



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REPERCUSIÓN DEL MALTRATO INFANTIL  
EN LAS ESTRUCTURAS BUCODENTALES

TRABAJO TERMINAL ESCRITO  
DEL DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ADRIANA VANESSA PÉREZ TEJADA SAGAÓN

TUTORA: C.D. MARIA ELENA NIETO CRUZ  
ASESORA: MTRA. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA

*Emilia Valenzuela Espinoza*

*M E N C*

MÉXICO, D.F.

2005

m342621

Agradezco a Dios: por haberme iluminado y darme la dicha de llegar a este momento tan importante en mi vida.

A mi madre: por su tenacidad, amor, comprensión y cariño durante toda mi vida y por apoyarme en todo lo que creo para poder lograr mis sueños y guiarme durante todo este tiempo.

A mi familia: por su cariño y apoyo durante toda mi vida.

A mis profesores: por su orientación, tiempo y comprensión en esta etapa tan importante de mi formación académica y por todos sus conocimientos.

A todos mis amigos: que han compartido conmigo todos los desvelos, por sus consejos y apoyos.

A quien amo: que ha estado conmigo durante casi 10 años apoyándome y dándome palabras de aliento.

Gracias a todos ... por ayudarme a realizar mi sueño en realidad y hacerme ser quien soy.

Con amor  
Vanessa

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL</b>	<b>9</b>
1.1. DEFINICIÓN	9
1.2. ASPECTOS GENERALES	9
<b>2. CLASIFICACIÓN</b>	<b>11</b>
2.1. MALTRATO FÍSICO	11
2.2. ABUSO SEXUAL	12
2.2.1. FORMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL INFANTIL	13
2.3. ABANDONO DE LOS NIÑOS	14
2.4. ABUSO EMOCIONAL	15
2.5. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN	16
<b>3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO</b>	<b>17</b>
<b>4. DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL</b>	<b>21</b>

## **5. ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA DETECCIÓN DEL ABUSO DEL MENOR 23**

<b>5.1. ENTREVISTA</b>	<b>23</b>
<b>5.2. EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>24</b>
<b>5.3. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>26</b>
<b>5.4. NOTIFICACIÓN DEL CASO</b>	<b>28</b>
<b>5.5. LA INTERVENCIÓN</b>	<b>29</b>

## **6. INDICADORES FÍSICOS 31**

<b>6.1. MALTRATO FÍSICO</b>	<b>31</b>
<b>6.1.1. LESIONES DENTALES</b>	<b>31</b>
<b>6.1.2. LESIONES CUTÁNEO-MUCOSAS: HEMATOMAS, CONTUSIONES, EQUIMOSIS, HERIDAS INCISO - CONTUSAS, LACERACIONES, EROSIONES Y PINCHAZOS</b>	<b>32</b>
<b>6.1.3. QUEMADURAS Y ESCALDADURAS</b>	<b>34</b>
<b>6.1.4. MORDEDURAS</b>	<b>37</b>
<b>6.1.5. ALOPECIA TRAUMÁTICA</b>	<b>38</b>
<b>6.1.6. LESIONES OSTEO - ARTICULARES</b>	<b>38</b>
<b>6.1.6.1. Tipos de fracturas mas frecuentemente observadas</b>	<b>39</b>
<b>6.1.6.2. Secuelas</b>	<b>41</b>



6.1.7. LESIONES ORGÁNICAS INTERNAS: AISLADAS O ASOCIADAS A OTRAS MANIFESTACIONES TRAUMÁTICAS, POR INTOXICACIÓN DELIBERADA O POR NEGLIGENCIA, QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO	43
6.1.7.1. Neurológicas	43
6.1.7.2. Oculares	44
6.1.7.3. Óticas	45
6.1.7.4. Viscerales y torácicas	46
6.2. ABUSO SEXUAL	46
6.3. NEGLIGENCIA O ABANDONO FÍSICO	51
6.4. MALTRATO O ABANDONO EMOCIONAL	53
6.5. MALTRATO PRENATAL	54
6.6. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES	56

7. CAUSAS Y EFECTOS DEL MENOR MALTRATADO	59
7.1. CAUSAS	59
7.2. EFECTOS	60

8. MÉTODOS DISCIPLINARIOS QUE EMPLEAN LOS PADRES PARA CORREGIR A SUS HIJOS Y CUÁL ES SU EFECTO	62
--	----

<b>9. PROGRAMA DE PREVENCIÓN AL MALTRATO DEL MENOR</b>	<b>63</b>
9.1. OBJETIVOS GENERALES	63
9.2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO EN EL PROGRAMA	64
<b>10. PROGRAMA CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL (ESCI)</b>	<b>65</b>
10.1. OBJETIVOS	65
10.2. POLÍTICAS	65
10.3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR	66
10.4. IMPACTO SOCIAL	66
<b>11. MANIFESTACIONES BUCALES Y FACIALES</b>	<b>67</b>
11.1. MALTRATO FÍSICO	67
11.2. ABUSO SEXUAL	68
11.3. NEGLIGENCIA	69
<b>12. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>13. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>71</b>

## INTRODUCCIÓN

Aún cuando el nombre del presente trabajo es Repercusión del maltrato infantil en las estructuras bucodentales, trata principalmente sobre la actuación del profesional de la salud ante la detección del maltrato infantil ya que las estadísticas acerca del maltrato de los niños son alarmantes. Se estima que cada año cientos de miles de niños reciben abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes. Los que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional que perdura mucho después de que los moretones físicos hayan desaparecido. Las comunidades y las cortes de justicia reconocen que estas “heridas emocionales ocultas” pueden ser tratadas. El reconocer y dar tratamiento a tiempo es importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato físico. Cuando un niño/niña dice que ha sido abusado, hay que tomarlo en serio y evaluarlo de inmediato.

Se reportan más de 80,000 casos al año de abuso sexual a los niños/niñas, pero el número de casos que no se reporta es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó y el proceso legal para validar un episodio es difícil. El problema debe de ser identificado, debe de ponerse fin al abuso y el niño debe de recibir ayuda profesional. El daño emocional y psicológico a largo plazo debido al abuso sexual puede ser devastador para el niño.

El abuso sexual a los niños puede ocurrir en la familia, a manos de un padre/madre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de la casa, por ejemplo, por un amigo, un vecino, la persona que lo cuida,

un maestro o un desconocido. Cuando el abuso sexual ha ocurrido, el niño puede desarrollar una variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos angustiantes.

El presente trabajo es un testimonio del abuso que se comete en contra de los infantes y las consecuencias que esto genera.

Por lo tanto el cirujano dentista debe estar capacitado para reconocer los indicadores físicos y comportamentales para poder discernir si un paciente pediátrico es víctima de abuso o es resultado de un accidente y para poder determinar un tratamiento adecuado y saber que hacer ante tal situación legalmente hablando.

# **1. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL**

## **1.1. DEFINICIÓN**

El maltrato infantil comprende actos u omisiones en los cuidados que privan al niño de la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial como persona, tanto en el plano físico como en el social y el afectivo.<sup>1</sup>

## **1.2. ASPECTOS GENERALES**

Los malos tratos y el abandono de niños comprenden una amplia variedad de experiencia perjudiciales e incluso peligrosas para ellos y son el resultado de unos actos que ya sea por perpetración u omisión, les ocasionan las personas que deberían cuidarles. Tales actos incluyen las agresiones físicas y mentales, el abuso sexual, la negligencia de tratamiento o el maltrato de una persona menor de 18 años por parte de la persona responsable de su cuidado. Existen numerosas zonas límite en la determinación de lo que constituye una amenaza o un daño consumado por lo que son frecuentes los desacuerdos acerca del carácter abusivo de algunas experiencias. Ninguna persona puede, individualmente, decidir lo que es un maltrato o abuso y lo que no es en este sentido solo la detección, el tratamiento, y la intervención por parte de especialistas multidisciplinares trabajando conjuntamente proporcionaran a estos niños la mejor valoración y atención particular en cada caso.<sup>2</sup>

El maltrato no siempre es intencionado, es decir, la lesión o el daño que se inflige al niño no siempre constituye un acto voluntario, así, aunque un ataque de ira (activo o pasivo) contra un niño no está con frecuencia, planificando de antemano, puede producirle lesiones graves o incluso la muerte. La educación y la prevención pueden enseñar a los padres a reorientar sus acciones y a buscar unos métodos de disciplina más adecuados en sus hijos.<sup>2</sup>

Pueden ser víctimas de malos tratos o de abandonos niños de cualquier tipo, independientemente de su edad, raza, sexo o nivel socioeconómico. Las estadísticas sobre maltrato infantil solo reflejan los casos conocidos o donde hay sospecha y en todos los estudios, llama la atención sobre los casos no conocidos. Del 50 al 65% del maltrato infantil se da también el abandono, y en el 25% abuso sexual; la mayoría de los casos restantes consisten en casos de abuso sexual y de abuso emocional. Los niños que son víctimas de alguna forma de maltrato, suelen ser también maltratados de otras maneras.<sup>1</sup>

Las características sociodemográficas del maltrato infantil varían según el tipo de maltrato o de abandono, la edad media de detección de las víctimas de malos tratos es de 7.4 años; un 49% son niños; en cuanto la raza, el 68% son blancos, el 21% negros y el 11% restante pertenece a otros grupos étnicos. El maltrato es más común en las mujeres, puesto que el abuso sexual presenta una mayor prevalencia en ellas. En los niños más pequeños (desde los lactantes hasta los 2 años), es más común el abandono que los abusos sexuales o emocionales. Por el contrario, en los chicos mayores (12 a 17 años), el abandono es poco frecuente, pero abundan los abusos sexuales y emocionales; en ellos, la frecuencia

de maltrato físico es además ligeramente superior a la media. Existen unas características familiares muy frecuentes entre los niños maltratados, que se consideran factores de riesgo: familias en las que las mujeres son las jefas de la casa, las que reciben ayudas públicas (con escasos ingresos), familias numerosas, y aquellas en las que se dan abusos maritales, abuso del alcohol o de las drogas y problemas económicos o de salud importantes. Aunque la influencia de estos factores de riesgo es importante, en realidad cada niño es una víctima en potencia.<sup>3</sup>

## **2. CLASIFICACIÓN**

### **2.1. MALTRATO FÍSICO**

El maltrato físico es la forma de abuso infantil que se detecta con mayor facilidad, en 1962, Kempe describió ya el llamado síndrome del niño apaleado, consistente en el cuadro clínico de un niño que presentaba unos traumatismos físicos o unos trastornos del crecimiento en los que la explicación de los daños no concordaba con el tipo y la gravedad de las lesiones observadas. En estos niños, las lesiones son infligidas de modo voluntario, es decir, no son accidentes. Algunas son el resultado de un castigo inapropiado por la edad, el estado o el nivel de desarrollo del niño. Por regla general, el maltrato físico, se reconoce estudiando el tipo de lesión y la falta de consistencia en la historia que cuentan las personas encargadas de cuidarle. Las lesiones físicas mas frecuentes son las equimosis, las magulladuras en la piel, las fracturas, las quemaduras y las laceraciones de los tejidos. Aproximadamente un 50% del maltrato físico ocasionan lesiones en la cabeza y en la

de maltrato físico es además ligeramente superior a la media. Existen unas características familiares muy frecuentes entre los niños maltratados, que se consideran factores de riesgo: familias en las que las mujeres son las jefas de la casa, las que reciben ayudas públicas (con escasos ingresos), familias numerosas, y aquellas en las que se dan abusos maritales, abuso del alcohol o de las drogas y problemas económicos o de salud importantes. Aunque la influencia de estos factores de riesgo es importante, en realidad cada niño es una víctima en potencia.<sup>3</sup>

## **2. CLASIFICACIÓN**

### **2.1. MALTRATO FÍSICO**

El maltrato físico es la forma de abuso infantil que se detecta con mayor facilidad, en 1962, Kempe describió ya el llamado síndrome del niño apaleado, consistente en el cuadro clínico de un niño que presentaba unos traumatismos físicos o unos trastornos del crecimiento en los que la explicación de los daños no concordaba con el tipo y la gravedad de las lesiones observadas. En estos niños, las lesiones son infligidas de modo voluntario, es decir, no son accidentes. Algunas son el resultado de un castigo inapropiado por la edad, el estado o el nivel de desarrollo del niño. Por regla general, el maltrato físico, se reconoce estudiando el tipo de lesión y la falta de consistencia en la historia que cuentan las personas encargadas de cuidarle. Las lesiones físicas mas frecuentes son las equimosis, las magulladuras en la piel, las fracturas, las quemaduras y las laceraciones de los tejidos. Aproximadamente un 50% del maltrato físico ocasionan lesiones en la cabeza y en la



cara de los niños que pueden ser detectados por el odontólogo; un 25% de las lesiones se encuentran en la boca o cerca de ella.<sup>2</sup>



**Madre golpeando<sup>4</sup>**

## **2.2. ABUSO SEXUAL**

Se utiliza el término abuso sexual para describir cualquier tipo de actividad sexual de tipo estimulante que resulta inapropiada para la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo o su papel dentro de la familia. En numerosas definiciones se incluye también el deseo de conseguir una gratificación sexual por parte de uno de los participantes en el acto. En amplio espectro formado por el mismo juego sexual del niño, la evidencia normal del sexo el contacto físico - sexual entre los padres y sus hijos es difícil distinguir lo que constituye un comportamiento normal de un acto lujurioso y patológico. Así, los actos del abuso sexual abarcan desde el exhibicionismo o los besos hasta los mimos, el acto sexual, la pornografía y la violación.<sup>5</sup>

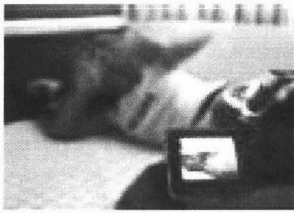
## 2.2.1. FORMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL INFANTIL

Pornografía infantil: es la representación cinematográfica, descripción impresa, imagen fotográfica o audio y/o videograbada o digitalizada, de las o los niños realizando actos sexuales reales o simulados para la gratificación sexual de los usuarios, incluyendo la producción, distribución y el uso de dichos materiales. <sup>6</sup>

Prostitución infantil: es el acto de comprometer u ofrecer los servicios de una niña o niño para uso sexual de otros, por dinero u otros beneficios para la o el niño o cualquier otra persona. <sup>6</sup>

Turismo sexual infantil: es la explotación sexual comercial de niñas y niños, por parte de turistas extranjeros o nacionales. Incluye la promoción del país como punto accesible para el ejercicio impune de esta actividad por parte de nacionales y extranjeros. <sup>6</sup>

Tráfico de niños con fines sexuales: se refiere al reclutamiento de niñas y niños para trasladarlos de un país a otro y dentro de una misma nación, para prostituirlos o explotarlos al llegar al destino. <sup>6</sup>



**Ejemplo de pornografía infantil<sup>7</sup>**



**Ejemplo de tráfico de niños  
con fines sexuales<sup>8</sup>**

### **2.3. ABANDONO DE LOS NIÑOS**

Se considera abandono del niño la inatención de sus necesidades básicas, por ejemplo, la comida, la ropa, la casa, la atención médica, la educación y la supervisión. Mientras que el maltrato físico suele ser episódicos, el abandono tiende a ser crónico. La determinación de la existencia de abandono depende también de la edad y del grado de desarrollo del niño, puesto que puede guardar relación con períodos de tiempo en los que careció de supervisión, en que sus padres no estaban con él y no lo atendían, así como las mismas responsabilidades del niño por carecer de una supervisión o por no ir a la escuela. Los aspectos como la atención médica u odontológica, una adecuada nutrición o bien proporcionar los alimentos y las ropas más apropiadas para el niño, deben considerarse siempre en relación con las diferencias culturales y religiosas de la sociedad en que vive, con la existencia de pobreza, con las normas e imposiciones sociales y con el impacto que el abandono en conjunto representa para su bienestar físico.<sup>9</sup>



### **Abandono infantil<sup>10</sup>**

## **2.4. ABUSO EMOCIONAL**

Aunque el abuso emocional ha preocupado a los especialistas durante muchos años, es difícil, establecer unas definiciones y referencias adecuadas para su detección. No es fácil demostrar el nexo causal o directo que relaciona un abuso de tipo emocional o verbal con los daños infantiles estos daños se observan en forma de comportamiento anormal o de trastornos de la salud mental, cuyo origen es multifactorial. <sup>9</sup>

El abuso emocional y verbal implica la carencia o existencia de unas interacciones por parte de la persona encargada de cuidar del niño que influyen un daño sobre su personalidad, su bienestar emocional o su desarrollo. <sup>11</sup>

Debe tratarse de un acto (por perpetración u omisión) en el que se demuestre el origen de un daño real para el niño; por regla general, se presenta en numerosas maneras y durante un periodo de tiempo prolongado. Los comportamientos que tienen efectos nocivos sobre el niño son el aislamiento continuo, el rechazo, la degradación, el miedo, la corrupción, la explotación y la negación de la afección. <sup>12</sup>



**Abuso emocional<sup>13</sup>**

## **2.5. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN**

La forma de maltrato infantil cuyo diagnóstico y tratamiento presenta mayor dificultad es el llamado síndrome de Münchausen. Consiste en un trastorno de los padres o la persona que comete la agresión (generalmente la madre) relata una historia ficticia, produce falsos síntomas y signos, y se inventa la existencia en el niño de enfermedades que requieren exploraciones médicas exhaustivas, pruebas de todo tipo y a menudo hospitalizaciones prolongadas. Como los médicos se basan principalmente en lo que los padres relatan sobre la enfermedad del niño, tardan tiempo en darse cuenta de las inconsistencias y del carácter exagerado o ficticio de los síntomas. Estos niños presentan unos trastornos persistentes y recidivantes sin explicación con síntomas y signos carentes de sentido clínico y unos problemas inusuales. Las raras características de muchos de estos casos hacen que resulten casi increíbles para los médicos que les atienden; un sistema social y legal que no tiene conciencia de la gravedad y extensión del problema no puede proteger adecuadamente al niño. Esta es, quizá la forma mas letal del maltrato infantil con una tasa de mortalidad que oscila entre el 10 y el 30%.<sup>14</sup>

Todo estado posee unos estatutos legales en los que se exige la denuncia a las autoridades de la sospecha de malos tratos o abandono de los niños. Aunque estas normas varían ligeramente de un estado a otro en lo que se refiere a las definiciones concretas, en todos existe la obligación por parte de los profesionales de la salud (incluidos los odontólogos) de denunciar su posible existencia solo hay que tener la sospecha del problema no es necesario disponer de pruebas tangibles. Son las autoridades legales y sociales quienes determinaran en su momento si ha habido realmente maltrato y cual es la intervención legal necesaria en cada caso.<sup>15</sup>

### **3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO**

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los factores tanto personales, como familiares y culturales, provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.<sup>16</sup>

El modelo etiopatogénico que mejor explica que la presencia de factores de riesgo que puedan inducir al abuso, es el **modelo integral del maltrato infantil**. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensatorios que actuarían según un modelo de

Todo estado posee unos estatutos legales en los que se exige la denuncia a las autoridades de la sospecha de malos tratos o abandono de los niños. Aunque estas normas varían ligeramente de un estado a otro en lo que se refiere a las definiciones concretas, en todos existe la obligación por parte de los profesionales de la salud (incluidos los odontólogos) de denunciar su posible existencia solo hay que tener la sospecha del problema no es necesario disponer de pruebas tangibles. Son las autoridades legales y sociales quienes determinaran en su momento si ha habido realmente maltrato y cual es la intervención legal necesaria en cada caso.<sup>15</sup>

### **3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO**

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los factores tanto personales, como familiares y culturales, provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.<sup>16</sup>

El modelo etiopatogénico que mejor explica que la presencia de factores de riesgo que puedan inducir al abuso, es el **modelo integral del maltrato infantil**. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensatorios que actuarían según un modelo de

afrontamiento, impidiendo que los factores estresantes que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.<sup>16</sup>

Así, por ejemplo en México, en las familias monoparentales (familias que cuentan solo con padre o madre más no con los dos) se pone de manifiesto el papel protector del apoyo social con una razón de ventaja de 5.6 sobre las familias monoparentales sin apoyo social. Por otra parte, las dificultades económicas aparecen como muy significativamente asociadas al maltrato en familias biparentales, razón de desventaja 6.3. El bajo nivel educativo en familias monoparentales tiene una razón de desventaja de 28.7 y de 11.4 en biparentales.<sup>16</sup>

Estudios observacionales del tipo casos-control realizados en E.U.A. en 1998 confirman que<sup>17</sup>:

- ≈ Las madres de mayor riesgo para que ocurra algún tipo de maltrato infantil muestran baja autoestima y disminución en el reconocimiento de las necesidades emocionales en las interacciones entre padres e hijos; percepción negativa de la conducta de su hijo, escasa paciencia y tolerancia a las situaciones de estrés producidas por la conducta del niño.
- ≈ Mayor asociación del maltrato en niños con maltrato prenatal y existencia de complicaciones perinatales.



- ≈ La prevalencia de algún tipo de maltrato aumenta con la presencia de 4 ó más factores de riesgo.
  
- ≈ Se encuentra una relación muy significativa entre maltrato y desempleo en hombres.
  
- ≈ Relación entre maltrato a la infancia y vivir en áreas de pobreza y escasez de recursos sociales.
  
- ≈ Efecto moderador/protector del apoyo social sobre el maltrato.
  
- ≈ La edad de la madre es un factor de riesgo, a menor edad de la madre aumenta el riesgo de algún o varios tipos de abuso a menores.

Wilson (1995) en un análisis encuentra una buena evidencia entre abuso infantil y bajo soporte social, recientes sucesos vitales estresantes, enfermedad siquiátrica en la madre, embarazo no deseado e historia de abuso en la infancia de la madre o el padre. <sup>18</sup>

Existen 3 tipos de causas de la explotación sexual comercial infantil<sup>19</sup> :

Familia	Comunidad	Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pobrezas</li> <li>▪ Falta de educación</li> <li>▪ Pérdida de valores</li> <li>▪ Violencia</li> <li>▪ Inequidad de género</li> <li>▪ Drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de servicios básicos</li> <li>▪ Migración a las grandes ciudades</li> <li>▪ Vivienda inadecuada</li> <li>▪ Pocas actividades recreativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Costumbre</li> <li>▪ Pobreza</li> </ul>



Ejemplo de pobreza y falta de servicios básicos<sup>20</sup>



Abuso sexual en quirófano<sup>21-22</sup>

#### 4. DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias<sup>23</sup>.

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional. Los pediatras identifican el abuso físico en niños en el 0,5% de los casos frente a las madres que informan en el 21,6% de las veces que son preguntadas por este fenómeno.<sup>24</sup>

Nuestros esfuerzos deberán ir encaminados a buscar la existencia de abuso en:

- 1 La conducta del niño.
- 2 El comportamiento de los padres.
- 3 La exploración clínica.
- 4 La historia social.

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

- 1 No acudir a las citas concertadas.
- 2 Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
- 3 Cambios frecuentes de médicos.
- 4 Acudir a consulta sin motivo aparente
- 5 Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.



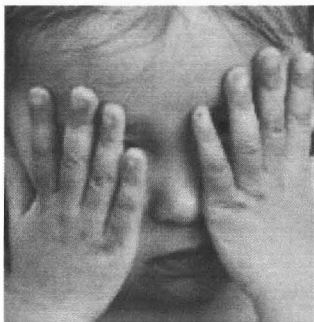
**Ejemplo de efectos nocivos del maltrato infantil: aislamiento continuo, miedo, rechazo y negación de la afección<sup>25-26</sup>**

## **5. ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA DETECCIÓN DEL ABUSO DEL MENOR**

### **5.1. ENTREVISTA**

Se realizará una primera entrevista con los padres o tutores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1 La entrevista se llevará en privado.
- 2 Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- 3 Actitud no juzgadora.
- 4 Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.



**Ejemplo de efectos nocivos del maltrato infantil: aislamiento continuo, miedo, rechazo y negación de la afección<sup>25-26</sup>**

## **5. ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ANTE LA DETECCIÓN DEL ABUSO DEL MENOR**

### **5.1. ENTREVISTA**

Se realizará una primera entrevista con los padres o tutores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1 La entrevista se llevará en privado.
- 2 Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- 3 Actitud no juzgadora.
- 4 Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.

- 5 No insistir en preguntas que no quieran responder.
- 6 Asegurar la confidencialidad.

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. Nuestra actitud será exclusivamente pasiva, es decir, escuchar al menor sin participación.<sup>27</sup>

Se debe recabar información sobre:

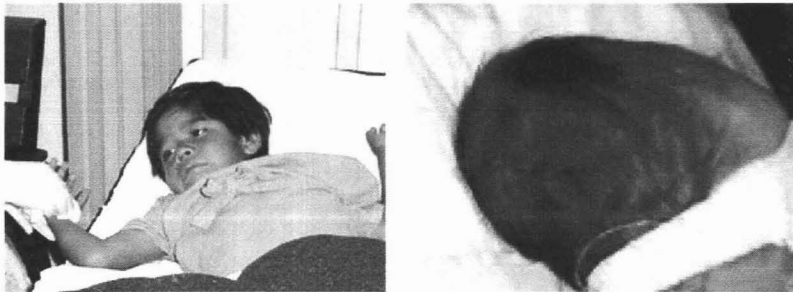
- 1 Estructura y dinámica familiar.
- 2 Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- 3 Estado de salud de los convivientes.
- 4 Condiciones laborales y socioeconómicas.
- 5 Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales.

## **5.2. EXAMEN CLÍNICO**

El examen clínico del menor debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas; en caso de ser necesario por la gravedad o importancia de la lesión se debe remitir a un médico forense o centro hospitalario.<sup>28</sup>

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental, para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.<sup>29</sup>

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así, menores que sufren trato negligente o abandono físico sufren también abuso emocional; o también el abandono físico está correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional.<sup>30</sup>



**Ejemplo de examen clínico<sup>31</sup>**



### **5.3. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD Y VALORACIÓN DEL RIESGO**

Otra tarea importante es evaluar la gravedad, que hace referencia a la intensidad del daño sufrido por un menor en una situación de abandono o abuso. Y la valoración del riesgo, que hace referencia a que, teniendo en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales, se pueda volver a producir una situación de desprotección.<sup>32</sup>

Es importante considerar que en todos los programas de atención al menor está consensuado que la evaluación del riesgo y la gravedad del maltrato corresponde a los servicios de Protección al Menor. Lo que no es obstáculo para que en el análisis de sospecha de abuso, el profesional sanitario utilice estos conocimientos para colaborar más eficazmente en la protección al niño.<sup>33</sup>

Los casos podrían agruparse en "alto riesgo/gravedad máxima-media", "riesgo medio/gravedad media" y "riesgo nulo-bajo/gravedad mínima".

Si el caso pertenece al grupo de "alto riesgo/gravedad máxima-media", conlleva la apreciación de desamparo por incumplimiento del ejercicio de los deberes de protección al niño, aplicándose por ello la tutela automática.

El "riesgo medio/gravedad media" comprende los casos de guarda por decisión administrativa o judicial. Se establecería el tipo de acogimiento más idóneo para el niño.

Por último, los casos de "riesgo nulo-bajo/gravedad mínima" comprende la no apreciación de desamparo. Las propuestas de trabajo en este grupo comprenderían tratamiento con objetivos y requisitos para reducir el riesgo (prevención secundaria).



**Ejemplo de alto riesgo / gravedad máxima  
marca de golpe en la espalda<sup>34</sup>**

## 5.4. NOTIFICACIÓN DEL CASO

La notificación del caso es una condición necesaria para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es además una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262. Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13. Código Penal Artículo 407,450. Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30 fracción II).<sup>35</sup>

Cuando se encuentre gravedad de las lesiones o necesidad de recoger pruebas forenses se remitirá a un centro hospitalario donde se procederá a la intervención policial y/o judicial.<sup>33</sup>

Cuando se sospeche un alto de riesgo de desamparo familiar se asegurará el ingreso en un centro hospitalario.<sup>37</sup>

No sólo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En este supuesto se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.<sup>38</sup>

En México, existe el "Programa de Prevención al Maltrato del Menor" del DIF, que vela por el bienestar y desarrollo de los menores que son objeto de maltrato y tiene como objetivo dar asistencia social a los menores de edad desde que nacen hasta los 18 años de edad que sufren habitualmente violencia física, emocional o ambas y que

fueron ejecutadas en forma intencional y no accidental por padres, tutores o personas responsables de éstos, así como establecer un sistema unificado de notificación de casos.<sup>41</sup>

## **5.5. LA INTERVENCIÓN**

Desde el ámbito sanitario la intervención sobre la sospecha de maltrato infantil comprende: <sup>33</sup>

- ≈ Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas.
  
- ≈ Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto - contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).
  
- ≈ Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.
  
- ≈ Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental.

- ≈ Coordinarse con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas, realizando informes periódicos del estado de salud física del niño.
  
- ≈ Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
  
- ≈ Realizar intervención preventiva terciaria, tal como la referida en el epígrafe de prevención secundaria.
  
- ≈ Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Se valorará remitir a las familias a grupos de ayuda mutua, educadores familiares o psicoterapeutas de familia.
  
- ≈ Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

## 6. INDICADORES FÍSICOS

A continuación se presentan las principales características físicas que se deben tomar en cuenta para detectar cualquier tipo de maltrato infantil:

### 6.1. MALTRATO FÍSICO

#### 6.1.1. LESIONES DENTALES

- ≈ Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
- ≈ Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo.
- ≈ Fracturas, desplazamientos o avulsiones.



Ejemplo de fractura con hematoma<sup>36</sup>

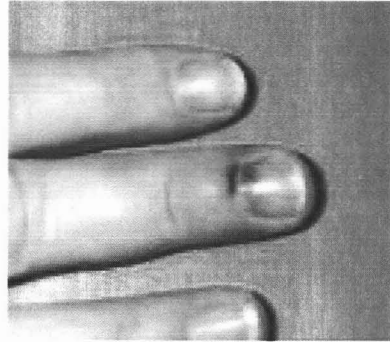
### **6.1.2. LESIONES CUTANEO-MUCOSAS: HEMATOMAS, CONTUSIONES, EQUIMOSIS, HERIDAS INCISO-CONTUSAS, LACERACIONES, EROSIONES Y PINCHAZOS**

- ≈ Tipo de lesión que no coincide con la historia proporcionada. <sup>37</sup>
  
- ≈ Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones. <sup>37</sup>
  
- ≈ Lesiones frecuentes (indicador de especial importancia en menores de tres años). <sup>38</sup>
  
- ≈ Localización en zonas no habituales y no prominentes: áreas periocular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas. <sup>42</sup>
  
- ≈ Distribución: ocupan zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición asimétrica. <sup>42</sup>
  
- ≈ Configuración en formas geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto. <sup>37</sup>

≈ En distintos estadios evolutivos de curación\* y/o de cicatrización.<sup>38</sup>



**Hematoma en brazo<sup>39</sup>**



**Hematoma en dedo<sup>40</sup>**

### **Diagnóstico diferencial:**

≈ Lesiones cutáneo-mucosas accidentales: localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica.

---

\* Coloración hematomas: 0-3 días: zona tumefacta e hipersensible; rojo, azul-rojizo (hemoglobina). 3-7 días: azul púrpura, verde, amarillo- verdoso (hemosiderina). 7-30 días: amarillo, amarillo-marronoso, pardo (hematoidina).



- ≈ Variantes normales: manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas; venas prominentes; dermatografismo intenso. Prácticas rituales.
  
- ≈ Terapias alternativas (ventosas, digitopuntura o Shiatsu, etc.).
  
- ≈ Enfermedades dermatológicas: celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto; dermatitis facticias; eritema nodoso; eritema multiforme; vasculitis por hipersensibilidad; aplasia cutis.
  
- ≈ Enfermedades hemorrágicas: hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; hipoprotrombinemia; déficit vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática (enfermedad de Werlhoff); síndrome hemolítico-urémico; intoxicación salicílica; púrpura fulminante meningocócica; coagulación intravascular diseminada; síndrome de Ehlers-Danlos; síndrome de Schönlein-Henoch.

### **6.1.3. QUEMADURAS Y ESCALDADURAS**

- ≈ Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño, su nivel de desarrollo y con la historia relatada.<sup>42</sup>

- ≈ Presencia reiterada de lesiones. <sup>42</sup>
  
- ≈ Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas. <sup>43</sup>
  
- ≈ Distribución simétrica en forma de "calcetín o de guante"(producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies). <sup>44</sup>
  
- ≈ Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, etc.).<sup>44</sup>
  
- ≈ En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).<sup>43</sup>
  
- ≈ Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.<sup>42</sup>



**Ejemplos de quemadura<sup>45-46</sup>**

**Diagnóstico diferencial:**

≈ Prácticas rituales.

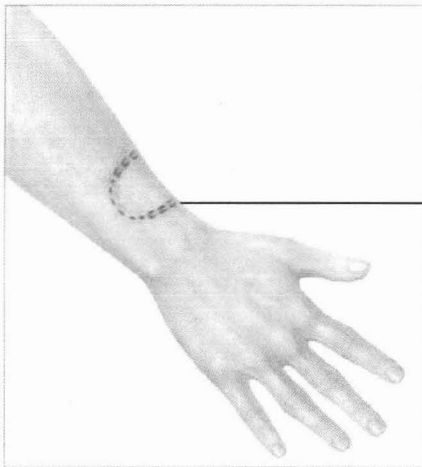
≈ Enfermedades dermatológicas: fotodermatitis; epidermolisis bullosa; síndrome de la piel escaldada por estafilococos; impétigo ampolloso; varicela; otras dermatitis ampollosas.

≈ Quemaduras/ escaldaduras accidentales: bordes irregulares; carácter único y casual; distribución asimétrica, localización en región anterosuperior del cuerpo y/o zonas descubiertas de la piel

#### 6.1.4. MORDEDURAS

≈ Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.)<sup>44</sup>

≈ Recurrentes (aisladas o múltiples).



Heridas graves y magulladuras causadas por la punción

ADAM.

**Mordedura en antebrazo<sup>47</sup>**

#### **Diagnóstico diferencial:**

≈ Mordedura de otro niño (distancia intercanina < 2,5-3 cm.), mordedura de perro o de otros animales; automutilaciones por metabolopatías o psicopatías.

### **6.1.5. ALOPECIA TRAUMÁTICA**

- ≈ Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada. <sup>48</sup>
  
- ≈ Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente. <sup>48</sup>
  
- ≈ Localización occipital u occipito-parietal. <sup>48</sup>

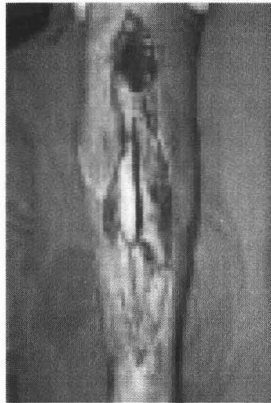
#### **Diagnóstico diferencial:**

- ≈ Áreas decalvantes por permanencia en decúbito (lactantes); tricotilomanía; enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata). <sup>43</sup>

### **6.1.6. LESIONES OSTEO - ARTICULARES**

- ≈ Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no camina). <sup>49</sup>

- ≈ Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintas etapas de consolidación. <sup>50</sup>
- ≈ Mecanismos de producción plenamente discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración. <sup>48</sup>
- ≈ Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia. <sup>44</sup>



**Fracturas expuesta en hueso largo<sup>51</sup>**

#### **6.1.6.1. Tipos de fracturas más frecuentemente observadas:**

- ≈ Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos "en espiral" (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial). <sup>50</sup>

- ≈ Fracturas metafisarias por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado. <sup>52</sup>
  
- ≈ Lesión epifisaria con desplazamiento, arrancamiento o fractura. <sup>48</sup>
  
- ≈ Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica; formación de nuevo hueso perióstico. <sup>49</sup>
  
- ≈ Fracturas craneales de tipo lineal, conminutas, con hundimiento o diastasadas, por impacto directo. <sup>50</sup>
  
- ≈ Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo. <sup>48</sup>
  
- ≈ Fracturas de escápula o esternón, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax. <sup>49</sup>
  
- ≈ Fracturas digitales. <sup>48</sup>

### **6.1.6.2. Secuelas:**

- ≈ Desviación, deformación o acortamiento de extremidades (lesiones con afectación del cartílago de crecimiento o con desplazamiento de las epífisis).
  
- ≈ Lesiones de médula espinal (en lesiones de columna vertebral).

### **Diagnóstico diferencial:**

- ≈ Variante normal: hueso nuevo perióstico fisiológico; sutura craneal aberrante.
  
- ≈ Traumatismo obstétrico.
  
- ≈ Enfermedades neuromusculares: insensibilidad congénita para el dolor, parálisis cerebral, mielodisplasia.
  
- ≈ Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta, hiperóstosis cortical infantil (enfermedad de Caffey).
  
- ≈ Osteoporosis.



- ≈ Osteodistrofia renal (hiperparatiroidismo secundario).
  
- ≈ Toxicidad: osteodistrofia por metotrexato, (terapéutica de prostaglandina para la hipervitaminosis A)
  
- ≈ Infecciones: sífilis congénita, osteomielitis.
  
- ≈ Neoplasias y enfermedades asociadas: leucemia, neuroblastoma metastático, histiocitosis X, osteoma osteoide, quiste óseo esencial.
  
- ≈ Defectos nutricionales: escorbuto, raquitismo, deficiencia de cobre.
  
- ≈ Síndromes genéticos raros: Síndrome de Menkes, Mucopolidosis II (enfermedad de célula I), Disóstosis cleidocraneal, Síndrome de Hajdu-Cheney, Enfermedad de Hutchinson-Gilford, Homocistinuria, Hipofosfatasa, Osteoporosis-pseudoglioma.

## 6.1.7. LESIONES ORGÁNICAS INTERNAS: AISLADAS O ASOCIADAS A OTRAS MANIFESTACIONES TRAUMÁTICAS, POR INTOXICACIÓN DELIBERADA O POR NEGLIGENCIA, QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO

### 6.1.7.1. Neurológicas (intracraneales)

≈ **Mecanismos de producción:** impacto directo sobre el cráneo; aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante ("Síndrome del niño sacudido"); compresión de la arteria carótida primitiva ("Síndrome de estrangulamiento"); aceleración rotacional brusca de la cabeza traccionando de la oreja ("Síndrome de la oreja en coliflor"); compresión persistente y violenta del tórax. <sup>54</sup>

≈ **Lesiones más frecuentemente observadas:** hematoma subdural (agudo o crónico), hematoma agudo subdural interhemisférico en región parieto-occipital, hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, atrofia cerebral con degeneración quística, hematoma epidural, dilatación del sistema ventricular, edema pulmonar. <sup>55</sup>

≈ **Secuelas:** lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (tetraplejia espástica, disfunciones motoras importantes, ceguera cortical, trastornos convulsivos, hidrocefalia, microcefalia); retraso mental; problemas del aprendizaje, motrices o conductuales. <sup>56</sup>

### 6.1.7.2. Oculares

≈ **Mecanismos de producción:** impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales.<sup>57</sup>

≈ **Lesiones más frecuentemente observadas:** hemorragias retinianas (unilaterales o bilaterales), desprendimiento de retina, "placas lacunares retinianas", hemorragia vítrea, edema corneal, queratitis, opacidad corneal, cataratas traumáticas, subluxación del cristalino, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas y "glaucoma congénito" bilateral (post-traumático).<sup>57</sup>

≈ **Secuelas:** cicatriz macular, atrofia óptica y ceguera.<sup>57</sup>



**Hematoma subconjuntival<sup>58</sup>**

### 6.1.7.3. Óticas

- ≈ **Mecanismo de producción:** impacto directo sobre zona periauricular. <sup>59</sup>
  
- ≈ **Lesiones más frecuentemente observadas:** hemorragia, desgarro o perforación timpánica. <sup>59</sup>
  
- ≈ **Secuelas:** hipoacusia, sordera. <sup>59</sup>



**Desplazamiento del cóndilo articular hacia la membrana timpánica  
producido por un golpe en el cuerpo mandibular<sup>58</sup>**

#### 6.1.7.4. Viscerales y torácicas

- ≈ **Mecanismo de producción:** impacto directo; compresión. <sup>60</sup>
  
- ≈ **Cuadros clínicos:** abdominal, con distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia; abdominal obstructivo; dificultad respiratoria; inespecífico. <sup>60</sup>
  
- ≈ **Lesiones más frecuentemente observadas:** hematoma duodenal intramural; pseudoquiste pancreático; pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica; hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal; desgarró mesentérico y hepático, con contusión; ruptura del colédoco; estenosis ileal; hemoperitoneo y ascitis quilosa post-traumática; edema, contusión y hematoma pulmonar; contusión esplénica y renal; hemotórax, neumotórax o quilotórax. <sup>60</sup>

#### 6.2. ABUSO SEXUAL

- ≈ Dificultad para andar o sentarse. <sup>61</sup>
  
- ≈ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. <sup>62</sup>

- ≈ Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas. <sup>61</sup>
  
- ≈ Eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando. <sup>61</sup>
  
- ≈ Hematomas por succión en cuello y/o mamas. <sup>62</sup>
  
- ≈ Signos asociados a sofocación parcial (petequias periorbitarias, marcas en el cuello). <sup>63</sup>
  
- ≈ Hemorragia genital o rectal. <sup>63</sup>
  
- ≈ Vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picor, inflamación y/o flujo). <sup>64</sup>
  
- ≈ Balanitis y balanopostitis; parafimosis. <sup>62</sup>
  
- ≈ Presencia de semen en piel, región perioral, cavidad oral, genitales, ano o ropa. <sup>60</sup>
  
- ≈ Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas, en ausencia de una explicación accidental adecuada: edemas, laceraciones, abrasiones, contusiones, desgarros, cortes

transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordeduras, cicatrices, quemaduras (en ocasiones provocadas por actos sádicos deliberados).<sup>64</sup>

≈ Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía perinatal: Sífilis \*, Gonococia \*, Chlamydia trachomatis \*, infección por VIH \*, Trichomonas vaginalis \*\*, Herpes genital \*\*\*, Condiloma acuminado anorectal \*\*\*, Vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis), Hepatitis A, Hepatitis B, Molluscum contagiosum.<sup>66</sup>

≈ Cuerpo extraño en la vagina o el recto.<sup>64</sup>

≈ Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia y no informa dice quien es el padre.<sup>65</sup>

≈ Disuria; defecación dolorosa; dolor abdominal; prurito genital o anal.<sup>65</sup>

≈ Infección urinaria recidivante.<sup>64</sup>

---

\* abuso sexual seguro; \*\* muy sospechoso; \*\*\* sospechoso; los demás no son concluyentes



**laceración en pene<sup>79</sup>**

### **Lesiones específicas o compatibles:**

- ≈ Vulvovaginales: adherencias labiales, sinequias del himen, ausencia del himen, remanentes del himen, dilatación himeneal > 5-6 mm. , rupturas del himen.<sup>65</sup>
  
- ≈ Anales y perianales: dilatación anal refleja > 15 mm. y reproducible (sin materia fecal en la ampolla), acortamiento o eversión del canal anal, fisuras únicas o múltiples de localización posterior, congestión venosa perianal, verrugas perianales<sup>68</sup>.

### **Diagnóstico diferencial:**

- ≈ Lesiones accidentales: lesión por caída en horcajadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil).<sup>65</sup>



- ≈ Lesiones no accidentales: masturbación, mutilación genital femenina, prácticas nocivas de cuidado genital <sup>65</sup>
  
- ≈ Problemas congénitos: fusión de labios, hemangioma, defectos de la línea media, rafe prominente, línea vestibular, hiperpigmentación perianal, colgajos de piel anal en la línea media, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis anal, variación del músculo bulbocavernoso. <sup>69</sup>
  
- ≈ Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico, liquen plano, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, atópica o por contacto, psoriasis, irritación por jabón (baños de burbujas) u otros productos o ropas, mala higiene, lesiones de rascado por parasitosis, penfigoide bulloso. <sup>68</sup>
  
- ≈ Problemas anales: sangrado rectal por diarrea infecciosa (salmonella, shigella), colitis ulcerosa (enfermedad de Crohn), fisura, síndrome hemolítico-urémico, pólipo rectal u otro tumor de recto; estreñimiento crónico, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales, atonía neurógena asociada a espina bífida o lesión baja de la médula espinal, dilatación anal postmortem. <sup>69</sup>
  
- ≈ Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, uretrocele <sup>67</sup>.

- ≈ Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiasica o por otros agentes; lesiones por varicela. <sup>66</sup>
  
- ≈ Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo; enfermedad de Bechet. <sup>70</sup>

### **6.3. NEGLIGENCIA O ABANDONO FÍSICO**

- ≈ Consecuencias por negligencias en la alimentación (de privación de alimentos, dietas inadecuadas): Malnutrición protéico-energética aguda y/o crónica (tipos kwashiorkor o marasmático); Obesidad; Retraso de crecimiento; Raquitismo; Microcefalia; Anemias (principalmente ferropénica); Déficit de vitaminas; Déficit de oligoelementos; Palidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente; Retrasos en el desarrollo psicomotor; Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje; Retraso en el desarrollo puberal. <sup>71</sup>
  
- ≈ Consecuencias por falta de higiene en el hogar: Infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales; Infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial, recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco. <sup>72</sup>

- ≈ Consecuencias por falta de aseo: mal olor; vestuario inapropiado, inadecuado, sucio; pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopécicas, piojos, liendres; uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia, con roña ("coraza indisoluble"), con costras, con pliegues cutáneos macerados; eccemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.<sup>73</sup>
- ≈ Consecuencias por permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas: eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.<sup>74</sup>
- ≈ Consecuencias por negligencias en el cuidado odontológico: caries en número abundante y no tratadas; falta de dientes; polipos repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales; pérdida del color normal de los dientes.<sup>75</sup>
- ≈ Consecuencias por la falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental: caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.<sup>73</sup>

≈ Consecuencias por negligencias en el cuidado médico: Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.): enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc. <sup>71</sup>

≈ Por despreocupación en la atención a las enfermedades (retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes): enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo, enfermedades prolongadas, complicaciones evitables, muerte. <sup>76</sup>

#### **6.4. MALTRATO Y ABANDONO EMOCIONAL**

≈ Retraso de crecimiento "no orgánico". <sup>77</sup>

≈ Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño. <sup>78</sup>

≈ Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.<sup>78</sup>

≈ Retrasos en el desarrollo psicomotor.<sup>77</sup>



**Retraso de crecimiento<sup>79</sup>**

## **6.5. MALTRATO PRENATAL**

≈ Sufrimiento fetal.<sup>78</sup>

≈ Mortalidad.<sup>78</sup>

≈ Prematuridad.<sup>80</sup>

≈ Retraso de crecimiento intrauterino.<sup>81</sup>

≈ Bajo peso al nacer. <sup>81</sup>

≈ Microcefalia. <sup>82</sup>

≈ Síntomas inespecíficos como dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, sudoración, convulsiones, irritabilidad o letargo. <sup>78</sup>

≈ Síndrome de abstinencia. <sup>80</sup>

≈ Manifestaciones fenotípicas (p.e. del síndrome alcohólico fetal/efectos fetales relacionados con el alcohol). <sup>82</sup>

≈ Malformaciones congénitas. <sup>81</sup>

≈ Daño cerebral con o sin lesiones permanentes y disfunción motora. <sup>78</sup>

≈ Dificultades para una posterior regularización del retraso de crecimiento intrauterino o del bajo peso (fallo de medro). <sup>80</sup>

≈ Retraso del desarrollo psicomotor. <sup>81</sup>

≈ Epilepsia. <sup>82</sup>



**Aborto salino<sup>83</sup>**

## **6.6. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES**

≈ Habitualmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 3 años), aunque la edad al diagnóstico oscila entre 1 mes y los 21 años de edad. <sup>84</sup>

≈ Los niños y las niñas están igualmente afectados (no existen diferencias por sexo). <sup>85</sup>

- ≈ Los síntomas y/o signos clínicos son persistentes o recidivantes (la duración de la "enfermedad" oscila entre unos pocos días a 20 años, con una media de 14 meses).<sup>85</sup>
  
- ≈ Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solamente en presencia de la madre y no aparecen cuando la madre está ausente.<sup>86</sup>
  
- ≈ Los síntomas y/o signos clínicos son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.<sup>87</sup>
  
- ≈ Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados, y generalmente de comienzo agudo, son: fiebre, exantemas infecciosos, ataxia, convulsiones, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, alergias (a múltiples alimentos o medicamentos), dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, diarrea, hematemesis, úlceras bucales, hematuria, hipertensión, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia de perfil bioquímico.<sup>88</sup>
  
- ≈ Además de los síntomas físicos, también puede presentar síntomas psicológicos y emocionales.<sup>87</sup>
  
- ≈ Existe discordancia entre el aparente buen estado de salud del niño y la historia de graves síntomas clínicos y/o la alteración de las pruebas de laboratorio.<sup>82</sup>



- ≈ Existe el antecedente de ingresos múltiples, en distintos hospitales, y abundantes exploraciones complementarias.<sup>88</sup>
- ≈ Los procedimientos terapéuticos, habituales y apropiados, aplicados son inefectivos o no tolerados.<sup>89</sup>
- ≈ Existe una enfermedad confirmada de causa inexplicable (la morbilidad de este síndrome es de alrededor de un 8% de los casos).<sup>90</sup>
- ≈ Se ha producido una muerte de causa inexplicable (la mortalidad de este síndrome oscila entre un 10-20%, siendo mayor el riesgo en los niños menores de 3 años).<sup>91</sup>
- ≈ El personal sanitario piensa en la posibilidad de hallarse frente a un caso nuevo insólito.<sup>92</sup>
- ≈ Existe asociación en el 100% de los casos con maltrato emocional y asociación frecuente con fallo de medro (14%), maltrato físico (1%) y abuso sexual (1%).<sup>80</sup>

## 7. CAUSAS Y EFECTOS DEL MENOR MALTRATADO

### 7.1. CAUSAS

- ≈ De las observaciones con que se cuenta se identifica que en un gran número de casos el agresor fue agredido en su infancia por sus padres, tutores o algún adulto, de la misma manera que ahora él lo hace con sus hijos.<sup>93</sup>
  
- ≈ También se identifica que los padres carecen de capacidad para asumir la educación y responsabilidad que tienen de sus hijos.<sup>94</sup>
  
- ≈ Los adultos agresores tuvieron problemas de salud en los primeros años de vida.<sup>93</sup>
  
- ≈ En gran número de casos los agresores se encuentran alcoholizados o drogados.<sup>95</sup>
  
- ≈ La violencia familiar derivado de las diferencias entre la pareja, como puede ser la falta de recursos económicos, celos, incumplimiento de deberes en el hogar, etc.<sup>94</sup>

≈ Desintegración familiar<sup>93</sup>

≈ Familias extensas o numerosas.<sup>95</sup>

## **7.2. EFECTOS**

La explotación sexual comercial de los niños puede tener consecuencias graves, duraderas de por vida, e incluso mortales, ya que afectan a su desarrollo. Los niños que se encuentran inmersos en la ESCI están expuestos a problemas de salud y a problemas que impiden su desarrollo normal, tales como<sup>96</sup>:

≈ Desnutrición

≈ Enfermedades de transmisión sexual (VIH-SIDA, sífilis, gonorrea)

≈ Adicciones

≈ Embarazos no deseados

≈ Abortos

≈ Mortalidad materna

≈ Discapacidades físicas

≈ Heridas causadas por violencia

≈ Trastornos psiquiátricos y emocionales

≈ Trastornos y dificultades en el aprendizaje

≈ En la conducta del menor se observan temores y desconfianza y gran dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y estables.

≈ Los sentimientos de estima personal no se desarrollan adecuadamente en el menor, toda vez que se acepta el maltrato como algo que se merece por su desobediencia o incapacidades.

≈ Ante el maltrato los niños pueden responder con un comportamiento pasivos, se les observa tristes y sumisos, o con un comportamiento rebelde y agresivo, generalmente dirigida hacia otros niños.

≈ A nivel intelectual estos niños suelen presentar un retardo en su desarrollo y dificultades en el aprendizaje, como resultado de una pobre estimulación o desinterés de los padres en la educación de su hijo y, en parte, por temor del niño maltratado frente a las consecuencias de un posible nuevo error o fracaso.

## 8. MÉTODOS DISCIPLINARIOS QUE EMPLEAN LOS PADRES PARA CORREGIR A SUS HIJOS Y CUAL ES SU EFECTO

- 1 **Autoritario:** Esta forma autoritaria es un poder concentrado en el padre o la madre, quien impone su autoridad sin tomar en cuenta el criterio y punto de vista de sus hijos, ejerciendo el control de manera irracional con golpes y castigos.<sup>97</sup>
  
- 2 **Permisivo:** El poder esta concentrado en el hijo. El padre no tiene autoridad. No existen reglas. "el hijo gana".  
**Efecto:** se produce un resentimiento<sup>97</sup>
  
- 3 **Democrático:** El padre o la madre tiene el poder; pero no lo usa para resolver conflictos. "Nadie pierde".  
**Efecto:** existe una autentica comunicación.<sup>97</sup>

≈ A nivel intelectual estos niños suelen presentar un retardo en su desarrollo y dificultades en el aprendizaje, como resultado de una pobre estimulación o desinterés de los padres en la educación de su hijo y, en parte, por temor del niño maltratado frente a las consecuencias de un posible nuevo error o fracaso.

## 8. MÉTODOS DISCIPLINARIOS QUE EMPLEAN LOS PADRES PARA CORREGIR A SUS HIJOS Y CUAL ES SU EFECTO

- 1 **Autoritario:** Esta forma autoritaria es un poder concentrado en el padre o la madre, quien impone su autoridad sin tomar en cuenta el criterio y punto de vista de sus hijos, ejerciendo el control de manera irracional con golpes y castigos.<sup>97</sup>
- 2 **Permisivo:** El poder esta concentrado en el hijo. El padre no tiene autoridad. No existen reglas. "el hijo gana".  
**Efecto:** se produce un resentimiento<sup>97</sup>
- 3 **Democrático:** El padre o la madre tiene el poder; pero no lo usa para resolver conflictos. "Nadie pierde".  
**Efecto:** existe una autentica comunicación.<sup>97</sup>

## **9. PROGRAMA DE PREVENCIÓN AL MALTRATO DEL MENOR**

Es un programa del Sistema Nacional para el Desarrollo Familiar Integral (DIF) que vela por el bienestar y desarrollo de los menores que son objeto de malos tratos.<sup>98</sup>

### **9.1. OBJETIVOS GENERALES**

Dar asistencia social a los menores de edad desde que nacen hasta los 18 años de edad, que sufren habitualmente violencia física o emocional o ambas, y que fueron ejecutadas en forma intencional no accidental, por padres, tutores o personas responsables de éstos.<sup>98</sup>

## **9.2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO EN EL PROGRAMA**

### **RECEPCIÓN DE LA DENUNCIA DEL MALTRATO.**

La denuncia puede hacerse por vía telefónica, en carta escrita o bien personalmente, utilizando los teléfonos o domicilios del directorio de las procuradurías existentes en los estados de la República.<sup>98</sup>

El apoyo de la comunidad es valioso para combatir una de las peores formas de abuso en los menores y adolescentes y la explotación sexual comercial infantil, ya que una sociedad informada, es la mejor forma de combatir este tipo de problemas, al estar sensibilizada.<sup>98</sup>



## **10. PROGRAMA CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL (ESCI)**

### **10.1. OBJETIVO**

Promover políticas y acciones sistemáticas para la prevención, atención y protección de niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial infantil (ESCI), con la participación de los tres niveles de gobierno, instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional e internacional.<sup>99</sup>

### **10.2. POLÍTICAS**

- ≈ Coordinar y vincular acciones permanentes con instancias públicas y privadas nacionales e internacionales y organizaciones de la sociedad civil involucradas en la atención, prevención y protección de la ESCI.<sup>99</sup>
- ≈ Emitir opinión sobre la revisión legislativa.<sup>99</sup>
- ≈ Promover los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes.<sup>100</sup>

### 10.3. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Promoción	Difundir la campaña permanente contra la Explotación Sexual Comercial Infantil. Organizar la Reunión Centroamericana contra la Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.
Desarrollo normativo	Elaborar el Manual “La Explotación Sexual Comercial Infantil: propuesta de intervención comunitaria en favor de la población vulnerable”.
Investigación	Investigar, diagnosticar y promocionar los Planes de Acción en 4 ciudades. Presentar los diagnósticos sobre la problemática en Oaxaca y Veracruz.
Coordinación intra e interinstitucional	Llevar a cabo la operación de la Coordinación Nacional para la Prevención, Atención y Erradicación de la ESCI.

### 10.4. IMPACTO SOCIAL

Impulsar medidas para la atención de las niñas, niños y adolescentes que han sufrido o sufren explotación sexual comercial, para sustraerlos de este fenómeno y ayudar a la reconstrucción de su autoestima, propiciando su desarrollo como seres humanos integrales.<sup>99</sup>

## 11. MANIFESTACIONES BUCALES Y FACIALES

### 11.1. MALTRATO FÍSICO

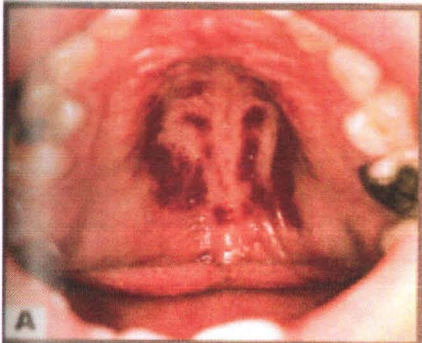


El hematoma sublingual es signo patognomónico de una fractura mandibular a nivel de la sínfisis o de la región canina del cuerpo mandibular<sup>58</sup>

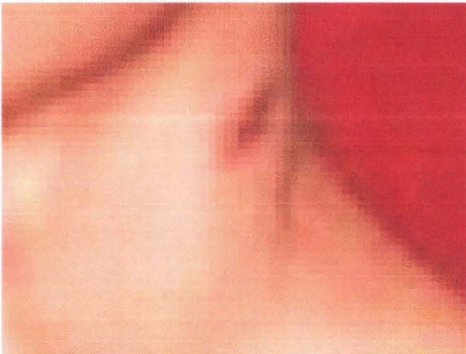


Hematoma en región mastoidea y alrededor del ojo izquierdo<sup>58</sup>

**11.2. ABUSO SEXUAL**



**Manifestación de abuso sexual en boca y oreja<sup>58</sup>**



**Mordedura en cuello<sup>101</sup>**

### 11.3. NEGLIGENCIA



**Ejemplo de abandono<sup>58</sup>**



**un lactante de tres meses fue mordido por un niño al que se dejó encargado del pequeño<sup>58</sup>**

## 12. CONCLUSIONES

Los casos de maltrato infantil no salen a la luz y no se denuncian porque no sabemos identificar los signos que delatan que a un niño lo maltratan, o bien porque cuando las evidencias existen, preferimos evitar problemas o tememos que al hacerlas públicas pueda volverse contra el propio niño o también porque el presunto maltratador es una persona próxima o conocida. Es un problema de dimensión e interés comunitario, la sociedad en su conjunto debe buscar las soluciones, pero cuando existan sospechas fundadas de que un niño o una niña está sufriendo de maltrato se debe actuar con responsabilidad ética y con la máxima prudencia. Lo primero es poner el caso en manos de los servicios sociales, que determinarán cómo se aborda la situación desde el aspecto legal, psicológico, familiar, escolar y contando con la colaboración de las instituciones especializadas en atención a menores. Si las intervenciones públicas tardan en actuar, el Cirujano Dentista no debe hacerlo directamente ante el niño, ni ante la familia y mucho menos convertir los hechos en objeto de chisme y morbo de la sociedad.

La discreción y el sentido común son, en este caso, un deber moral y favorecen la solución de estas situaciones. Si los servicios sociales no atienden la demanda, se puede insistir ante la institución correspondiente. De persistir la demora, se tiene el deber cívico de denunciar el hecho ante las autoridades, especialmente cuando la violencia que sufre el niño es manifiesta y reiterada. Corresponde a los servicios públicos la atención a la infancia abordar las situaciones de maltrato infantil, pero todos somos responsables de favorecer las condiciones sociales para que los derechos de los niños sean respetados.

## 13. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Loredo Abdala A. Maltrato al menor. Madrid. Interamericana McGraw Hill; 1994.
2. Martínez Roig A. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona. ediciones Martínez Roca; 1993.
3. Hobbs, C.J., Hanks, HGI., Wynne JM. Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook 2nd. edition. Churchill; 21 (5) : 182 - 7
4. Valdivia. Una realidad preocupante. El diario Austral. Septiembre 11, 2003. <http://www.australvaldivia.cl/.../2031109045748.html>
5. Dubowitz H., Giardino A., Gustavson, E. Child Neglect: guidance for pediatricians. *Pediatr Rev* 2000; 21 : 111-116
6. San Martín J. Violencia contra niños. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Ed. Ariel S.A. Barcelona. 1999
7. Pérez Fabiola. Maltrato infantil. Periódico El siglo de Torreón. Coahuila. 2004. <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/.../m/05/y/2004>
8. Asociación de País de Escolado Combatentes. Brasil. 2001. <http://www.apeco.pt/entrada>
9. Mc Cook Alison. Child Abuse. National Institutes of Health. E.U.A. 2004. <http://www.nlm.nih.gov/medline/childabuse.html>

10. Nuñez Rojas Raquel Guadalupe. Postura de la iglesia ante el maltrato infantil. Rev. arquidiócesis de Guadalajara. Abril 2004. <http://www.semanario.com.mx/.../portada.html>

11. Querol X. El niño maltratado. Barcelona. Editorial Pediátrica;1990

12. Abuse and Neglect. Pediatrics 1999. Aug; 104 (2 Pt I) : 348 - 50

13. Austin Children Shelter. April is child abuse on prevention month. Info on child abuse. Texas Department of family & protective services. <http://www.austinchildrenshelter.org/childabuse2.html>

14. Siegel PT, Fisher H; Münchausen by proxy syndrome: barriers to detention, confirmation and intervention. Children´s services: Social Policy, Research and Practice; 2001; 4 : 31 - 50

15. Oliván G, Fleta J, Baselga C et al. Síndrome de Münchausen en la infancia. Bol Soc. Pediat. Arag. Rioj. Sor. 1992 ; 22 : 184- 190

16. Morales J.M., Zunzunegui Pastor V, Martínez Salceda V. Modelos conceptuales ndel maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. Gac Sanit 1997 septiembre - octubre; 11 ( 5 ) : 231 - 41

17. Brown J. Cohen P, Johnson JG. Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factor for child maltreatment findings of a 17-years prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. child Abuse Neg. 1998: 22 (11) : 1065-78



18. Flanagan P. Coll CG, Andreozzi L, Riggs. Predicting maltreatment of children of teenage mothers. Arch Pediatric Adolescence Med 1995 Apr; 149 (4) : 451 - 5

19. Cerezo MA, Más E, Simó S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en las situaciones de maltrato infantil. (memoria final del proyecto). Dirección General de Servicios Sociales. Generalitat Valenciana. Valencia. 1998 : 27, 39 - 53

20. Rosario Peña Gabriel. El maltrato infantil. Sinaloa, 2003. <http://www.dechsinaloa.org.mx/revista/num3/art6.htm>

21. Sánchez Salomon. Abuso sexual en quirófano I. E.U.A. 2003. <http://www.ocalum.weblogger/com.br>

22. Sánchez Salomon. Abuso sexual en quirófano II y III. E.U.A. 2003. <http://www.picarelli.com.br>

23. Blain SM. Abuse and neglect as a component of pediatrics component of pediatric treatment planning. J. Calif Dent Assoc. 19 (9): 16 - 24, 1991

24. Brown J., Cohen P., Johnson J.G., Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factor for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of officialy recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Neg. 1998; 2 (11): 1065 - 1078

25. Legalitas. Como detectar el maltrato infantil. Rev. Carrefour. México, 2004. [http://www.carrefour.es/.../maltrato\\_infantil.html](http://www.carrefour.es/.../maltrato_infantil.html)

26. Salum Jorge. Cambio en los procesos por maltrato infantil. Diario de la capital. Mexicali. Agosto 2004. <http://www.upcnsfe.org.ar/ampliada.pht?idHome=496>

27. Desarrollo Integral de la Familia. Programa de Prevención del Maltrato del Menor. México, D.F. 2000.

28. Moudén LD, NBross D.C. Legal issues affectin dentistry's role in preventing child abuse and neglect. J. Am. Dent Assoc 126 : 1173 - 80, 1995

29. Balge KA, Milnerf JS. Emotion recogniyion ability in mother at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neg. 2000; 24 (10); 1289 - 98

30. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Ed. Consejería Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, Abril 1999: 49 - 72, 167 - 172

31. Univision Televisión Group. Detienen pareja por abuso infantil - niña tenía moretones en su cuerpo. <http://www.univision.com/contest/contest.jhtml/?child>

32. Ochoterena P., Arruabarrena MI. Manual de Protección Infantil. Barcelona. Editorial Masson; 1996.

33. American Academy of Pediatrics. Committee on Child and Adpñescent Health. The role of home - visitation programs in improving health outcomes for children and families. Pediatrics. 1998; 101 (3): 486 - 9

34. Dufort B. Maltrato Infantil. España, 2003.  
<http://www.old.clarin.com/diario/2003/10128/suplementos.html>

35. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, 2005

36. Teeth. Endodontics dental Traumatology:1997. 13:285-288

37. Medical necessity for the hospitalization of the abused and neglect child. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care of Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1998; 101 : 715-716

38. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada. editorial Comares. 1995.

39. García Tomas. Maltrato Infantil. México, 2002.  
<http://www.elpanaamerica.com/pa/.../estilo.shtml/>

40. Health related pictures and definitions. E.U.A. 2005.  
<http://www.health-pictures.com/hematoma-picture.html>

41. Desarrollo Integral de la Familia. Programa de Prevención del Maltrato del Menor. México, D.F. 2000.

42. Oral and Dental Aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics Dentistry. 1999

43. Ganong W. Fisiología médica. México, editorial Manual Moderno: 2000.
44. Ten Bensel RW, King KJ: Neglect and abuse of children: historial aspects, identification and managenes. ASDC J. Dent Child 42 : 348 - 58, 1975
45. Asociación de Paramédicos. Editorial del mes de Octubre 2004. <http://www.paramedicos.com.mx/educacioncontinua.html>
46. Nuestra señora de la paloma. Boletín 66. Madrid mayo 2003. <http://www.archmadrid.es/.../boletin/archivo.may03.htm>
47. Enciclopedia Médica en Español. Mordeduras humanas. E.U.A. 2005. <http://www.nlm.nih.gov/.../ency/fullsize/9759.jpg>
48. Lazoritz S: Whatever happened to Mary Ellen? Child Abuse Neglect 14: 143 - 49, 1990
49. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual. Pediatr Dent 17 : 26, 1995
50. Diagnostic Imaging of child abuse. American Academy of Pediatric, Section of Radiology, Pediatrics 2000; 105: 1345 - 8
51. Enciclopedia Médica en Español. Fracturas de huesos largos. E.U.A. 2005. <http://www.nlm.nih.gov/.../ency/fullsize/9759.jpg>
52. Martínez Dubois S. Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. México. Editorial Mc-Graw Hill Interamericana; 2001

53. Sánchez A. Introducción a la técnica y educación quirúrgica. 3era ed.
54. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries technical report. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2001; 108 : 206 - 210
55. Chandrossoma P. Patología General. Editorial Manual Moderno; 1998
56. Robbins S., Cotran RS. Patología estructural y funcional. 6ta ed. México. Editorial Panamericana; 2001
57. Pérez Tamayo, Introducción a la patología. Mecanismo de la enfermedad. México, Editorial Médica Panamericana: 1987
58. Cameron, R. Manual de Odontología Pediátrica. Harcourt Brace. 1998
59. Becker, Needleman HL, Kotelchuck N. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentist, Journal of American Dental Association; 1978. 97: 24 - 28
60. Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Valladolid. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. 1998.
61. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999; 103: 186-191

62. Osuna MJ, Cabrera JH, Morales MC. Child Abuse Negl 2000; 24 (7): 911 - 924
63. Kotch JB, Browne CD, Ringwalt CL, Dufort V, Ruina E, Stewart PW, Jung JW. Stress, Social support and substantiated maltreatment in the second and third years of life. Child Abuse Negl. 1997 Nov.; 21 (11) : 1025 - 37
64. Siegel R, Hill T, Henderson V, Ernst H, Boat B. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. Pediatrics 1999; 104 (4) : 874 - 7
65. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. Pediatrics 1998 Jun; 101 (6) : 1091-2
66. Jawetz E. Microbiología médica. México, editorial Manual Moderno: 1999.
67. <http://www.elpanamerica.com>
68. Major R.H. Propedéutica médica. México, editorial Interamericana; 1998
69. Rose L. Medicina interna en odontología. México, 2da. ed. Editorial Salvat; 1992
70. American Dental Association: From the states: legislation and litigation. J. Am. Dent. Assoc 75 : 1081-82; 1967

71. Bates B. Manual de Propedéutica Médica. México, Editorial Interamericana; 2000

72. Gomby D, Culross P, Behrman R. Home visiting: recent program evaluations. Analysis and recommendations. Future of Children 1999; 9 (1) : 4 - 26

73. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J, A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. Journal Pediatrics and Child Health. 1999; 35 (3) :237 - 244

74. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Jf. Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long - term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen year follow - up of a randomized trial. JAMA. 1997; 278 : 637 - 743

75. Mc Donald. Odontología Pediátrica y del adolescente. México, ed. Mosby. 1995

76. Kotch JB, Browne DC, Ringwalt CL, Durfort V, Ruina E. Steward PW, Jung JW. Stress, social support substantiated maltreatment in the second and third years of life. Child abuse Negl 1997 Nov; 21 (11) : 1025 - 37

77. Brassard MR, Germain R., Stuart N. Psychological maltreatment of children and youth. Elmsford, 1987. Pergamon Press

78. Zelenko M, Lock J, Kraemer HC, Steiner H: Perinatal complications and child abuse in a poverty sample. Child Abuse Negl. 2000; 24(7): 939-950

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

79. García Paredes Mario. Primera jornada de capacitación sobre el maltrato infantil y el abuso sexual. España. 2002.<http://www.childeweb.com/datos/noticias/noticias.asp>
80. Flanagan P, Coll CG, Andreozzi L. Riggs S. Predicting maltreatment of children of teenage mothers. Arch Pediatric Adolescence Med; 1995 Apr; 149 (4) : 451 - 5
81. Robbins SL., Crotan RS. Patología estructural y funcional. México, editorial Panamericana: 2001
82. Harrison. Medicina Interna. México. Editorial Mc-Graw Hill; 1997
83. "Si hay amor y respeto". Rev. Alfa y omega. No. 247. España, 2001. <http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/niños.html>
84. Drake B., Pandey S. Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. Child Abuse Neglect 1996 Nov ; 20 (11) : 1003 - 18
85. Erthen I.O., Leventhal J.M., Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse. How good is the evidence? Lancet 2000; 356 (9232) : 814 - 9
86. Dopke C.A., Milner J.S. Impact of child noncompliance on stress appraisals attributions and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. Child Abuse Neg. 2000 ; 24 (4) : 494 - 504
87. Kerker B.D., Horwitz S.M., Leventhal JM, Plichat S., Leaf PJ. Identification of violence in the home: Pediatric and parenteral reports. Arch Pediatric Adolescence Med 2000; 154 (5) : 457 - 62



88. Jackson S., Thompson RA., Christiansen E.H., Colman R.A., Wyatt J., Buckendahl C.W., Wilcos B.L., Peterson R: Predicting abuse - prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample. *Child Abuse Neglect*. 1999 Jan.; 23 (1) : 15 - 29

89. Olivan G., Fleta J., Baselga C et al. Síndrome de Münchausen en la infancia. *Bol Soc Pediat Arag Rioj Sor* 1992; 22 : 184 -190

90. Siegel PT, Fisher H; Münchausen by proxy syndrome: barriers to detention, confirmation and intervention. *Children's services: Social Policy, Research and Practice*; 2001; 4 : 31 - 50

91. Riis L, Bodelsen H., Knudsen F.U. Incidence of child neglect and child abuse in the region of Copenhagen. *Ugeskrift for Læger* 1998 ; 160 (37); 5358 - 62

92. Britner, Preston A., Reppucci A. Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child & Family Studies*. Vol. 6 (2), Jun 1997, 165 -175

93. Mac Milan H. Preventive health care, 2000 update : prevention of child maltreatment. (Canadian Task Force on Preventive Health Care) *CMAJ* 2000; 163 (11) : 1451 - 8

94. Hodnett E.D., Roberts I. Home - based social support for socially disadvantaged mothers (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*, Issue 2, 1999. Oxford : Update Software

95. Eckenrode J., Ganzel B., Henderson Ch., Smith E., Olds D., Powers J., Cole R., Kitman H., Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation. JAMA 2000 ; 284 (11) : 1385 - 91

96. Desarrollo Integral de la Familia. Plan de acción contra la Explotación Sexual Comercial Infantil. México, 1998 - 2000.

97. Wekerle C., Wolfe D.A., Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. Clinical Psychology Review. 1993 13 : 501 - 540

98. Desarrollo Integral de la Familia. Programa de Prevención del Maltrato del Menor. México, D.F. 2000.

99. <http://dif.org.mx/ESCI>

100. Nester C.B. Prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999 March 15 ; 59 (6) : 1577 - 85, 1591 - 2

101. <http://www.telemarketing.com>