse si se sospecha de lesión vaginal, o bien si la paciente está en edad de soportar una exploración de este tipo; c) en general las niñas pequeñas se examinan en posición supina con las rodillas dobladas y hacia el tórax, y las adolescentes en posición ginecológica por ser más cómodo para ellas; normalmente se observa el himen perforado en la región central; d) la presencia de lesiones agudas en el área genital como contusión, petequias, equimosis y edema localizado, son fáciles de detectar y permiten suponer abuso sexual; e) la presencia de hiperemia puede ser resultado de irritación,

inflamación, abrasión o de cambios de vascularidad; f) la descarga vaginal es importante ya que puede referir un problema infeccioso.

### ***Exploración en Varones***

En general es menos reveladora que en las niñas, sobre todo si el abuso se da de forma crónica. En la fase aguda se observan mordeduras o excoriaciones del pene; otro dato importante es que los niños que sufren abuso crónico presentan erección sostenida durante la exploración.

Se realiza exploración anal ya que los cambios en esta área son encontrados con más frecuencia en varones; los cambios que puedan hallarse dependerán de las características del objeto introducido, de la frecuencia del acto, de la edad del menor, del empleo de lubricantes, etc.

Las cicatrices y fisuras así como la pérdida del tono del esfínter anal, generalmente significan cronicidad.

### 3) Fenómeno de Deprivación:

El descuido y la falta de atención, así como el abuso emocional pueden conllevar a modos de maltrato tan profundos e incluso con efectos tan graves o más que los mismos del traumatismo físico.

Durante los últimos 10 ó 20 años, se ha considerado que abusar del menor no sólo consiste en golpearlo físicamente, sino que abarca una serie de hechos destructivos, que lesionan el bienestar físico, emocional, social y cognoscitivo del niño.

No existe una definición completa del término, sin embargo, se dice que tiene lugar la deprivación infantil cuando las personas responsables de cubrir las necesidades básicas afectivas y/o alimentarias del niño no las llevan a cabo.

*Deprivación emocional:* Gobarino señala que la conducta se considera psicológicamente abusiva cuando lleva un mensaje específico, para esa cultura, de rechazo o altera un proceso psicológico socialmente importante como el desarrollo positivo del YO.

Loredo identificó 5 tipos de maltrato psicológico que son:

a) rechazo; que implica conductas que indican abandono, como el no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño.

b) terror; que significa amenazar al niño, imponiéndole castigos vagos o extremos con lo que se crea un ambiente impredecible al utilizar técnicas de amedrentamiento.

c) indiferencia; que constituye la falta de disponibilidad psicológica de los padres.

d) aislamiento; con lo que los padres evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa.

e) corrupción; por medio de la cual los padres socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada.

*Deprivación Nutricional:* es una forma de maltrato de las menos estudiadas.<sup>7</sup>

Se define como la no disponibilidad, consumo o aprovechamiento de alimentos lo cual origina desnutrición.<sup>12</sup> Se da en pacientes con grado II o III de desnutrición que refieren peso normal en el nacimiento y ausencia de patología aparente asociada al desarrollo de la desnutrición.

*Síndrome de Deprivación Social:* comprende susceptibilidad acentuada a todo tipo de agresiones (físicas, biológicas, económicas, afectivas o sociales); distorsión emocional; bajo rendimiento intelectual debido a los factores socioculturales y afectivos que lo determinan y lo acompañan.<sup>12</sup>

### ***Características del Entorno Social y Familiar***

Newberger señala que en relación con la conducta de los padres agresores, el elemento esencial en el abuso del niño no es la intención de destruir al menor, sino más bien la incapacidad del padre para criar a su hijo.

McCord clasificó a las familias en 4 tipos: 1) padres rechazantes: los que tenían disgustos con el niño; 2) padres descuidados: los que presentan poco interés o compromiso emocional con el niño; 3) padres abusivos: los que abusan físicamente del niño; 4) padres amorosos: los que presentaban intenciones de apoyo, carentes de crítica y con verdadero interés acerca del bienestar del niño.

Los padres negligentes son más descuidados y presentan menos interacción social con sus hijos.

## ***Diagnóstico***

El abuso emocional es difícil de probar, el criterio para su diagnóstico es una severa psicopatología del niño, generalmente diagnosticado por un psiquiatra, acompañada de la negación reiterada de los padres para someter al niño al tratamiento.

El maltrato psicológico se inicia en la lactancia y tiene un efecto espiral negativo en el desarrollo psicológico, emocional y social de estos individuos.

Las fallas en el desarrollo de estos niños se pueden expresar como: afecto aplanado, incapacidad para experimentar placer, desorganización, hipervigilancia, cuidado y vínculo inseguro, desnutrición de grado variable, llanto constante, síndrome de retraso de desarrollo y mirada vigilante.

Además los pequeños se presentan a la edad escolar con baja autoestima, depresión, antisociabilidad, agresión hacia compañeros y adultos por falta de aceptación, mal funcionamiento cognoscitivo y académico.

Son incapaces de tomar riesgos y ser dueños de sus emociones ante un mundo altamente agresivo para ellos.

El abuso emocional puede condicionar sentimientos de confusión y desesperación.

Los criterios diagnósticos para mostrar intencionalidad en el maltrato nutricional aún no están bien esclarecidos, la única forma de clasificación documentada son las desnutriciones en las que no existe falla orgánica evidente. <sup>7</sup>

#### 4) Formas Poco Comunes:

##### **A) Abuso fetal:**

“El niño, por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada antes y después del nacimiento”.

Cualquier acción que la madre realice durante la gestación como: exposición a medicamentos, consumo de alcohol, tabaco o drogas, intentar el aborto, exponerse a radiación ionizante, concentraciones altas de mercurio, pesticidas, etc., y que dañe al producto, es considerado como abuso fetal.

##### **B) Síndrome de Munchausen:**

Es una variedad de maltrato en la que un adulto, mediante la falsificación de datos clínicos simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere atención médica. La existencia de dichos síntomas obliga al médico a pensar en enfermedades poco comunes, a realizar estudios y procedimientos de diagnóstico complejos, o bien a ensayar tratamientos diversos y prolongados.

***C) Ritualismo:***

En este caso el menor es víctima de sadismo y perversidad, bajo los efectos de alcohol y/o drogas, en medio de sesiones que se asocian a cultos satánicos o religiosos en donde predomina la pornografía. Los abusadores se visten con batas o ropas poco usuales y usan máscaras, además pueden hacer uso de sustancias estimulantes.

***D) Niños de la calle:***

Son aquellos niños que no tienen hogar, ni familiares que los reclamen, viven en la calle o en instituciones especiales de las que después tratan de huir.

Niños en la calle: tienen hogar o familia pero deciden por diversas razones vivir en la calle en donde piensan que podrán expresarse como ellos quieren.

## **Consecuencias**

Existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo biopsicosocial del niño.

Las consecuencias del maltrato infantil, impactan sobre todo en dos planos: el del aprendizaje, y el de la personalidad; mientras que a nivel social, dicho maltrato se sitúa como el principal fenómeno desencadenante de la fuga del hogar, (los niños creen que así se resolverá su situación) que repercute en el incremento de niños de la calle, quienes casi siempre son explotados por adultos que no tienen ocupación y viven de maltratar y abusar de los niños; y en el aumento considerable de casos de farmacodependencia y delincuencia.

Las huellas psicológicas que el maltrato deja en el menor se manifiestan cuando es padre, ya que los hijos maltratados cuando son adultos se transforman en padres maltratadores. Mientras más temprana sea la etapa en que se presenta el maltrato, más graves serán sus consecuencias psicológicas.

El resultado de esto son niños con muy baja autoestima, inseguros, temerosos, que no se sienten capaces de ser amados;

pequeños inhibidos y a la vez agresivos. Al llegar a la adolescencia se acentúan todas las características descritas.

Cuando el niño maltratado crece y, llegado el momento se relaciona con una pareja, busca en el otro la satisfacción de todo aquello que no tuvo.

Agustín Palomares, asevera que "el niño maltratado no tiene la noción del presente y del pasado, no puede recordar aún las cosas más elementales, y acusa deficiencias intelectuales de todo tipo".<sup>2</sup>

a) Maltrato Físico: El niño que sufre éste tipo de maltrato no distingue correctamente las características esenciales y diferenciales de lo que le rodea ni calibra claramente el sentido de lo que ocurre en su entorno, de esa manera se distorsiona o se anula su capacidad para formarse ideas objetivas. Como resultado de esto pierde paulatinamente el sentido de la realidad y se sitúa por completo al margen de ella.

El niño se muestra incapaz de entender y aprender, y al mismo tiempo evidencia una progresiva tendencia a deformar conceptualmente la imagen real de lo que ve, escucha y siente y,

finalmente se empobrecen seriamente sus funciones naturales de percepción. Eso hace que se deformen las representaciones mentales de sus padres, de las personas que le rodean y, lo que es más grave, de él mismo.

La conjunción y la interrelación de todos estos factores, y su agravamiento progresivo, hacen que el niño termine por aceptar la imagen que de él tienen sus padres; cree que en realidad merece ser castigado por que es malo o por que no actúa correctamente, y eso promueve en él una actitud permanente de inseguridad, hostilidad, desconfianza y temor.

Se convierte en un ser inmaduro, hostil y temeroso; piensa que nadie lo quiere, que es incapaz de ganarse el afecto de los demás y que tiene la culpa de lo que sucede. Se va transformando paulatinamente en un ser resentido, desinteresado e indolente.

Está seguro de que jamás será aceptado por la gente, y eso le despierta un agudo deseo de venganza contra quienes le rodean y contra toda la sociedad.

b) Abuso Sexual: Cualquiera que sea su forma, por ser peculiarmente victimizante, puede provocar en el niño secuelas diversas: cuadros psicopatológicos, problemas de ajuste

sexual en la adultez o conflictos interpersonales serios. Los niños sufren emocionalmente no sólo por el daño que se les inflige, sino también por la reacción que tengan sus padres. La agresión causa el mismo impacto emocional y probablemente un daño físico evidente en ambos sexos.

Los niños que han sufrido abuso sexual manifiestan gran temor y ansiedad, sufren trastornos en su ritmo de la alimentación y sueño, padecen insomnio y tienen pesadillas frecuentes. Son pequeños que sienten a la vez culpa y enojo; su autoestima se deteriora de manera notable y se tornan muy desconfiados. Son chicos que quedan muy lastimados y llegan a presentar altos índices de depresión y de intentos suicidas. Esto afecta su relación con los adultos e incluso con los demás niños.

El abuso sexual deja una huella grave en el desarrollo psicosexual del niño, en su identidad de género y en su futura capacidad para la intimidad sexual.

En 1984 Finkelhor y Brown (citados por Lewis en 1991) identificaron cuatro consecuencias psicológicas de éste tipo de abuso:

- 1.- Sexualidad alterada, provocada por una actividad sexual

prematura que provoca en el menor una gran confusión en la identificación psicosexual así como una desviación de los patrones de condición sexual.

2.- Sentimientos de impotencia, desesperanza, miedo y ansiedad.

3.- Vergüenza, ya que el niño que ha sufrido abuso sexual es culpado por lo que le sucedió (con frecuencia lo acusan los mismos miembros de su familia), lo que contribuye a deteriorar su autoestima.

4.- Sentimientos de traición como resultado de la desilusión que le provoca la acción inesperada de una persona de la que esperaba amor y protección.

c) Fenómeno de deprivación : Es importante el amor, la comprensión, la atención y seguridad que los padres proporcionan al niño. Sin embargo, se deben dar sin exageraciones, ya que la sobreprotección genera miedo e inseguridad en el niño, quien se vuelve incapaz de enfrentarse a sus problemas, y prefiere evadirlos. La desatención la frialdad y la agresión son altamente destructivas para el niño pues le impide adquirir seguridad en sí mismo. Si no se le proporciona suficiente cariño y apoyo, el pequeño empezará a funcionar mal; será un mal estudiante, debido a que nadie le pone atención, o por que las agresiones lo han bloqueado.

Pero también es posible que asuma una actitud obsesiva hacia el estudio, para obtener el reconocimiento de sus mayores. Puede presentar marcadas alteraciones de conducta: ser retrasado, agresivo, miedoso, o puede asimismo robar, destruir o mentir para llamar la atención.

## **CAPÍTULO V**

### **ASPECTOS JURÍDICOS**

El niño además de ser un miembro de su familia es un ciudadano en potencia, por ello el Estado debe vigilar que desempeñe su puesto conforme a las exigencias de su tiempo.<sup>8</sup> Cuando el bien común se ve amenazado por la injuria o la negligencia de algunos padres, el Estado puede obligarlos a hacer por sus hijos lo que exige el bien común.

La ley reconoce la autonomía paterna como un derecho fundamental; los padres o tutores tienen el derecho de dirigir la crianza y la educación de sus hijos conforme a su conciencia y ni el Estado ni poder alguno en el mundo puede imponer a los padres una manera de pensar.

El apoyo que otorga la ley estatal a los padres, deriva de las creencias culturales, que conciben el castigo físico no sólo como un método necesario de disciplina, sino también como una práctica positiva encaminada a producir buenos ciudadanos.<sup>5</sup>

Los padres como uno de los atributos de la Patria Potestad, poseen el derecho de corrección que les otorga amplias

facultades para disciplinar a sus hijos. Este derecho consiste en la posibilidad de utilizar castigos físicos moderados con el fin de corregir o disciplinar a los hijos legítimos, legitimados, naturales, reconocidos y adoptivos, en tanto no estén emancipados. Este recurso con frecuencia es empleado más que como un método disciplinario, como un medio para la suspensión o el inicio de alguna conducta particular del menor y está sujeto a la experiencia y el estado emocional del agresor.

A pesar de que los derechos paternos están establecidos de manera explícita por la ley, no quedan claros sus límites. Los niños poseen derechos por ley y en ocasiones estos derechos pueden limitar el ejercicio de la autoridad paterna.

Por otro lado, los derechos de los niños pueden también ser limitados por las prerrogativas legales paternas.

Aunque tanto los menores como los adultos se encuentran protegidos por la Constitución y ambos poseen derechos constitucionales, la ley no define con claridad cuándo se pueden sobreponer los derechos de los niños a los derechos de los padres y viceversa.

Las leyes que abordan el problema del maltrato en México entran en contradicciones mutuas. Por ejemplo: Art. 4 de la Constitución, Art.294 y 295 del Código Penal para el D.F.

Para toda la República, con excepción del Distrito Federal y el estado de Morelos, la visión maltratadora de la sociedad actúa sobre la infancia con base en leyes de menores infractores que permiten detener a cualquier niño simplemente si se presume que puede desarrollar una conducta peligrosa para sí mismo, para su familia o para la sociedad.

Por otra parte, resulta sorprendente que dos faltas severas a la Constitución no sean consideradas causales expresas para la detención de los menores en ningún estado de la República: 1) el no asistir a la escuela primaria, la cual es obligatoria en este país (art. tercero), y 2) el trabajar antes de los 14 años de edad (art. 123 ).

La protección jurídica de los menores, tiene en el caso de que éstos sean víctimas de cualquier tipo de maltrato, las siguientes finalidades:

- Evitar que se sigan causando daños al menor.

Por medio de las instituciones encaminadas a la protección de los niños maltratados, que proveen tratamiento para hijos y padres y procuran albergue a los niños que han sido removidos de sus hogares.

- Colocar al menor bajo la protección de las instituciones públicas, sustrayéndolo de ser necesario del influjo pernicioso de sus agresores.

La decisión de enviar al niño a un albergue o dejarlo en su propio hogar no se basa en criterios claramente definidos. La resolución sigue un proceso meramente administrativo y recae en el Procurador de la Defensa del Menor.

Siempre es necesario recordar que la opción de separar a los niños de sus hogares o del hogar de sus familiares podría tener efectos más negativos que positivos, debido a que la estructura familiar y los lazos padres e hijos son especialmente fuertes en nuestro país.

- Resolver sobre la custodia, tutela, patria potestad y pensión alimentaria en beneficio del menor.

El art. 444 fracción III del Código Civil habla de los casos en que se pierde la patria potestad.

- Resolver sobre el pago de daños y perjuicios a favor del menor

- Decidir la responsabilidad penal de los agresores.

Más que buscar el castigo del agresor, debe procurarse su orientación, su reeducación o su tratamiento psiquiátrico.<sup>13</sup> En la actualidad se ubica jurídicamente al agresor dentro del contexto político, sociocultural, educativo, psicológico y económico que le corresponde. Es importante señalar que la muerte de un paciente en los casos de maltrato es factible, y por tanto, la condición jurídica del agresor se modifica sustancialmente, ya que el agresor se convierte en homicida.

Los médicos que ponen en conocimiento de las autoridades penales el maltrato a los niños que en sus hospitales reciben, después de que han confirmado estos datos por medio de trabajadores sociales, radiografías y juicios médicos, cumplen con un deber profesional de evidente interés público, puesto que

tiende a evitar la repetición de agresiones peligrosas que pueden culminar, como en ocasiones ha ocurrido, con la muerte del menor indefenso.

La conducta de los médicos carece de dolo a la luz del Art. Noveno del Código Penal.

El Art. 357, relativo a la calumnia, define la situación estableciendo, que no se castigará como calumniador a quien lo hizo, si se comprobara plenamente haber tenido causas suficientes para incurrir en el error.

Las denuncias se reciben en la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia durante las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos y días festivos. Se procede a distinguir el tipo de denuncia según su procedencia en: institucional, anónima y confesión voluntaria todas estas son importantes.

La denuncia institucional llega por parte de instituciones médicas, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Departamento del Distrito Federal, escuelas, Centros de Desarrollo de la Comunidad del DIF, centros familiares y otros.

Las vías de comunicación pueden ser telefónicas, escritas o directas. Inmediatamente después de la verificación de la denuncia, se realiza la investigación inicial y cualquier aplicación de estudio socioeconómico. Si esta denuncia no resulta cierta, según lo que indica la verificación, se archiva; pero si el maltrato es real, debe canalizarse a tres áreas: jurídica, médica y social.

En el *área jurídica* se da aviso al Ministerio Público de los casos comprobados de maltrato a menores, se establece el antecedente de quiénes son los padres, tutores o responsables del hijo.

La mayoría de las veces interviene de manera inicial el procurador de la Defensa del Menor; este canaliza el caso a un juez penal sólo cuando el maltrato llega a ser considerado como un episodio de violencia que amerita sanción penal, o a un juez civil si el caso requiere de un juicio de pérdida la patria potestad.

En esta instancia, también se puede abordar lo relacionado a la custodia o tutela del menor, así como lo referente a la persona física o moral a cuyo cargo quedará el niño.

En el *área médica* se asiste al menor cuando requiere atención de esa naturaleza; posteriormente contará con atención integral en la

clínica del niño maltratado, donde se realiza el diagnóstico y la terapia correspondiente.

En el *área social*, cuando el caso denunciado no presenta el diagnóstico de maltrato, se brinda orientación general sobre el asunto. Asimismo, cuando el caso amerite albergue temporal, éste se tramita y cualquier otra coordinación para atender al menor se lleva a cabo.

## CAPÍTULO VI

### INSTITUCIONES DE AYUDA

Desde el principio del decenio de 1980, las reuniones científicas, pediátricas y psiquiátricas han proliferado. Así mismo han aparecido artículos periodísticos en diversos medios de información popular, lo que ha condicionado una mayor sensibilización al respecto, no sólo en la comunidad médica sino en la sociedad en general. La existencia de sociedades civiles y gubernamentales atestigua dicho estado de concienciación. Sin embargo, y a pesar de todo lo anterior, aún no se cuenta con una casuística de incidencia confiable. (Ver Figura 9)

La complejidad implicada en el problema de maltrato infantil, la disparidad de sus causas y la magnitud de sus efectos, han generado grandes preocupaciones a nivel social, político, jurídico, ético y médico, retomadas a través de diversos programas de acción, de organismos, grupos, asociaciones e instituciones, ya sean regionales e internacionales; lo que al parecer ha constituido hasta la actualidad tres vertientes específicas para la atención del maltrato infantil: la línea jurídico – legislativa, la médica y la asistencial.

En éste sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estructuran y determinan las bases conceptuales y metodológicas a seguir en las acciones institucionales correspondientes.

El Dr. Jaime Marcovich, en 1981, organiza en México grupos y acciones para la atención y estudio del maltrato infantil como la Asociación Pro – Derechos de los Niños (PRODEM); posterior a su fallecimiento, el Dr. Loredo Abdalá, organiza un grupo multi e interdisciplinario para la atención del niño maltratado, que son hospitalizados en el INP.

En México el fenómeno de concienciación hacia la comunidad médica y No médica ha permitido la aparición de diferentes instituciones en donde se atiende el asunto.

Las que dependen del gobierno federal y las que son de carácter privado conforman en México el marco de referencia de ésta problemática.<sup>12</sup>

**Instituciones que participan en la atención del niño maltratado en el Distrito Federal.**

<b>TIPO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
<b>Sector salud</b>	<b>Instituto Nacional de Pediatría</b>
	<b>Instituto de Salud Mental (DIF)</b>
	<b>Hospital Infantil Psiquiátrico "Juan N. Navarro A."</b>
	<b>Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"</b>
<b>Sector Gubernamental</b>	<b>Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar. (CAVI)</b>

(Continuación)

TIPO	INSTITUCIÓN
	Comisión Nacional de Derechos Humanos
	Prevención del Maltrato al Menor: PREMAM (DIF)
	Programa Interdisciplinario a Personas Violadas (PIAV) PGJDF.
Asociación Civil	Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil (FICOMI)
	Centro Mexicano para la Atención de los Derechos de la Infancia (CEMEDIN)

(Continuación)

TIPO	INSTITUCIÓN
------	-------------

	Centro de Terapia de Apoyo en Delitos Sexuales.
	Fundación para la Protección de la Niñez, A.C.
	Padres Afectivos, A.C.
	Fundación Mexicana de Reintegración Social, A.C.
	Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual ( AVISE).

Loredo Abdalá , 1994.<sup>12</sup>

Dichas instituciones, han establecido estrategias encaminadas a superar las situaciones que laceran en forma significativa a la niñez, creando sistemas de investigación especializada, evaluación, prevención y tratamiento; encaminadas a la promoción del bienestar social, difusión y divulgación del problema de abuso y maltrato del niño.

- DIF : Acciones con significado jurídico y médico social a través de la Procuraduría del Menor y la Familia y del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).
- INSM : Tiene como responsabilidad "investigar científicamente causas, tratamiento y prevención de las alteraciones de la salud mental de los menores"
- Procuraduría de la Defensa del menor y la Familia: Su función es prestar organizada y permanentemente servicios de asistencia jurídica a la familia, los menores, ancianos y minusválidos sin recursos para la atención de asuntos compatibles con los objetivos del sistema.

Estas dos últimas instituciones, tienen como finalidad general "la investigación y prevención de la problemática del menor sujeto a malos tratos, así como la asistencia jurídica, médica y social en los casos que requieren dicha atención."

Este objetivo específico puede dividirse en objetivos inmediatos, que incluyen valoración del problema del maltrato a menores, orientación de grupos e instituciones que tengan a su cargo a menores de edad, y asesoría y capacitación de los sistemas estatales del DIF en las diferentes entidades federativas.

La organización y los procedimientos de las unidades responsables con respecto a las acciones que el DIF realiza en prevención al maltrato de menores, las sitúa de manera vinculada y simultánea en tres áreas, que son: a) asistencia y rehabilitación, que se encarga de la recepción de denuncias, verificación y detección de los casos, canalización a las áreas jurídica, médica y de trabajo social, b) investigación, y c) prevención.

- Consejo consultivo para las Acciones en Beneficio del menor maltratado: Fue creado en 1983, con el fin de buscar mejores alternativas de solución para éste grave problema de la niñez mexicana. Es un órgano multidisciplinario e interinstitucional, formado por los organismos que integran el sector salud, Secretaría de salud, IMSS, ISSSTE, DIF y DDF, PGR, PGJ del D.F. y Tribunal Superior de justicia del D.F. El sector privado se encuentra representado a través de Junior League, Padres Afectivos, Centro de Rehabilitación e Integración para Invidentes, Cruz roja Mexicana, Cruz Blanca Neutral y Barra Mexicana de abogados.

- La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) participa en la promoción y defensa de la niñez mexicana por lo que elabora y actualiza un directorio de organizaciones dedicadas a la atención de la niñez en el Distrito Federal, y se encarga de realizar numerosas investigaciones, tales como: Estudio sobre el maltrato y abuso sexual del menor y la Cartilla informativa sobre Derechos del Niño. A ésta institución se ha dotado de facultades y atribuciones para la defensa de las garantías individuales, y se halla en posibilidad de:
  - a) Proponer la política nacional en materia de respeto y defensa de los derechos del menor.
  - b) Proponer las reformas, adiciones o nuevos instrumentos jurídicos que se juzguen indispensables en materia de protección y defensa de los derechos humanos del menor ante las instancias competentes.
  - c) Formular programas y proponer acciones que impulsen el cumplimiento dentro del territorio nacional de los tratados, convenios y acuerdos internacionales firmados por México.<sup>12</sup>
  
- Procuraduría General de la República (PGR): Entre otros asuntos se aboca al trabajo jurídico y de observancia legislativa, relacionada con el tema a través de las agencias especializadas de los ministerios públicos.

- Procuraduría General de Justicia (PGJ): Por medio del Centro para la Atención de la Violencia Intrafamiliar (CAVI), se encarga de la recepción de casos de maltrato doméstico. Su programa abarca tratamiento psicológico individual y familiar, y orientación jurídica, para los involucrados.
  
- El Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF): Ha implementado a partir de 1982, un programa específico: Prevención del Maltrato a Menores (PREMAM), que se refuerza a partir de 1986 con la promulgación de la Ley Nacional de Asistencia Social. Dicho programa recibe las denuncias y las investiga por medio de estudios sociales y visitas domiciliarias, brinda tratamientos psicológicos para los niños y sus familiares y canaliza los casos al sector salud para intervenciones médicas o bien, a la PGR para asesorías jurídico – legales cuando así se requiera.
  
- Comisión de Tratamiento y Seguimiento: Tiene como objetivos el tratamiento y seguimiento de los casos de menores maltratados que se detecten, cumplir con las medidas de prevención y abrir un expediente para cada caso, proporciona la terapia que proceda a los niños maltratados y a sus familiares, así como también se ocupa de las cuestiones legales.

Ante la magnitud del problema que significa en el aspecto médico, asistencial y social; el DIFEM (Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México), cumpliendo con su objetivo de brindar atención médico asistencial a grupos de población desprotegida en estado total o parcial de abandono, a partir del 5 de octubre de 1992 integra un grupo multi e interdisciplinario de profesionales (médicos, pediatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, profesores), encargados de la atención inmediata y específica a los niños que son objeto de maltrato físico, abuso sexual, psicológico, abandono o negligencia.

El grupo tiene reuniones semanales con el objeto de determinar las necesidades médicas, asistenciales y sociales que cada niño y su familia presenten, y dar solución a cada una de ellas dentro de las posibilidades y recursos de la institución, dando un seguimiento a su evolución y prevención hasta su resolución parcial o total.

## **CAPÍTULO VII**

### **PAPEL DEL CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL NIÑO MALTRATADO**

La detección de maltrato infantil puede realizarse en los consultorios de pediatría, en las guarderías, en los consultorios externos y en las escuelas.

Los médicos deben ser cuidadosos de que se trate de una injuria no accidental y diagnosticar la negligencia.

El Cirujano Dentista puede encontrar un número importante de niños abusados, un fundamento para esta premisa es el hecho de que los padres abusadores, usualmente no regresan al mismo médico o a la misma sala de emergencias cuando buscan tratamiento para el niño, lo cual no ocurre cuando se considera el tratamiento dental.

## **Diagnóstico Clínico**

El diagnóstico de todo problema clínico, comienza con una buena historia clínica. (Ver cuestionario)

Esto es especialmente válido para el diagnóstico clínico del maltrato y del abandono de niños, dado que la historia puede aumentar significativamente el índice de sospecha del clínico.

Las afirmaciones de un niño en el sentido de que alguien le provocó las lesiones por lo general son ciertas. Esto también vale en el caso de que uno de los padres acusa al otro como causal de los traumatismos del niño. El relato de un testigo ocular de este tipo debe considerarse como altamente creíble a menos que el niño esté involucrado en una batalla por su tenencia, en cuyo caso deberá predominar el escepticismo.

Debemos sospechar mucho cuando uno de los padres no es capaz de explicar o dice no haber advertido una herida evidente.

El informe de heridas autoinfligidas por un niño que todavía no camina es altamente sospechoso, ya que los niños de esa edad son incapaces de herirse a sí mismos.

Los padres que maltratan a sus hijos muchas veces quieren demorar la consulta o bien no acompañarlos para obtener atención médica u odontológica.

*Examen:* La astucia y la buena información del dentista, puede usarse para hacer hallazgos clínicos significativos, ya que el examen de los niños por maltrato o abandono comienza desde que el niño entra en la sala de espera o al consultorio dental. El odontólogo y su equipo obtendrán una impresión general del niño, en aspectos como la higiene, desarrollo y estatura, relación con los padres, adecuación de la vestimenta y el andar.

Como odontólogos no debemos realizar un examen físico completo, (hacer que se desvista el paciente), sin embargo, debemos observar las superficies expuestas de la piel en busca de marcas inusuales o laceraciones. Toda limitación de movimiento del niño puede indicar lesiones más importantes que las que el padre o la madre manifiestan.

Un examen completo y cabal del área craneoorofacial es esencial dado que esas áreas expuestas están con mucha frecuencia afectadas cuando hay maltrato físico.

El examen cuidadoso de la cara, el cuello y la garganta debe hacerse antes de efectuar un examen bucal completo y sistemático.

Lesiones orofaciales: La zona de la cabeza en general, y la cara en particular, resultan afectadas. Esto se debe a dos razones: la primera a que son áreas expuestas y accesibles; y la segunda por que la cabeza de una persona a menudo es considerada como representativa de todo su ser.

Las laceraciones de la mucosa y parte interna del labio superior cerca del frenillo o la separación del labio del reborde alveolar de la encía ocurre en el 45% de los casos informados, según un estudio de Cameron y col.<sup>15</sup>

La rotura de un frenillo en un paciente muy pequeño que todavía no camina, debe despertar sospecha en el sentido de que esa lesión no sea accidental.

Este tipo de lesión puede ser el resultado de un golpe hacia arriba sobre el labio superior, un intento de silenciar a un niño que grita o por el acto de refregar una cuchara o una mamila en el rostro del niño.

Los golpes sobre las mejillas y los costados de la cabeza sugieren golpes o cachetadas, con el puño o con una mano abierta. Si la lesión está más localizada y hay lesiones subyacentes más graves, puede representar que los golpes fueron hechos con un objeto contundente.

Las lesiones de los tejidos blandos (más frecuentemente laceraciones) son las más habituales de la cabeza y cara como lesiones únicas en el maltrato infantil. Las lesiones del labio superior y el frenillo labial superior pueden considerarse como lesiones características en los niños pequeños gravemente maltratados.

Las lesiones orales están poco documentadas a pesar de que la cara es la zona más afectada por el maltrato, esto se debe a que en estos casos, los niños son examinados por médicos. Por ello, el Cirujano Dentista necesita tomar más participación en el examen hospitalario del niño maltratado. (Ver figura 10)

Lesiones de la piel y del tejido subcutáneo: Las lesiones cutáneas son las más frecuentes en los casos de niños maltratados. Estas lesiones incluyen laceraciones, quemaduras, mordidas, magulladuras y marcas inusuales.

Las magulladuras por maltrato se encuentran en lugares atípicos como la espalda, los muslos, el área genital, las nalgas, la cara o la parte posterior de las piernas. Las magulladuras en las mejillas indican que el niño fue abofeteado; con frecuencia pueden hallarse marcas de dedos en esa zona.

Las magulladuras del labio superior, frenillo labial o piso de la boca son causados generalmente por alimentar al niño en forma forzada o impaciente.

Las magulladuras en el cuello, son casi siempre producto de estrangulamiento del niño con la mano o algún implemento. La presencia de magulladuras en los ángulos de la boca pueden ser indicativos de que el niño fue amordazado.

Al considerar las causas de una quemadura, el odontólogo debe tomar en cuenta la edad del niño, la situación física de la quemadura y su grado, en relación con la historia que suministre el padre o la madre.

La profesión odontológica juega un papel importante cuando aparecen marcas de mordeduras en el maltrato a los niños.

Las huellas de mordidas pueden hallarse como lesiones solitarias, indicadores de maltrato infantil o en asociación con traumatismos craneanos graves.

El odontólogo debe ser capaz de reconocer una mordedura humana, sustanciar su importancia, saber como documentarla y ser capaz de relacionar la evidencia para una interpretación completa. Una marca de mordedura humana da generalmente un patrón elíptico u ovoide en la piel.

Las marcas características de los incisivos superiores pueden verse y medirse para saber determinar si la dentadura era temporal o permanente.

Cuando se determina que la mordedura es humana, debe derivarse a un patólogo u odontólogo forense para la evaluación y documentación completa.

Tirar del pelo, forma frecuente de maltrato, resulta indicado por espacios calvos entremezclados con el pelo normal (alopecia traumática).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Lesiones óseas: Son habitualmente fracturas de costillas. Puede dañarse al esqueleto por tirones o empujones .

Lesiones abdominales: Las lesiones intraabdominales son la segunda causa de muerte de niños maltratados.

Lesiones por abuso sexual: El odontólogo no está en situación de diagnosticar las diversas lesiones genitales; sin embargo, los hallazgos bucales pueden indicar abuso sexual. Se ha encontrado penetración en diversos grados.

Estos hallazgos pueden incluir equimosis, petequias o eritema del paladar duro o blando, laceraciones y presencia de semen o pelos púbicos en la boca. Las enfermedades venéreas en la boca son un hallazgo variable en el abuso sexual infantil.

### ***Recolección y documentación de los datos***

Cuando un odontólogo sospecha que una lesión no es de etiología accidental, los hallazgos deben registrarse y documentarse en forma permanente y precisa. Estos hallazgos pueden ser necesarios para presentarlos en una corte judicial. Esto obliga al odontólogo a documentar y recoger las evidencias de las lesiones.

El registro de los datos debe ser permanente, preciso y reproducible. Las técnicas pueden incluir documentación escrita, fotografías, radiografías y modelos de estudio diagnóstico.

Las observaciones escritas en la ficha odontológica del paciente deben hacerse con tinta, contendrán diagramas cuando sea posible y describirán los hallazgos físicos por su número, tipo, tamaño, ubicación y estado. La sospecha de maltrato infantil debe ser mencionada, incluyendo una explicación adecuada que justifique esa sospecha.

### **Tratamiento de las lesiones orofaciales**

El objetivo principal de la detección del maltrato infantil es el de evitar lesiones ulteriores al niño proveyendo los servicios sociales necesarios a la familia.

En casos de trauma grave a la mandíbula, alveolos o tejidos blandos intraorales, será mejor que un cirujano bucal brinde el tratamiento. Las lesiones orales poco comunes serán derivadas a un cirujano bucal.

Las lesiones orofaciales iniciales que acompañan a esos signos y síntomas deben ser tratadas y las derivaciones deben hacerse antes de discutir el tema de maltrato infantil con los padres o tutores, dado que las derivaciones y los controles pueden peligrar si el padre o tutor se siente amenazado.

Cuando el tratamiento esté terminado, el odontólogo debe hablar con el adulto que acompaña al niño sobre cual ha sido el tratamiento efectuado, el pronóstico, el seguimiento necesario y los síntomas de lesiones cefálicas más graves. Una vez que se ha realizado esto, debe discutirse el tema del maltrato del niño.

Las actitudes de los padres o tutores con respecto a la atención odontológica son muchas veces un factor en las decisiones del tratamiento. En los casos en los que se sospecha maltrato infantil, la colaboración de los padres será difícil.

Deberán elegirse las propuestas del tratamiento con mejor pronóstico, por que los procedimientos riesgosos o complicados aumentan las posibilidades de fracaso, y dependen generalmente de un estricto seguimiento y meticulosa observación por los padres.

El odontólogo debe estar familiarizado con el tratamiento de las lesiones traumáticas tanto de la dentición temporal como de la permanente.

### **Denuncia del maltrato y el abandono**

Una vez que el odontólogo observa una lesión sospechosa, su primera e inmediata responsabilidad es la protección del niño. El clínico debe ser discreto para determinar exactamente como ha de proceder. Puede hacer consultas con el médico del niño para ayudarse en la confirmación de la sospecha. Si las lesiones son extensas, será derivado a un hospital donde exista un equipo para la atención del niño maltratado o abandonado.

Aunque sea desagradable y difícil, el odontólogo debe discutir con los padres lo referido al maltrato. La responsabilidad estriba en identificar la dificultad y alertar a los padres sobre la situación presente.

Todos los estados tienen leyes que requieren que los individuos, incluyendo los odontólogos, denuncien todo caso de maltrato o abandono de niños a la agencia estatal especializada.

La mayor parte de los estados designa específicamente a los odontólogos como denunciantes obligados.

Desafortunadamente la mayoría de los dentistas ignora su responsabilidad legal en el reporte de niños maltratados o cuando lo sospecha, son renuentes a hacerlo.

Las razones de ello son:

- Falta de conocimiento
- Miedo a involucrarse legalmente
- Renuencia a enfrentar a los padres
- Miedo a dañar su práctica
- Inseguridad acerca del diagnóstico

Los odontólogos deben familiarizarse con los procedimientos que se deben seguir en su propio estado. Generalmente se requiere un informe escrito dentro de un plazo determinado dentro del informe oral.

Los denunciantes de maltrato a los niños obtienen inmunidad por la ley. Esto protege al denunciante de la responsabilidad civil y criminal si la denuncia se hizo de buena fe.

La falta de denuncia de un caso de maltrato y abandono de un niño puede llevar a sanciones específicas, como se describe en las leyes, pudiendo el odontólogo ser enjuiciado por ello.

Las excusas por falta de evidencia definitiva, miedo de enfrentar a los padres y falta de conocimiento de la obligación de denunciar, no son razones suficientes para omitir la denuncia de lo que se sospecha.

En general el papel del Cirujano Dentista en la identificación y reporte del abuso infantil es:

- Observar y examinar cualquier evidencia sospechosa que pueda ser comprobada en el consultorio dental.
- Reportar, de acuerdo a la ley, cualquier evidencia que pueda ser útil en el caso, incluyendo evidencias físicas y comentarios obtenidos durante las entrevistas o los cuestionarios.
- Permanecer objetivos ante todos los grupos.
- Dar tratamiento a las lesiones orales.
- Establecer y mantener una relación profesional terapéutica con la familia.
- Asegurar al niño cuya vida esta en peligro, y transferirlo a un hospital o a un médico para su correcta atención.

Todo lo anterior puede proveer al Cirujano Dentista de un protocolo para la documentación del abuso infantil.

En la preparación de dicha documentación el Dentista debe saber:

- 1.- Qué es el maltrato infantil
- 2.- Cuáles son los signos más comunes del abuso
- 3.- Qué información legal debe recoger de el niño
- 4.-A quién asistir una vez que se ha confirmado el diagnóstico

## CONCLUSIONES

El maltrato es un "trato" con el mal que ocurre cuando se confunde o se desconoce el bien, lo bueno o la bondad. Es necesario educar a todos los adultos para que sean ellos quienes descubran el bien que son los niños en la familia, en la sociedad y en el mundo.

No todos los pueblos estudian y aceptan esta problemática, que constituye una realidad actual que requiere de toda la capacidad adulta para combatirla y erradicarla.

Es por eso que las profesiones de la salud han tardado en responder según sus responsabilidades en el diagnóstico, tratamiento, denuncia y prevención del maltrato y abandono de niños.

Las responsabilidades del odontólogo pueden ser complejas y llevar tiempo, sin embargo, no es responsabilidad de nosotros probar o investigar el maltrato, sino sólo denunciarlo.

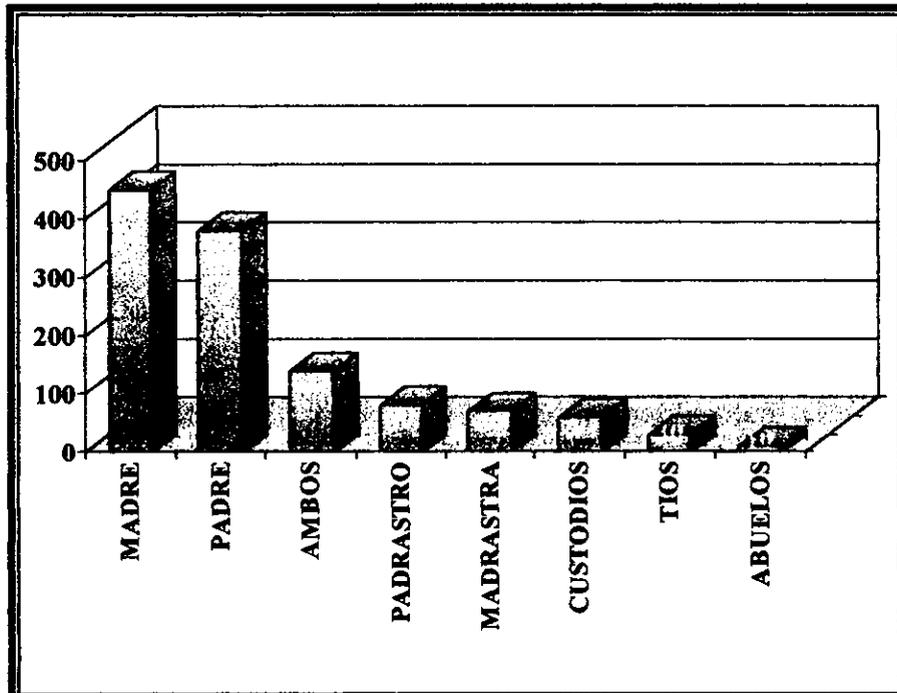
Al mantener una conciencia alerta constante sobre este problema, nosotros podemos aumentar el reconocimiento de casos de maltrato y abandono.

Por último hay que entender y aceptar que la atención integral del fenómeno de maltrato requiere un esfuerzo de la sociedad como un todo. Es decir, todos los miembros que la conforman deben crear una conciencia y una cultura donde los niños merezcan ser respetados.

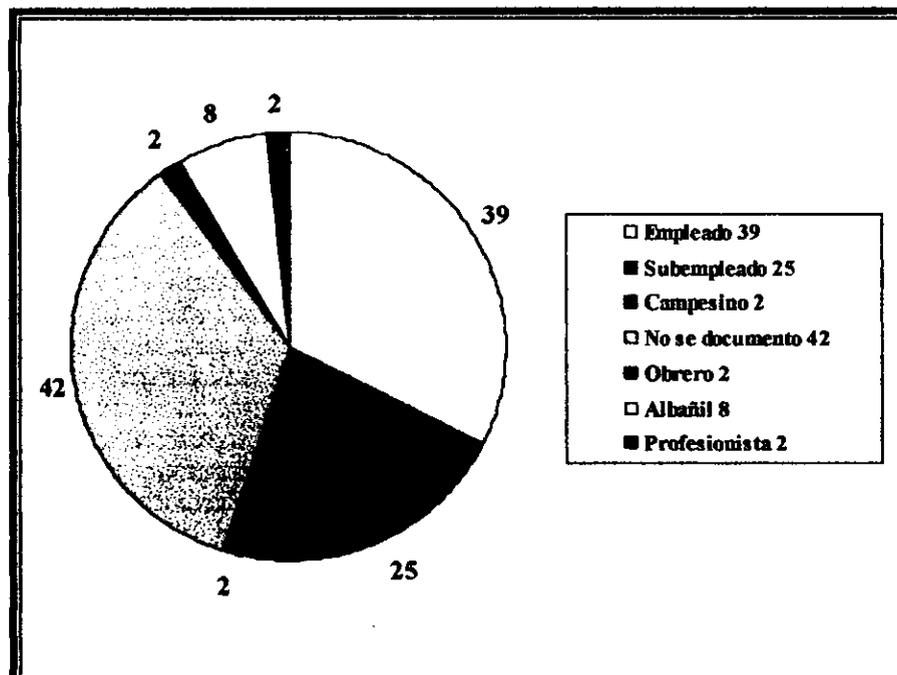
Este es un reto que todos los adultos deben asumir con responsabilidad si se quiere que los niños respondan de igual manera cuando les toque representar el papel de adultos en la vida.

Aunque básicamente el Cirujano Dentista de práctica general tiene una formación profesional enfocada a la atención de pacientes adultos, no debemos olvidar que una gran parte de la población está conformada por niños y que nuestro contacto con ellos va a ser frecuente. Por lo tanto debemos estar preparados para diagnosticar algún tipo de abuso evidente en estos pacientes para poder denunciarlo.

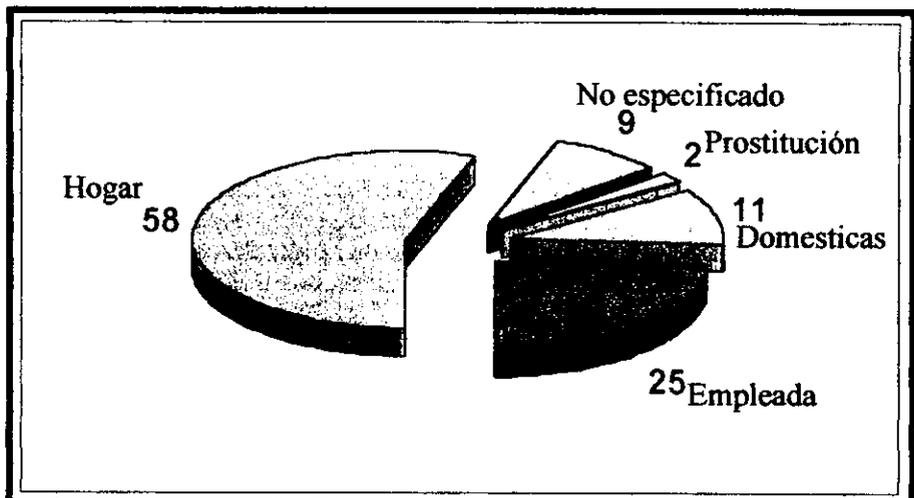
# FIGURAS



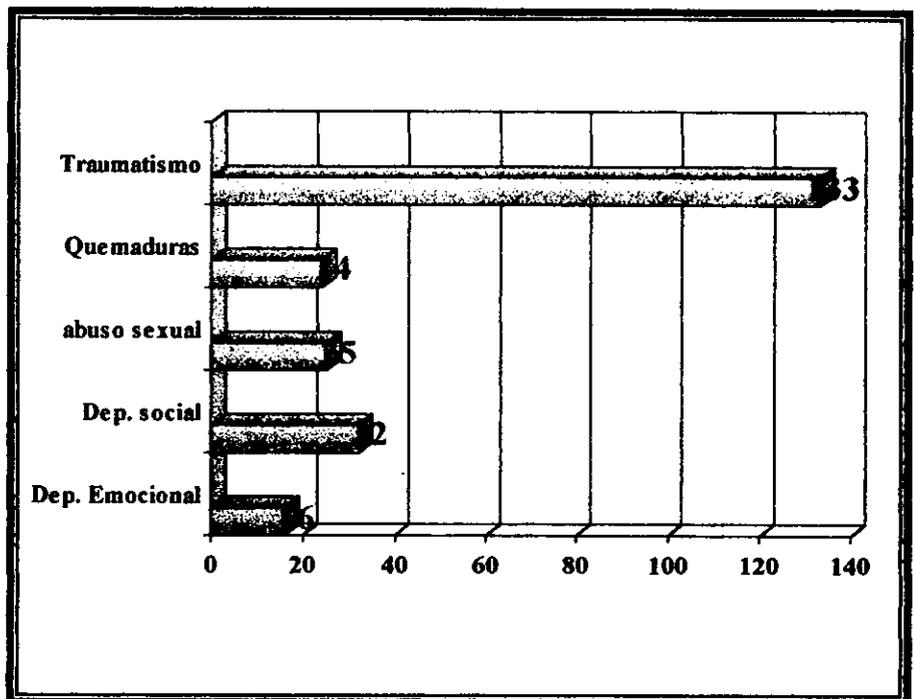
**Fig.1 MALTRATO INFANTIL (RELACION CON EL AGRESOR).UNICEF, 1986.**<sup>18</sup>



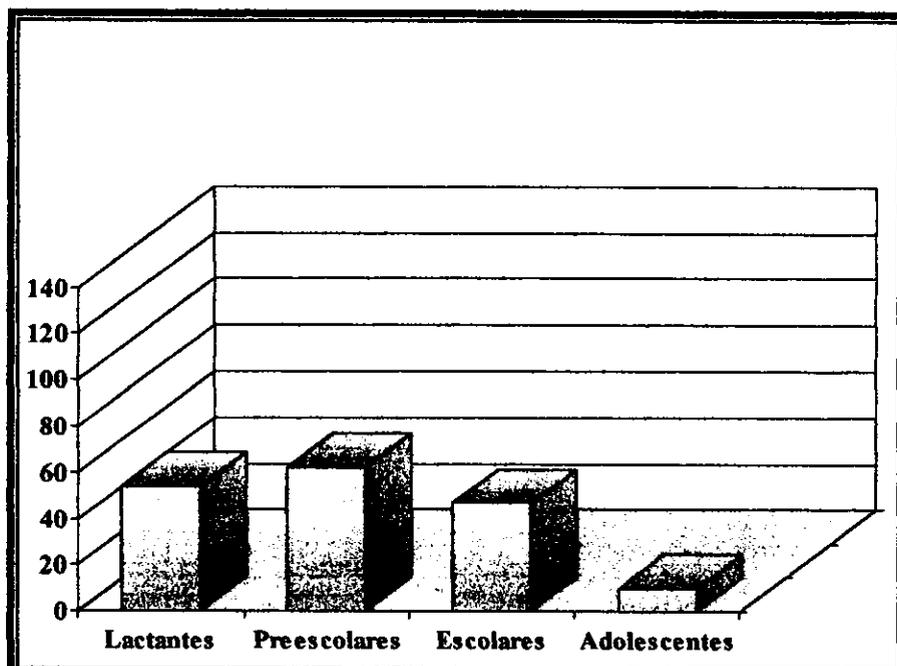
**Fig.2 OCUPACION DEL AGRESOR MASCULINO DEL NIÑO MALTRATADO.Loredo, 1994.**<sup>12</sup>



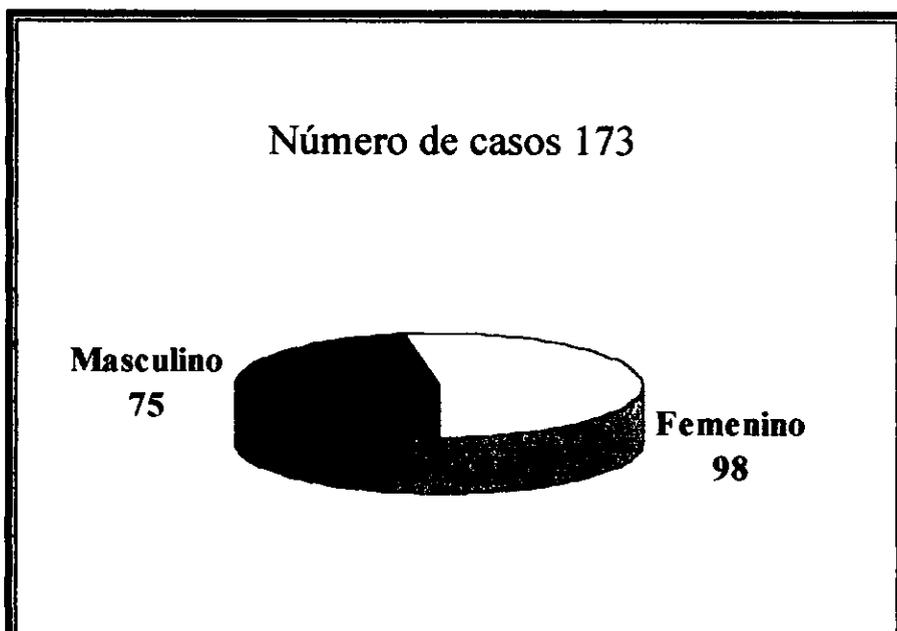
**Fig.3** Ocupación del agresor femenino del niño maltratado. Loredo, 1994.<sup>12</sup>



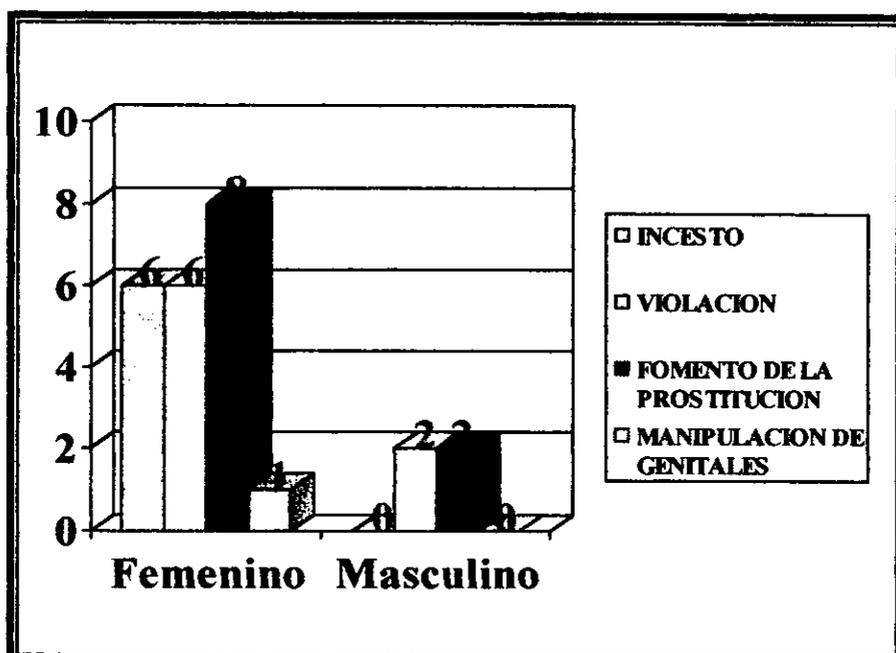
**Fig.4** TIPOS DE MALTRATO. Loredo, 1994.<sup>12</sup>



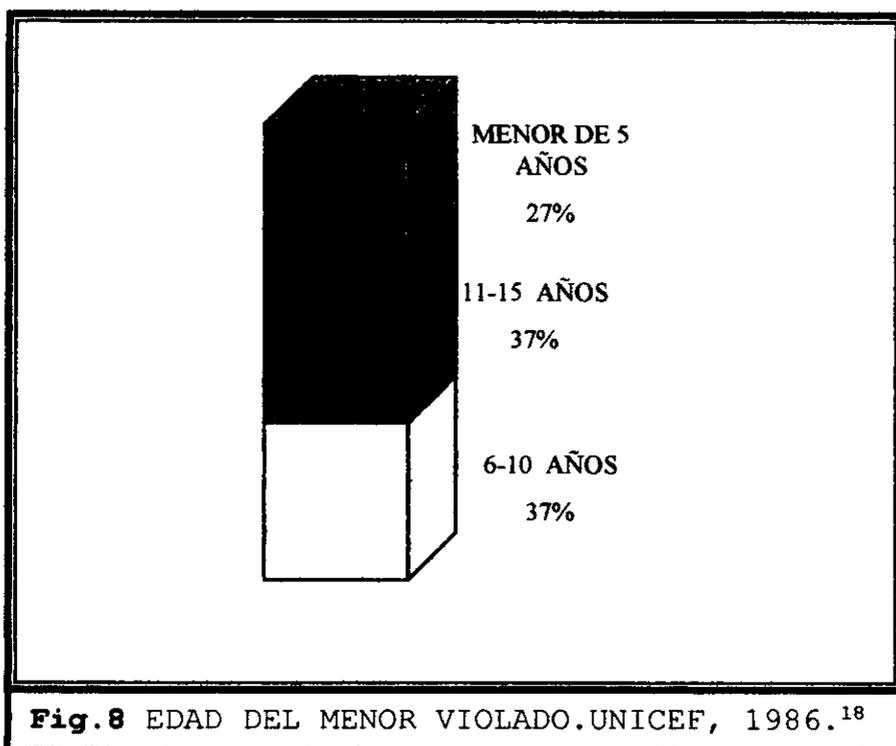
**Fig.5** EDAD DE PRESENTACION DEL MALTRATO FISICO. Loredó, 1994.<sup>12</sup>



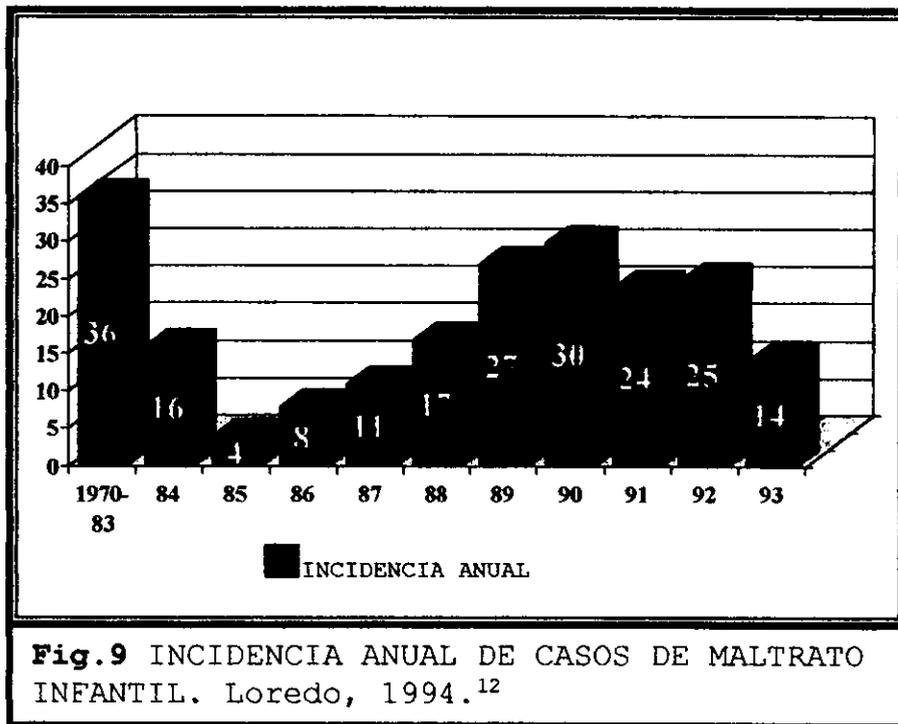
**Fig.6** DISTRIBUCION POR SEXO DEL MALTRATO FISICO. Loredó, 1994.<sup>12</sup>



**Fig.7** DISTRIBUCION POR SEXOS DE CUATRO TIPOS DE ABUSO SEXUAL. Loredo, 1994.<sup>12</sup>



**Fig.8** EDAD DEL MENOR VIOLADO. UNICEF, 1986.<sup>18</sup>



**Fig.9** INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL. Loredo, 1994.<sup>12</sup>

## DISTRIBUCION DE INJURIAS POR LOCALIZACION

Figura 10

<b>Grupo 1</b>	<b>≤ de 1 año de edad</b>	<b>159 casos</b>
<i>Localización</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cuerpo	91	57.2 %
Cabeza	64	40.3 %
Cara	35	22.0 %
Cuello	2	1.3 %
Boca	1	0.6 %

Figura 10 (continuación)

<b>Grupo 2</b>	<b>De 2 a 5 años de edad</b>	<b>77 casos</b>
<i>Localización</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cuerpo	51	66.2 %
Cara	36	46.8 %
Cabeza	13	16.9 %
Cuello	5	6.5 %
Boca	2	2.6 %

Figura 10 (continuación)

<b>Grupo 3</b>	<b>De 6 a 12 años de edad</b>	<b>24 casos</b>
<i>Localización</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cuerpo	17	58.3 %
Cara	6	25.0 %
Cabeza	5	20.8 %
Boca	4	16.7 %
Cuello	3	12.5 %

Figura 10 (continuación)

<b>Grupo 4</b>	<b>De 13 a 17 años de edad</b>	<b>6 casos</b>
<i>Localización</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Cuerpo	5	83.3 %
Cara	2	33.3 %
Cabeza	0	0.0 %
Boca	0	0.0 %
Cuello	0	0.0 %

\* Jessee, Stephen A., et al.. "A study of Age related variables among physically abused children. Journal of Dentistry for Children

Expediente # \_\_\_\_\_

**Cuestionario para la documentación de niños maltratados**

Fecha del reporte \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o responsables del menor:

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

Ocupación:

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Motivo general de la elaboración del cuestionario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inspección de los signos:

\_\_\_\_\_ Contusiones o verdugones en varias partes del cuerpo y en diferentes estadios de curación

\_\_\_\_\_ unilateral      \_\_\_\_\_ bilateral      \_\_\_\_\_ línea media      \_\_\_\_\_ áreas esqueléticas

\_\_\_\_\_ Quemaduras y/o abrasiones

\_\_\_\_\_ orales      \_\_\_\_\_ faciales      \_\_\_\_\_ corporales

\_\_\_\_\_ Lesiones cutáneas

\_\_\_\_\_ **Marcas de mordeduras**

\_\_\_\_\_ **Zonas desiguales de pérdida de cabello ( alopecia traumática )**

\_\_\_\_\_ **Presencia de coágulos**

\_\_\_\_\_ **oidos**

\_\_\_\_\_ **ojos**

\_\_\_\_\_ **nariz**

\_\_\_\_\_ **boca**

**Lesiones orales:**

\_\_\_\_\_ **Traumáticas**

\_\_\_\_\_ **De transmisión sexual**

**Lesiones en la dentición / periodonto / complejo maxilofacial:**

\_\_\_\_\_ **Maxila**

\_\_\_\_\_ **Anterior**

\_\_\_\_\_ **Posterior**

\_\_\_\_\_ **Mandibula**

\_\_\_\_\_ **Anterior**

\_\_\_\_\_ **Posterior**

\_\_\_\_\_ **Inflamación**

**Observaciones acerca de las lesiones encontradas:**

---

---

---

**Esquema de la Lesión**

**Descripción de la lesión:**

**color** \_\_\_\_\_

**tamaño** \_\_\_\_\_

**forma** \_\_\_\_\_

**superficie** \_\_\_\_\_

**estadio** \_\_\_\_\_

Explicación del niño acerca de la lesión:

---

---

---

Comportamiento del niño:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> habla en monosílabos    | <input type="checkbox"/> sobreprotegido por los padres     |
| <input type="checkbox"/> comportamiento variable | <input type="checkbox"/> inconsciente de su medio ambiente |
| <input type="checkbox"/> pasivo, aislado         | <input type="checkbox"/> muy afectuoso                     |

Actitud de los padres:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> hostil      | <input type="checkbox"/> sobreprotector              |
| <input type="checkbox"/> muy crítico | <input type="checkbox"/> vacilante en sus respuestas |

Explicación de los padres acerca de las lesiones:

---

---

---

¿ La explicación del niño y la del padre son consistentes ?

- Si  No

Documentación:

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fotos ( deben tener nombre del niño y fecha )           |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> número de fotos   |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> color   | <input type="checkbox"/> blanco y negro    |                                      |
| <input type="checkbox"/> radiografías ( deben tener el nombre del niño y fecha ) |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> periapicales  | <input type="checkbox"/> de aleta mordible | <input type="checkbox"/> panorámicas |

Interpretación radiográfica:

---

---

---

---

Información obtenida del médico del paciente ( puede requerir de consentimiento ):

---

---

---

Tratamiento de emergencia ( referir a otra instancia si es necesario ):

---

---

---

Dar aviso a las autoridades correspondientes

Entrevista padres / hijos:

- a) grabar la entrevista si es posible
- b) informar a los padres de nuestras sospechas y de nuestra responsabilidad legal
- c) informar a los padres acerca de las agencias contactadas para solucionar el caso

Notas finales del caso:

---

---

---

---

Firma del Dentista

Fecha

Testigo

## **ANEXO**

### **CONSTITUCIÓN POLITICA**

**Art. 3°. Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado - Federación, Estados y Municipios- impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y la secundaria son obligatorias.**

**La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria y la conciencia de solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia.**

**Art. 4°. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.**

Art. 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

II.- La jornada máxima de trabajo nocturno será de siete horas. Quedan prohibidas: las labores insalubres o peligrosas, el trabajo nocturno industrial y todo otro trabajo después de las diez de la noche, de los menores de dieciséis años;

III.- Queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de catorce años. Los mayores de esta edad y menores de dieciséis tendrán como jornada máxima la de seis horas.

## CODIGO PENAL

Art. 294 . Las lesiones inferidas por quienes ejerzan la patria potestad o tutela, y en el ejercicio del derecho de corregir, no serán punibles si fueren de las comprendidas en la primera parte del artículo 289 (lesiones leves), y además, el autor no abusare de su derecho, corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia.

Art. 295. En cualquier otro caso, se impondrá al delincuente la sanción que corresponda con arreglo a las prevenciones anteriores y quedará, además, privado de la potestad en virtud de la cual tenga el derecho de corrección.

## CÓDIGO CIVIL

Art. 444. La patria potestad se pierde por resolución judicial:

III. Cuando por las costumbres depravadas de los padres, malos tratamientos o abandono de sus deberes pudiera comprometerse la salud, seguridad o la moralidad de los hijos, aun cuando esos derechos no cayeren bajo la sanción de la ley penal.

## CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

- ARTICULO 19 :

1.- Los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental,

descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2.- Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos ante descritos de malos tratos al niño y, según corresponde, la intervención judicial.

- ARTICULO 20:

1.- Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del estado.

2.- Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidados para esos niños.

3.- Entre esos cuidados figuraran, entre otras cosas, la colocación de hogares de guarda, la Kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección a menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

- ARTICULO 32:

Los Estados partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2.- Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presenta artículo.

Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

- a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;
- b) Dispondrán de reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo; y

c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Braham, Raymond L. , et al. Physical restraint, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for nineties. Journal of Dentistry for Children, 61: 169 - 174, may - june 1994.
- 2.-CNDH. Hacia una cultura de los derechos humanos. págs. 23 - 33.
- 3.- COMEXANI. Informe 1994 - 1997. págs. 23 - 28, 189 - 197.
- 4.- Cruz, Elizabeth. Maltrato y abandono de menores. CODHEM. págs. 99 - 107.
- 5.- DIF, UNICEF, PGJ del D.F. Memorias del Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor. México 1996. págs. 10,13,38-44
- 6.- Grosman - Mesterman. Maltrato al menor: el lado oculto de la escena familiar. Edit. Universidad. Buenos Aires, Argentina 1992. págs. 27-33, 75-81
- 7.- Herrada, Adriana y colaboradores. El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. Salud Pública de México, 34, noviembre - diciembre 1992.

- 8.- Ibarrola, Antonio De. Derecho de Familia. Edit. Porrúa S.A. 4ta. edición. México 1993. págs. 70 - 73, 448 - 453, 458 - 465.
- 9.- Jessee, Stephen A. , et al. A study of age - related variables among physically abused children. Journal of Dentistry for Children, 63: 275 - 280, july - august 1996.
- 10.- Jessee, Stephen A. Physical manifestations of child abuse to head, face and mouth: A hospital survey. Journal of Dentistry for Children, 62: 245 - 249, july - august 1995.
- 11.- Jiménez, Mariza. Maltrato y abandono de menores. CNDH, CODHEM. págs. 83 - 91.
- 12.- Loredó, Arturo. Maltrato al menor. Edit. Interamericana. México 1994. págs. 1-58, 89- 97, 113- 135, 143-146
- 13.- Marcovich, Jaime. El maltrato a los hijos: El más oculto y menos controlado de los crímenes violentos. CNDH págs. 280-283
- 14.- Méndez, Gabriela y colaboradores. Síndrome del niño maltratado. Revista Cubana de Pediatría, enero - abril 1995.

15.- Mc Donald, Ralph. Odontología para el niño y el adolescente. Edit. Mundi. 4ta. edición. Argentina 1987. págs. 18 - 22.

16.- Santana, Rosalinda y colaboradores. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública de México, 40, 1998.

17.- Saxe, Michael D. Child abuse: A survey of ASDC members and diagnostic - data - assessment for dentist. Journal of Dentistry for Children, 58: 361 - 366, september - october 1991.

18.- UNICEF, DDF, Centros de Información Infantil. Realidades violentas en el niño maltratado. Cuaderno temático, volumen 9.

19.- Von Burg, Mary M. , et al. A statewide survey of dentists' knowledge of abuse. Journal of Dentistry for Children, 60: 321 - 324, special issue july - october 1993.

20.- Von Burg, Mary M. Child abuse education: Do not overlook dental professionals. Journal of Dentistry for Children, 62: 57 - 63, january - february 1995.

*(Sic): Locución latina para hacer referencia de un término a una palabra o frase textual , escrita así como se encontró.*