



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LA ODONTOPEDIATRÍA ANTE EL MALTRATO  
INFANTIL.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

NATALIA EUNICE HERNÁNDEZ ORTEGA

TUTORA: C.D. CLAUDIA NAGUHELY TOCHIJARA CORONA

ASESORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

A mis papás, todo lo que soy es gracias a ustedes, porque me han enseñado que hay que trabajar y esforzarse por lo que uno quiere, todos los días, gracias por su amor y comprensión incondicional. Son los mejores papas que alguien puede tener, espero nunca defraudarlos y que estén muy orgullosos de mí, este logro es por ustedes los amo.

Marce, hermanita gracias por ser mi mejor amiga y la hermana más maravillosa del mundo, por todas las travesuras que hicimos juntas, por explicarme y ayudarme con mis tareas, eres un ejemplo a seguir y cuando sea grande quiero ser como tú.

Valeria eres lo más importante en mi vida, doy gracias a Dios por mandarme ese angelito hace tres años, este logro chiquita es por ti, tú eres la razón por la que me levanto todos los días. Es un privilegio ser tu mamá hijita.

Fer por estar conmigo todos los días y apoyarme en todo lo que he querido, desde un nombre hasta que seminario escoger, por presionarme para lograr las metas que me he puesto y confiar en mí cuando inclusive yo he tenido dudas. Gracias por ser parte de mi vida. Te amo

A mi tía Marce gracias por estar conmigo todos los días casi, por estar pendiente de Marce y de mí, porque sin ti simplemente no sería lo mismo.

A mis tías Rebeca, Georgina y Claudia porque me han apoyado durante toda mi vida, me han consentido, hemos hecho muchas travesuras juntas pero sobre todo porque cada una de ustedes me ha dado algo para ser una mejor persona. Las amo muchísimo.

A mi tía Ma. Del Carmen y a mi tío Ramón por ser los padrinos más buena onda del mundo, por ayudarme cuando los he necesitado y siempre brindarme esa sonrisa que me reconforta. Los amo muchísimo.

En memoria de mi Tío Chucho, mi abuelitaClemencia ymi abuelito Raúl porque los extraño todos los días y quisiera que estuvieran conmigo. Porque todos los días pienso en ustedes y sé que estarían en primera fila para felicitarme y abrazarme.

A todos mis amigos por compartir momentos geniales y enseñarme que no siempre las primeras impresiones son las correctas (Iliana), que el confiar en alguien y brindarle oportunidades a los demás es importante (Rodrigo) y que a veces los amigos de tu novio terminan siendo tu mejor amiga no tiene precio (Berenice). Los quiero muchísimo a todos.

Dra. Claudia Tochijara, muchas gracias por su dedicación y apoyo invaluable para la elaboración de esta tesina.

A mí querida Facultad de Odontología porque me dio la oportunidad de aprender y tener una preparación excelente.

## Índice

<b>Introducción</b>	
<b>1. Antecedentes</b>	<b>7</b>
<b>2. Definición</b>	<b>12</b>
<b>3. Clasificación de maltrato</b>	<b>13</b>
3.1 Mapa conceptual	13
3.2 Activos	13
3.2.1 Abuso físico	13
3.2.2 Abuso sexual	14
3.2.3 Abuso emocional	14
3.3 Pasivos	14
3.3.1 Negligencia	14
3.3.2 Abandono emocional	15
3.3.3 Alienación parental	15
<b>4. Epidemiología a nivel mundial y nacional sobre el maltrato</b>	<b>16</b>
<b>5. Detección de factores de riesgo</b>	<b>20</b>
5.1 Modelo ecológico	20
5.2 Factores de Riesgo	23
<b>6. La odontopediatría ante el maltrato infantil</b>	<b>25</b>
6.1 Diagnóstico	25
6.1.1 Identificación por parte del cirujano dentista (inspección general)	26
6.1.2 Indicadores de comportamiento	26
6.1.2.1 Por parte del menor	27
6.1.2.2 Indicadores de comportamiento del tutor o cuidador	30
6.2 Exploración física general	32
6.2.1 Indicadores físicos	32
<b>7. Diagnóstico diferencial</b>	<b>51</b>
<b>8. Aspectos legales</b>	<b>53</b>
8.1 Documentación de las lesiones	53
8.2 Notificación e Interconsulta	53
8.3 Denuncia	55
<b>Conclusiones</b>	<b>56</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>58</b>
<b>Anexos</b>	<b>64</b>



## Introducción

El maltrato infantil es un fenómeno que ha existido en todas las culturas y evoluciona con el paso del tiempo; tiene sus orígenes en los sacrificios religiosos, el abuso por parte de los padres, el abandono, la explotación laboral, entre otros, finalmente, Kempe lo define como “síndrome del niño golpeado”, tomando en cuenta una serie de signos y síntomas, entre los que destacan la presencia de hematomas y lesiones musculoesqueléticas.

En la actualidad se observa un aumento en la violencia intrafamiliar, la cual es la causa principal del maltrato infantil, este se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Es importante recordar que el maltrato es un conflicto el cual se maneja de manera interdisciplinaria.

De acuerdo a lo anterior se puede definir al maltrato infantil como una patología de carácter médico-socio-legal, que involucra a un menor; considerando a un grupo etario de 0 a 18 años, un agresor, que puede ser el padre, tutor, familiar o inclusive individuos sin parentesco, un factor desencadenante y un medio ambiente en donde se desarrolla el maltrato.

Es importante detectar los factores de riesgo que influyen para que el maltrato pueda desarrollarse; ya que la detección precoz de los mismos evita consecuencias de mayor gravedad para el menor.



El odontólogo tiene un papel importante en la detección de los niños que sufren maltrato, ya que el 65% de las lesiones se localizan en cabeza, cara y cuello y por qué los padres no tienen la precaución de cambiar el servicio dental, como el médico con el propósito de esconder las lesiones en el niño. El cirujano dentista debe capacitarse para poder diagnosticar al niño maltratado, por medio de una historia clínica detallada y una evaluación de los indicadores de comportamiento del menor y de los padres.

Si se sospecha de maltrato se deben identificar los signos y síntomas que se pueden hallar en el menor realizando una documentación de las lesiones. Así mismo debe conocer las instituciones a las cuales remitir al paciente para que este cuente con una atención interdisciplinaria e interinstitucional, para lograr la rehabilitación exitosa tanto del paciente y en medida de lo posible la del agresor.



## 1. Antecedentes

El maltrato hacia los niños no es algo nuevo en la sociedad, ha existido en todo tipo de culturas y grupos étnicos desarrollándose, a lo largo de la historia en diferentes etapas. La actitud social ante esta situación ha cambiado dramáticamente al paso de los siglos<sup>1,2</sup>

En las culturas de India, Grecia, Roma y Egipto; los padres sacrificaban a sus hijos como adoración a sus deidades. Encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes al maltrato de los menores. En la mitología romana hay relatos de que Saturno devora a sus hijos; así mismo en la mitología griega Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se menciona a Abraham, quien para demostrar su fe, estuvo a punto de sacrificar a su hijo; o la matanza ordenada por el rey Herodes a los niños menores de dos años de edad en Belén.<sup>3</sup> En Egipto cada año se ahogaba en el río Nilo a una joven, para que este se desbordara y fertilizará las tierras.<sup>4</sup>

Licurgo (900 a.C.) refiere que en Esparta los niños, que presentaban deficiencias físicas al nacer, eran arrojados por el barranco del Taigeto.<sup>5</sup>

Posteriormente la cultura romana (año 451 a.C.) elabora la “*Ley de las XII tablas*” o “*Ley de igualdad romana*” incluyendo en las Tablas IV, V (referentes al derecho familiar y de sucesiones) el concepto de “*patria*

<sup>1</sup> Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P, Mastagas D. The responsibility of dentists in identifying and reporting child abuse. The internet Journal of law, healthcare and ethics. 2007; 5 (1): 1-10.

<sup>2</sup> Del Bosque-Garza J. Historia de la agresión a los niños. Gac Méd Mex.2003; 39 (4): 367-370.

<sup>3</sup> Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México 1998; 40 (1): 1-8.

<sup>4</sup> Saéz-Crespo A, Castro- Molina M, Martínez-Piedrola M. Manual de enfermería en el maltrato infantil. Ed. Mayoral. Madrid 2008, pp. 22

<sup>5</sup> Morante-Sanchez C, Kanashiro-Irakawa C. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana 2009; 19 (1): 50-54.



*potestad*”, que es el conjunto de derechos y obligaciones o deberes que la ley reconoce a los padres sobre las personas y bienes de sus hijos.<sup>6</sup>

Aristóteles en el año 400 a.C. decía que *“un hijo y un esclavo eran propiedad de los padres y nada de los que se haga con lo que le es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno”*.<sup>7</sup>

Con la cultura cristiana llega un cambio en la protección a los más débiles. El emperador Constantino (272-337 d.C.) promulga en contra del infanticidio sin embargo esta práctica no es exterminada por completo.<sup>8</sup>

El infanticidio siguió como práctica habitual en el siglo IV d.C. las niñas eran arrojadas al río Jericó (Grecia), mientras que los niños eran empotrados en los cimientos de los muros, murallas, edificios y puentes, supuestamente para fortalecerlos.<sup>9</sup>

En un panorama nacional en el código Mendocino (o código Mendoza) (1540) se mencionan los diversos tipos de castigos que se les imponían a los niños como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile, dejarlos sin comer, quemarles el cabello, largas jornadas de trabajo, entre otros.<sup>10</sup>

Durante el renacimiento (siglo XV y XVI) se estableció una moderación a los castigos corporales, pero se aprobaban los azotes “sabiamente administrados”. Durante los siglos XVII, XVIII y XIX se da un cambio importante en la ideas de Rousseau que dice *“un niño es un ser cargado de posibilidades y capacidades con sus propios valores y del cual hay que conocerse mejor sus necesidades”*. Sin embargo los niños eran enviados con

<sup>6</sup> Douglas-Mouden L. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. CDA Journal.1998;1-10

<sup>7</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil: un problema mundial Art. Cit.

<sup>8</sup> Del Bosque-Garza J, Art. Cit.

<sup>9</sup> Santana-Tavira R, El maltrato infantil: un problema mundial Art. Cit.

<sup>10</sup> Ib.



una nodriza a los dos años de edad, después de unos años regresaban a su hogar para ser cuidados por sirvientes y a la edad de 7 años aprendían un oficio, servían o recibían educación; de manera que estos menores no eran atendidos por sus padres.<sup>11</sup>

En 1862 Tardieu describió el síndrome del niño golpeado a partir de 32 autopsias realizadas a niños golpeados y quemados. Paralelamente se da la explotación infantil, fruto de la revolución industrial los menores eran considerados propiedad de los “patronos”, trabajan en minas y fabricas una jornada laboral de 14 horas, se les sumergía en tinas de agua fría para mantenerlos despiertos, los golpeaban y les daban de comer muy poco.<sup>12</sup>

Durante esta etapa los médicos no consideraban al abuso como un problema de salud, se enfocaban únicamente en las lesiones que presentaba el menor, pero no era de importancia el entorno en el cual habían sucedido; el primer caso reportado de maltrato fue el de Mary Ellen de 9 años de edad en 1874 en la ciudad de Nueva York, quien fue encontrada encadena a un barroto de su cama, desnutrida por solo comer pan y agua, presentaba hematomas por las golpizas que recibía. El juicio fue llevado por los vecinos de la niña que tuvo que ser defendida por la sociedad para la prevención de la crueldad de los animales. Un año después se creó la 1ª Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños en E.U. y posteriormente se crean sociedades semejantes en diversos países.<sup>13</sup>

Hasta después de la primera guerra mundial (1924), queda establecida la tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra; que estipula que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando este hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano;

---

<sup>11</sup> Ib.

<sup>12</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil: un problema mundial Art. Cit.

<sup>13</sup> Morante-Sánchez CA, Art.cit.



a que se le ayude en situaciones de peligro; a estar protegido ante cualquier explotación económica y derecho a la educación.<sup>14</sup>

A partir del desarrollo de la Radiología (1946), Caffey describe que los niños con hematoma subdural, en ocasiones presentaban anomalías en huesos largos relacionadas a un trauma previo. Después de la segunda guerra mundial se impulsan los derechos de los niños y surge el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia “UNICEF” (1947) y se aprueba la declaración de los derechos del niño (1959).<sup>15</sup>

Kempe (1962) define por primera vez al maltrato hacia los niños como “síndrome del niño golpeado”, en base a los hallazgos clínicos en niños que ingresaban al hospital de Denver y a partir de esto se reconoce como un problema real, con repercusiones sociales, jurídicas y de salud.<sup>16</sup>

En México (1965) en el Hospital de Pediatría del Centro Médico se reconoce al primer grupo de niños maltratados. Posteriormente el Dr. Jaime Marcovich (1977) realiza una investigación a partir de 686 casos de maltrato infantil comprobado; se comienza a estudiar al maltrato pero no se realizan acciones para combatir o prevenirlo de manera eficaz.<sup>17</sup>

A partir de 1980 en E.U. se diseñan estrategias para la prevención dentro de la profesiones sanitarias, se considera al maltrato como una prioridad; de acuerdo a su etiología los niños en riesgo son aquellos que están inmersos en hogares disfuncionales, en pobreza extrema, hijos de padres alcohólicos, drogadictos o con problemas mentales, si bien es reconocido que los malos tratos no distinguen raza, sexo, ni condición social.<sup>18,19</sup>

---

<sup>14</sup> Saéz-Crespo A. Manual de enfermería Art.Cit

<sup>15</sup> Santana-Tavira R, El maltrato infantil: un problema mundial, Art. Cit.

<sup>16</sup> Stavrianos C, The responsibility of dentists in identifying and reporting child abuse. Art. Cit.

<sup>17</sup> Centro de estudios sociales y opinión pública. “Violencia y maltrato a menores en México. 2005: 3-4

<sup>18</sup> Morante-Sánchez CA, Art.cit.



Desde 1984 en el Departamento de Medicina Interna (MI) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) se atendió esta patología médico-social desde una perspectiva médica integral; es decir, no sólo se atiende el problema médico quirúrgico que el menor pueda tener, también se hace una evaluación del estado emocional del niño, de su familia, del agresor cuando es posible y un análisis socioeconómico de la familia. Todo este proceso se efectúa a través de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP).

En 1997, la CAINM-INP quedó formalmente constituida como grupo académico vinculado a la Facultad de Medicina de la UNAM (CAINM-INP-UNAM), dedicado exclusivamente a la atención de los niños, niñas y adolescentes que sufren violencia.<sup>20</sup>

En México (1999) instituciones como el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) llevan un registro de las denuncias y detección de los niños maltratados.<sup>21</sup>

Actualmente el maltrato infantil se ha convertido en un conflicto al que se enfrentan diferentes disciplinas, en la que se ven implicadas para su abordaje, debido a que no se presenta de manera aislada sino como una variedad de factores biopsicosociales.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>20</sup> Loredo Abdalá A, Perea-Martínez A. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. Acta Pediatr Mex. 2005; 26 (3): 137-140

<sup>21</sup> Centro de estudios sociales y opinión pública. "Violencia y maltrato a menores en México. 2005: 3-4

<sup>22</sup> Santana-Tavira R, El maltrato infantil: un problema mundial, Art. Cit.



## 2. Definición

Se define que el maltrato infantil es “una patología médico-socio-legal, que se presenta en todos los sectores y clases sociales. Es el resultado de múltiples factores, que ocurren en diversas intensidades y tiempo. Esto consiste en aquello que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de manera inadecuada (negligencia) de forma no accidental única o repetitiva, que priva al niño de sus derechos y bienestar, amenazando su desarrollo físico, psicológico y social armónico, íntegro y adecuado, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.<sup>23,24,25,26,27</sup>

---

<sup>23</sup> Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, Capistrán-Guadalajara A, Carballo-Herrera R, et al. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión nacional para el estudio y la atención integral al niño maltratado. Primera parte. Salud mental 2010; 33 (3): 281-290

<sup>24</sup> Morante-Sánchez CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Art. Cit.

<sup>25</sup> Santana-Tavira R, El maltrato infantil: un problema mundial. Art. Cit.

<sup>26</sup> Suárez-Saavedra S, Rodríguez-Suárez J. Maltrato infantil. BOL.PEDIATR 2006; 46 (1): 119-124.

<sup>27</sup> Alatorre-Wynter E. Violencia familiar y salud. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (1): 45-49.

### 3. Clasificación de maltrato

#### 3.1 Mapa conceptual (Fig.1)

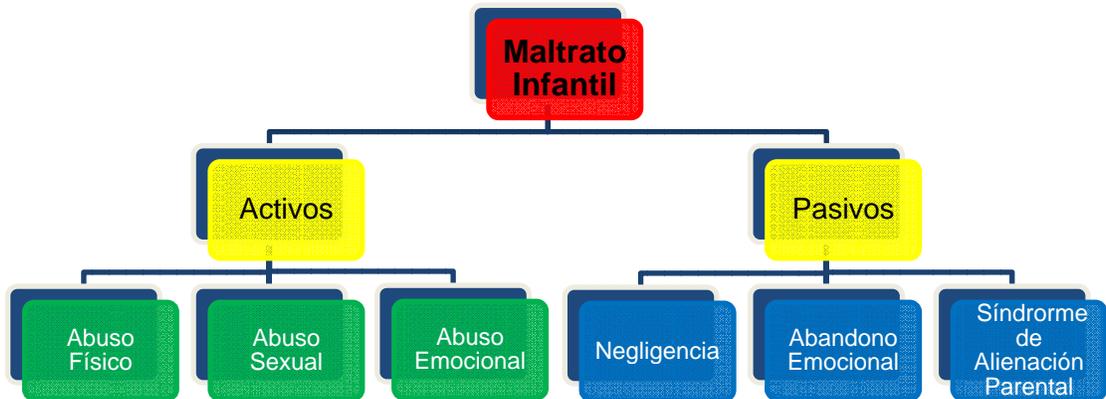


Fig.1 Clasificación del maltrato infantil, creado por autor

#### 3.2 Activos

##### 3.2.1 Abuso físico

Se define como toda agresión que causa daño intencional; provocando lesiones internas, externas o ambas, como hematomas, quemaduras, fracturas, daños abdominales, envenenamientos entre otras; como consecuencia de una acción violenta en contra del niño en forma directa. La gravedad varía desde leve hasta mortal; puede ser ocasionado por las personas que tienen la responsabilidad de su cuidado o por terceros.<sup>28,29,30</sup>

<sup>28</sup>Rodas A, Villaseñor P. Síndrome del niño maltratado y las diversas formas de abuso. Honduras Pediátrica 2006; 26 (1): 15

<sup>29</sup> Chavarria A, Castro-Mora S. Síndrome del niño agredido. Odontología Vital 2008; 1 (9):21-28

<sup>30</sup> Marchetti-Lamagni R, Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil. México 2006; 1ª ed.



### 3.2.2 Abuso sexual

Puede ser definido en base a dos aspectos principales, la diferencia de edad entre el agresor y la víctima (impide la libertad de decisión) y la existencia de coerción (se entiende como el empleo de fuerza, presión o engaño).<sup>31</sup> Por lo tanto es toda interacción que puede o no ser física, en que una persona en relación de poder (familiar o cualquier adulto), en busca de obtener su excitación, involucra al menor en una actividad de contenido sexual.<sup>32</sup>

### 3.2.3 Abuso emocional

Hostilidad verbal o no verbal crónica, reiterada, del padre, madre o cuidador, hacia el niño; en forma de insultos, amenazas, rechazos, desprecios, humillaciones, burlas, críticas, acoso, aislamiento, entre otros, que causa o puede causar un deterioro en la estabilidad y desarrollo emocional, social o intelectual del menor.<sup>33</sup>

## 3.3 Pasivos

### 3.3.1 Negligencia

Se define cuando un individuo no proporciona al niño lo necesario para su desarrollo como salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello, se perjudica la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. El hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de los daños en la medida de lo posible.

---

<sup>31</sup>Noguerol –Noguerol V, Saz-Marín A. Una mirada a la realidad. Intervención psicosocial 2002; 11 (2): 245-253.

<sup>32</sup>Marchetti-Lamagni R, Art. Cit.

<sup>33</sup> Mariño-Míguez J, Sieira-Fernández M. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad Aten Primaria. 2009; 16: 28-36.



Este tipo de abuso se podrá considerar como culpable (cuando el individuo sabe las consecuencias de los actos que realiza u omite) y como no culpable (cuando el individuo no sabe las consecuencias de los actos que realiza u omite).<sup>34,35</sup>

### 3.3.2 Abandono emocional

Se define como la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.<sup>36,37</sup>

### 3.3.3 Alienación Parental

Trastorno caracterizado por un conjunto de síntomas que resultan del proceso por el cual un progenitor transforma la conciencia de sus hijos, mediante distintas estrategias, con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>35</sup> Ferreira A, Beltrán M, Montoya C, Nuñez O, Bossio J. Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. OPS: 11

<sup>36</sup> Arruabarrena MI, De Paul J. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Ed. Pirámide 1999; pp. 29-35

<sup>37</sup> Moreno-Hanso JM. Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional. Rev Log Op Fon Audiol 2003; 23 (4): 211-222.

<sup>38</sup> Segura C, Gli MJ, Sepulveda MA. El síndrome de alienación parental. Una forma de maltrato infantil. Cuad Med Forense 2006; 12(43-44):117-128.

#### 4. Epidemiología a nivel mundial y nacional sobre el maltrato.

El maltrato infantil se presenta prácticamente en la totalidad de los países y clases sociales. Desde 1999 la OMS lo considera como un asunto de salud pública mundial.<sup>39</sup>

La prevalencia real del maltrato es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados; por la propia naturaleza del problema; se producen dentro del núcleo familiar, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos) y que el agredido sea un niño, estos elementos condicionan el conocimiento del número de casos. Partiendo desde esta premisa los expertos asemejan la situación a la de un iceberg presentado en las Fig.2 y 3, estimando que los casos detectados solo son una parte de los casos reales.<sup>40</sup>

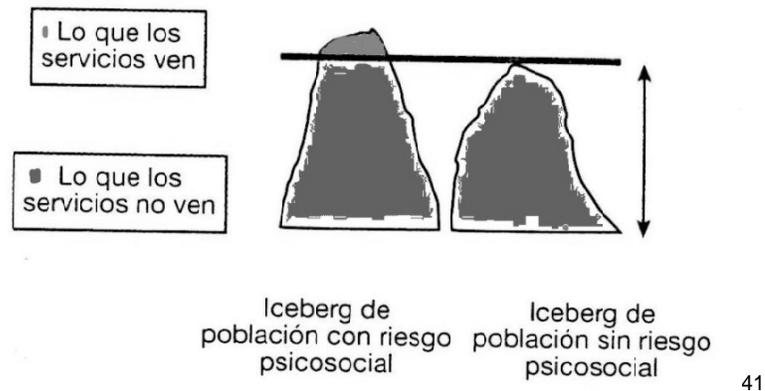


Fig.2 Realidad social del problema del maltrato infantil

<sup>39</sup>Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>40</sup>Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006:

16

<sup>41</sup> Ib,

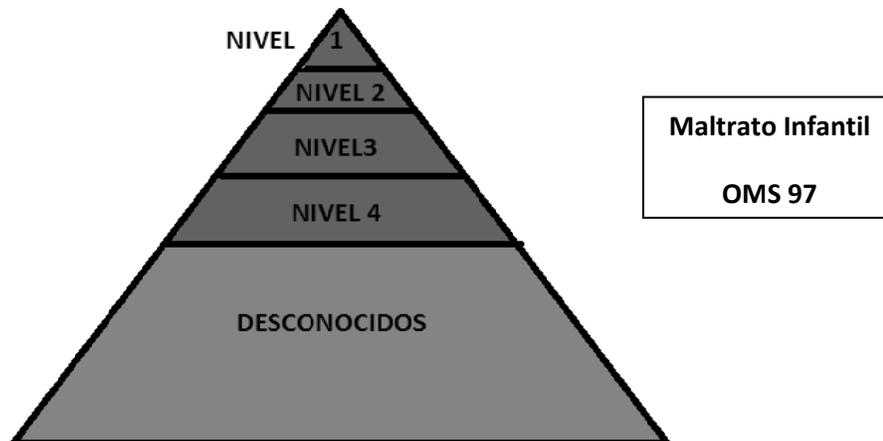


Fig. 3 nivel 1 (conocidos por el servicio de protección infantil), nivel 2 (conocido por otras instituciones), nivel 3 (conocido por profesionales maestros, médicos entre otros), nivel 4 (conocido por instituciones e individuos) y desconocidos. Modificado por el autor <sup>42</sup>

En el año 2002 se estimaron 31,000 muertes por homicidio en niños menores de 15 años. Estimación global sugiere que los niños menores en un grupo etario de 0-4 años están en mayor riesgo, a diferencia del grupo de etario 5-14 años.<sup>43</sup>

El riesgo de maltrato de los niños varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los niños menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 000 para los varones y de 1,8 por 100 000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 000 para los niños y 5,1 por 100 000 para las niñas.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> Ib,

<sup>43</sup> Butchart A, Phinney-Harvey A. Preventing child maltreatment a guide to taking action and generating evidence, World Health Organization. 2006: 1-102.

<sup>44</sup> Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. CAPITULO 3. Publicación científica y técnica No. 588 2002



La OMS estima que 40 millones de niños en el mundo entre 0 a 14 años sufre algún tipo de maltrato; <sup>45</sup> de ellos alrededor de 53,000 niños murieron por homicidio (2002).<sup>46</sup>

Entre las defunciones atribuidas al maltrato de menores, la causa más común de muerte es una lesión en la cabeza, seguida de traumatismo en el abdomen, también se ha informado muy a menudo la sofocación intencional como causa de la muerte.<sup>47</sup>

La UNICEF informa que en el mundo aproximadamente de 133 a 275 millones de niños son testigos o están involucrados en formas de violencia dentro del hogar.

En E.E.U.U. (2005) hubo 3 millones de denuncias, de las cuales se confirmaron 1 millón de ellas, alrededor de 1400 niños fallecieron por las lesiones, el 45% de ellos eran menores de 12 meses.<sup>48</sup>

En un panorama nacional de acuerdo con el DIF en 2004 se registraron 38,554 denuncias por maltrato infantil en 22,842 de ellas se comprobó sin embargo solo 3917 se presentaron ante el ministerio público, por lo que sólo el 10 % llegó a instancias de procuración de justicia. Se reporta que de 36, 609 menores de edad atendidos 46.1% eran niños y 47.3% eran niñas. <sup>49</sup>El agresor más frecuente fue la madre en un 47% de los casos, seguido por el padre en 29% y otros miembros de la familia en 23%.<sup>50</sup>

<sup>45</sup> Wolfe D, Madhabika-Nayak B. Child Abuse in Peacetime. CHAPTER 5. pp. 95-104

<sup>46</sup> Pinheiro PS. World report on violence against children. UNICEF. And end to violence against children CHAPTER 1. pp. 11

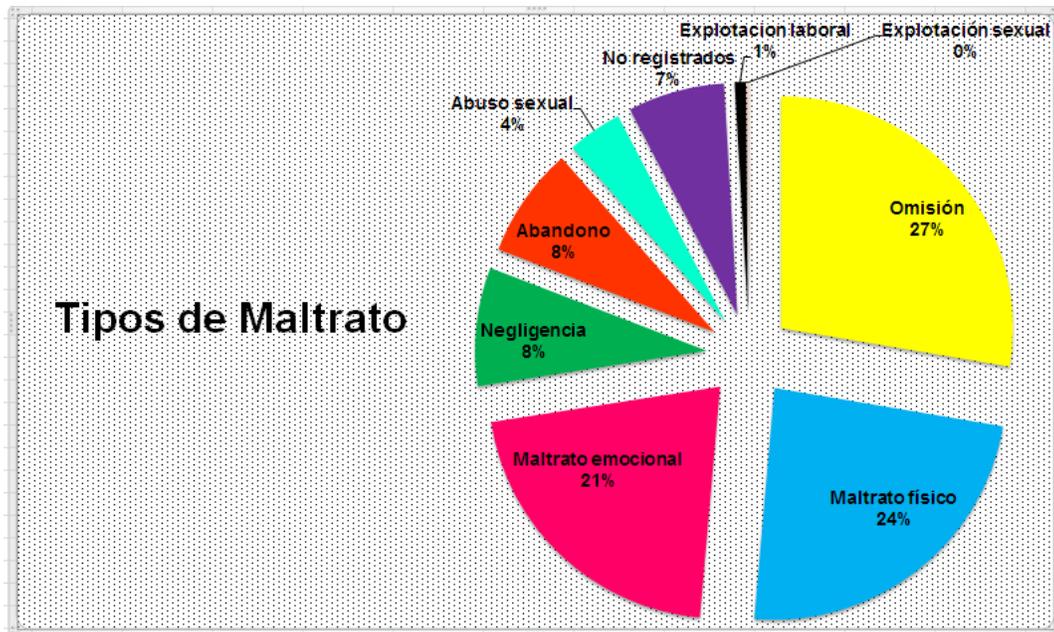
<sup>47</sup> Krug E, Dahlberg L. Maltrato y descuido de los menores. Inf. Cit.

<sup>48</sup> Gómez-Puente L, Gómez-Jiménez M. Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2008;29(5):280-4

<sup>49</sup> Marchetti-Lamagni R. Art. Cit.

<sup>50</sup> García-Piña, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J. Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico. Acta Pediatr Mex. 2008; 29(1): 9-15

En un intento por conciliar las cifras que han publicado instituciones gubernamentales y civiles del país, se puede considerar que el 10% de cualquier comunidad pediátrica es víctima de alguna forma de maltrato y es probable que de 100 niños maltratados, solamente uno sea atendido.<sup>51</sup>



Gráfica.1 Porcentaje de los tipos de maltrato más frecuentes.

En orden descendente, los tipos de maltrato mostrados en la Gráfica.1, más frecuentes fueron: omisión de cuidados (27.65%), maltrato físico (23.75%), maltrato emocional (21.16%), negligencia (8.26%), abandono (7.71%), no registrados (6.75%), abuso sexual (3.81%) explotación laboral (0.77%) y explotación sexual (0.15%).<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, López-Navarrete G, Alcántar-Escalera M, et. Al. Consenso de la comisión para el estudio y atención integral al niño maltratado. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Acta Pediatr Mex 2010; 31 (supl. 1): S1-S7

<sup>52</sup> Marchetti-Lamagni R. Art. Cit.



## 5. Detección de Factores de Riesgo

### 5.1 Modelo ecológico

Un solo factor de riesgo no puede explicar el porqué del maltrato en contra de los niños o porque parece tener mayor prevalencia en ciertas comunidades que otras. El maltrato infantil puede ser comprendido de mejor manera, analizando la interacción de diferentes factores en distintos niveles.

El modelo ecológico presentado en la Fig.4 ayuda a la comprensión integral, ya que enfoca el problema desde la perspectiva de distintos contextos en los que se desarrolla una persona, a partir de esto se identifican los diversos niveles en los que se expresa la violencia, los factores que influyen en ella y brinda un marco para explicar la interacción entre ellos.<sup>53,54</sup>

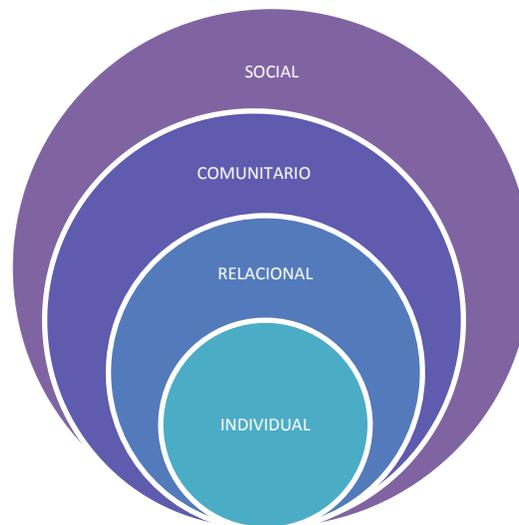


Fig.4 Modelo Ecológico

<sup>53</sup> Butchart A. Art. Cit.

<sup>54</sup> Marchetti-Lamagni R. Art. Cit.



### Nivel individual

El primer nivel se pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.<sup>55</sup>

### Nivel relacional

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos. En los casos de maltrato en niños, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor.<sup>56</sup>

### Nivel comunitario

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

---

<sup>55</sup> Krug E. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Art. Cit.

<sup>56</sup> Ib.



La frecuente movilidad de residencia (cuando las personas no permanecen durante mucho tiempo en una vivienda en particular, sino que se mudan muchas veces), la heterogeneidad (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades) y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado (por ejemplo, cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales) es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.<sup>57</sup>

#### Nivel social

El cuarto y último nivel examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Krug E. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Art. Cit.

<sup>58</sup> Ib.



## 5.2 Factores de Riesgo

El Cuadro.1 presenta a los cuatro factores de riesgo que existen para que se presente el maltrato infantil.

Ciertos factores de riesgo se relacionan directamente con el niño, sin embargo esto no significa que el menor sea responsable en ninguna forma del maltrato al que es sometido.<sup>59,60</sup>

<b>Menor</b>	<b>Agresor</b>
Hijo no deseado	Dificultad para relacionarse con el niño como resultado de un embarazo de alto riesgo, dificultades en el parto
Infante con necesidades especiales	Fue maltratado cuando era niño
Malformaciones congénitas	Despreocupado por el desarrollo del niño
Bajo coeficiente intelectual	Técnicas de disciplina coercitivas
Trastorno de la conducta (niño hiperactivo o agresivo)	<b>Estrés</b>
Déficit de atención	Drogadicción
Número de hermanos	Alcoholismo
Hijo de embarazo múltiple	Problemas mentales
Mal comportamiento	Aprobación del castigo físico en los niños como medio de disciplina
Rendimiento escolar pobre	Autocontrol pobre
	Actitud criminal
	Socialmente aislado
	Depresión
	Conceptos inflexibles y limitados sobre la educación.
	Dificultades financieras
	Disfunción familiar
Violencia conyugal	
	Excesivo número de hijos

<sup>59</sup> Bengün P, Ünalacak M, Ünlüoğlu I Child maltreatment: abuse and neglect. Dicle Medical Journal 2011; 38(1): 121-127

<sup>60</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.



<b>Contexto familiar</b>	<b>Ambiente social</b>
Carencias económicas	Insuficiente respuesta a las disposiciones de la Convención Internacional de los Derechos del Niño
Pérdida de roles.	Subdesarrollo de los servicios de educación, salud y desarrollo social. (Carencia de recursos materiales)
Aislamiento o incapacidad de solicitar ayuda social	Falta de información, registro y supervisión de los casos de violencia
Marginación	Incapacidad e indiferencia de los profesionales responsables
Insatisfacción laboral	
Desempleo	
Acceso a drogas o alcohol	

Cuadro 1. Factores de riesgo del maltrato infantil.<sup>61,62,63</sup>

<sup>61</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.  
<sup>62</sup> Perea-Martínez A, Loredó- Abadalá A, López -Navarrete, G Jordán-González N, Trejo-Hernández J. Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. Acta Pediatr Mex 2007; 28 (5): 193-197.  
<sup>63</sup> Centro de prensa. Maltrato infantil. OMS 2010; nota descriptiva no. 150.



## 6. La odontopediatría ante el maltrato infantil

### 6.1 Diagnóstico

Es importante recordar que el cirujano dentista se encuentra en una situación crucial con respecto al diagnóstico del maltrato infantil por diferentes razones como:

Localización preferente de las agresiones. El 60-70% de las lesiones se sitúan en cabeza, cara, cuello y boca. Quizás por ser áreas anatómicas, que están más al alcance del agresor y además relacionadas con la nutrición y la comunicación.

Especial relación de los padres ante las consultas odontológicas. Los padres acuden “confiados” en que las lesiones pueden pasar desapercibidas y por qué el cirujano dentista no suele realizar “demasiadas preguntas” sobre su etiología.<sup>64</sup>

Es importante recordar que todo diagnóstico clínico depende del realizar una historia clínica de manera correcta.

---

<sup>64</sup>Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.



### 6.1.1 Identificación por parte del cirujano dentista

Detectar significa **"reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil"**.<sup>65</sup>

La detección es la primer paso para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufren este problema, ya que, como resulta evidente, sino se detecta la situación de malos tratos, difícilmente se podrá actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.

Debe ser lo más precoz posible para evitar consecuencias de mayor gravedad para el niño e incrementar las posibilidades de éxito en la intervención.<sup>66</sup>

La identificación comienza cuando el niño entra al consultorio. El odontólogo obtendrá una impresión general del niño y su relación con los padres.<sup>67</sup>

### 6.1.2 indicadores de comportamiento

Existen indicadores de comportamiento que muestran la manera de proceder o actuar ante una situación; estos ayudan a determinar la existencia del maltrato, estos incluyen al comportamiento del menor y del agresor

---

<sup>65</sup>Casi3n-Mu3oz JM, Mur-Larramona MJ, G3mez-Quintero JD, Lahoz-Gallo J, Pros-Claver A. El maltrato infantil. Propuesta de actuaci3n para su detecci3n desde el 3mbito escolar. Programa de prevenci3n y detecci3n de situaciones de desprotecci3n y maltrato infantil. Instituto Aragon3s de servicios sociales I.A.S.S. 2002: 21

<sup>66</sup> Maltrato infantil detecci3n, notificaci3n y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006: 31

<sup>67</sup>Morante-S3nchez CA. El odont3logo frente al maltrato infantil Art. Cit.



### 6.1.2.1 Indicadores de comportamiento del menor

La alteración en el comportamiento de los niños maltratados ofrece indicios que delatan la situación de maltrato. En la mayoría de los casos estos no son específicos, por que la conducta puede atribuirse a diversos factores; sin embargo siempre que estos aparezcan, es conveniente realizar la observación y considerar al maltrato como posible causa, se presentan del el Cuadro.2 al 6.<sup>68</sup>

<b>EL MENOR QUE PRESENTA ABUSO FÍSICO SE COMPORTA:</b>	<b>Comportamiento</b>
	Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos
	Presenta una actitud agresiva, rebelde, destructiva o es apático, tímido, miedoso o ansioso
	Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando termina la consulta
	Dice que su padre o madre le han causado alguna lesión
	Va excesivamente vestido o no de acuerdo a la estación
	Es retraído, no participa en las actividades. (como juegos)
	Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran

Cuadro 2. Indicadores de comportamiento en el menor ante el abuso físico.<sup>69,70,71,72,73</sup>

<sup>68</sup> Ferro M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas MA. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2010: 1-7.

<sup>69</sup> Casión-Muñoz JM. Id.

<sup>70</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>71</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil: un problema mundial. Art. Cit.



<b>EL MENOR QUE PRESENTA ABUSO SEXUAL SE COMPORTA:</b>	<b>Comportamiento</b>
	Reservado, miedoso, ansioso o desconfiado. Incluso puede parecer retrasado
	No se relaciona fácilmente con otros niños
	Presenta cambios de conducta desde una rabieta, llanto incontrolable o es hiperactivo
	Posee conocimientos de tipo sexual inusuales o sofisticados.(puede realizar dibujos de carácter sexual)
	Dice que no duerme (insomnio)
	Dice que ha sido atacado por su padre, madre o cuidador
Puede presentar trastornos en la alimentación (obesidad o anorexia)	
Tiene fracaso escolar	

Cuadro 3. Indicadores de comportamiento en el menor ante el abuso sexual.<sup>74</sup>

<b>EL MENOR QUE PRESENTA SINDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL SE COMPORTA:</b>	<b>Comportamiento</b>
	Ansioso, miedo a ser abandonados por el padre alienador, no son empáticos
	Presenta trastornos de la alimentación y del sueño
	Es agresivo con el padre alienado
	Presenta somatizaciones (dolor de cabeza, náusea, vómito, diarrea)
Verbalizan términos judiciales a menudo y se expresan muy mal del padre alienado	

Cuadro 4. Indicadores de comportamiento en el menor ante el SAP.<sup>75</sup>

<sup>72</sup> Loredo –Abdalá A. Acción interdisciplinaria Primera Parte. Art. Cit.

<sup>73</sup> Legano L, McHugh M, Palusci V. Child abuse and neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009;39:31.e1-31.e26

<sup>74</sup> Ib.

<sup>75</sup> Segura C. El síndrome de alienación parental. Una forma de maltrato infantil. Art. Cit.



<b>EL MENOR QUE PRESENTA ABUSO Y ABANDONO EMOCIONAL SE COMPORTA:</b>	<b>Comportamiento</b>
	Miedoso, ansioso, asustadizo, pasivos, nada exigente
	Se percibe triste, se aísla
	Tiene cambios abruptos en el rendimiento escolar
	Presenta algún tipo de fobia
	Se comporta de manera negativa hacia el juego
	Se somete fácilmente ante otros niños o adultos, tiene dificultad de expresar sus sentimientos
	Busca el afecto de los adultos
	Comportamiento regresivo como chuparse el dedo
	Posee trastornos del lenguaje (tartamudea, balbucea), problemas de aprendizaje (leer, escribir)
Se esconde en posición fetal	

Cuadro 5. Indicadores de comportamiento en el menor ante el abuso emocional.<sup>76, 77, 78, 79, 80</sup>

<b>EL MENOR QUE PRESENTA NEGLIGENCIA SE COMPORTA:</b>	<b>Comportamiento</b>
	Parece tener sueño todo el tiempo, es apático
	Roba o pide comida
	Posee una tendencia a la fantasía
	No asiste a la escuela o falta mucho
	Se queda dormido fácilmente
	Dice que no hay quien lo cuide en su casa o que se queda solo
	Posee conductas dirigidas a llamar la atención del adulto

Cuadro 6. Indicadores de comportamiento en el menor ante la negligencia.<sup>81</sup>

<sup>76</sup> Ib.

<sup>77</sup> Loredo Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, López-Navarrete G, Alcántar-Escalera M, et. Al. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional para el estudio y atención integral al niño maltratado. Segunda parte. Salud Mental 2011; 34: 67-73.

<sup>78</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil: un problema mundial. Art. Cit.

<sup>79</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>80</sup> Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006:

31

<sup>81</sup> Ib.



### 6.1.2.2 Indicadores de comportamiento del tutor o cuidador

Los indicadores de comportamiento del tutor o cuidador se muestran en el Cuadro.7 y 8.

<b>A. FÍSICO</b>	<b>A. SEXUAL</b>	<b>A. EMOCIONAL</b>
Se observan enojados al más mínimo estímulo.	Extremadamente protector o celoso del niño.	Devalúa constantemente al menor en público o en privado.
Responden con agresión física.	Frecuentes ausencias del hogar.	Lo culpa de todo lo malo que sucede.
Hostilidad	Experimenta dificultades en su matrimonio	No se muestra cariñoso.
Frustración	Abuso de drogas o alcohol	Constantemente amenaza o aterroriza al niño.
Utiliza disciplina severa no apropiada a la edad del niño	Impide amistades con el menor del sexo opuesto	Incapaz de buscar ayuda profesional
No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o esta es ilógica, no convincente o contradictoria.	No se autorreconocen como maltratadores.	Idea distorsionada del niño.
Percibe al niño de manera significativamente negativa		Exigen más de lo que niño puede hacer.
Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de esta.		

Cuadro 7. Indicadores de comportamiento en el tutor y/o cuidador.<sup>82,83,84</sup>

<sup>82</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil un problema mundial. Art. Cit.



<b>A. EMOCIONAL</b>	<b>NEGLIGENCIA</b>	<b>SINDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL</b>
Rechaza al niño,	Apatía	Rehusar llamadas telefónicas a los hijos
Tolerante ante todo comportamiento del menor. (Sin límites).	Desinteresado	Organiza actividades cuando el otro padre debería estar con el hijo
No le presta atención	Ve al menor como una carga	Presenta a su pareja sentimental como el padre de los hijos
No dedica tiempo al niño	Problemas de pareja	Desvaloriza al otro padre frente a los hijos
Depresivo	Problemas económicos	Habla de manera descortés del padre enfrente de otras personas
Problemas de adicción (drogas o alcohol).	Nivel intelectual bajo	“olvida” avisar al otro padre de citas importantes como al dentista, médico, entre otras
Trata de manera desigual a los hermanos	Tiene alguna enfermedad crónica	Cambiar apellidos o nombres
		Amenazan a los hijos con castigos si tratan de contactar al otro padre

Cuadro 8. Indicadores de comportamiento del padre o tutor<sup>85,86,87,88</sup>

<sup>83</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

<sup>84</sup> Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006:31

<sup>85</sup> Santana-Tavira R. El maltrato infantil: un problema mundial. Art. Cit.

<sup>86</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.



## 6.2 Exploración física general

Ha de ser completa y cuidadosa; incluye todas aquellas zonas del cuerpo que puedan observarse sin tener que desvestirse, y se incluyen los parámetros de crecimiento (estatura y peso), lesiones cutáneo-mucosas, óseas y dentales. Es recomendable realizar una descripción detallada de las lesiones observadas.<sup>89</sup>

### 6.2.1 Indicadores físicos

Existen una serie de indicadores típicos (Cuadro.9) que, al estudiarse, aportan una cantidad de datos con los que se podrá confirmar o descartar, con un alto porcentaje de acierto, la existencia del maltrato.

Abuso físico	Abuso Sexual	Abuso emocional y Abandono emocional	Negligencia
Hematomas	Dificultad para andar o sentarse	Retardo psicomotor	Higiene deficiente (piojos, mal olor)
Mordeduras	Se queja de picor o dolor en la zona genital	Cansancio	Desnutrición en diferentes grados
Quemaduras	Ropa manchada o ensangrentada	Problemas de lenguaje	Apariencia desaliñada
Alopecia traumática	Embarazo al inicio de la pubertad o en la adolescencia	Somatizaciones	Ropa inadecuada para el lugar o clima
Laceraciones	Petequias en paladar duro y blando	Accidentes frecuentes	Sin asistencia médica oportuna
Fracturas	Enuresis	Talla corta	Astenia y adinamia permanentes
Lesiones abdominales	Encopresis	Disminución capacidad de atención.	Retraso en el crecimiento

<sup>87</sup> Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006:31

<sup>88</sup> Segura C. El síndrome de alienación parental. Una forma de maltrato infantil. Art. Cit.

<sup>89</sup> Hibbard R, Sanders B. Malos tratos y abandono de niños.



Abuso físico	Abuso sexual	Abuso y abandono emocional	Negligencia
Cicatrices en diferentes estados de evolución	Estrangulamiento	Inmadurez socioemocional	Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas
Lesiones oftálmicas			Hambre permanente
Lesiones orales (tejidos duros y blandos)			Caries en la mayoría de órganos dentarios, enfermedades periodontales
Intoxicaciones			Palidez
			Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica

Cuadro. 9 Indicadores físicos del maltrato.<sup>90,91</sup>

## Lesiones cutáneas

### Hematomas

Lesión resultante de una contusión que produce una extravasación de sangre en el tejido subcutáneo por rotura de los capilares, así como dolor por desgarramiento de los filetes nerviosos. La sangre derramada se infiltra y difunde por el tejido subcutáneo, dando a la piel un color que evoluciona en el tiempo por la degradación de la hemoglobina (Cuadro.10 y 11).<sup>92</sup>

<sup>90</sup> Santana-Tavira R El maltrato infantil: un problema mundial. Art. Cit.

<sup>91</sup> Loredo- Abdala. Maltrato Infantil. Segunda parte. Art. Cit.

<sup>92</sup> <http://www.definicionesdemedicina.com/equimosis/>



Los hematomas constituyen el indicador físico más común en el maltrato. Son hallazgos frecuentes en cualquier niño activo, la principal dificultad radica en discernir los causados por algún tipo de maltrato de los aparecidos de forma accidental. Estos últimos suelen aparecer encima de las prominencias óseas, sobre todo en rodillas, región pretibial, codos y en la frente (Fig.6), mientras que los situados en regiones típicamente protegidas o blandas como son los glúteos, espalda, tronco, brazos, genitales, cara (mejillas, ojos, zona periorbital), parte interna de muslos, orejas y cuello son indicativos de maltrato (Fig.7).

Son de forma (lineal, digito-palmar, circunferencial, “imagen de espejo”) y tamaño variable (Fig.8), se encuentran de manera múltiple en distintos estadios resolutivos, esto es de gran importancia, ya que ayuda a diferenciarlos de los producidos de forma accidental. Es importante tener presente la evolución normal de un hematoma, de su aspecto y coloración ya que con el tiempo son cambiantes, hecho que aporta pistas sobre cuándo se produjo.<sup>93</sup>

Tiempo después del traumatismo	Color	
Inmediato (<1 día)	Negrusco	azul oscuro
1-5 días	Rojo-violáceo	
5-7 días	Rojo-púrpura	
7-10 días	Verdoso	
2-4 semanas	Amarillento	

Cuadro 10. Cambios en el color de la piel después de la lesión.<sup>94</sup>

<sup>93</sup> Pau-Charles I, Darwich- Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos de maltrato infantil. Actas dermosifogr.2011.doi: 10.1016/j.ad.2011.05.004

<sup>94</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.

Tiempo	Aspecto / Color	
0 a 2 días	Zona tumefacta e hipersensible, eritematosa	
2-5 días	Rojo-azulado	Púrpura
5-7 días	Verde/amarillo	
7-10 días	Amarillo/marrón	
10-14 días	Pardo	
1-3 semanas	Desaparición (variable)	

Cuadro.11 Evolución temporal de los hematomas <sup>95</sup>

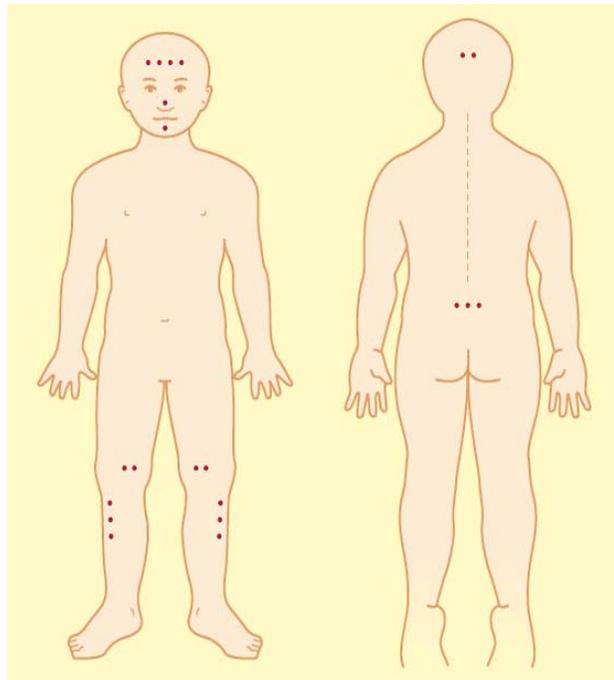


Fig. 6 Zonas accidentales <sup>96</sup>

<sup>95</sup> Pau-Charles I. Signos cutáneos de maltrato infantil. Art. Cit.

<sup>96</sup> Maguire S. Bruising as an indicator of child abuse: when should I be concerned?. Paediatric and child health. 2008; 18 (12): 545-49.

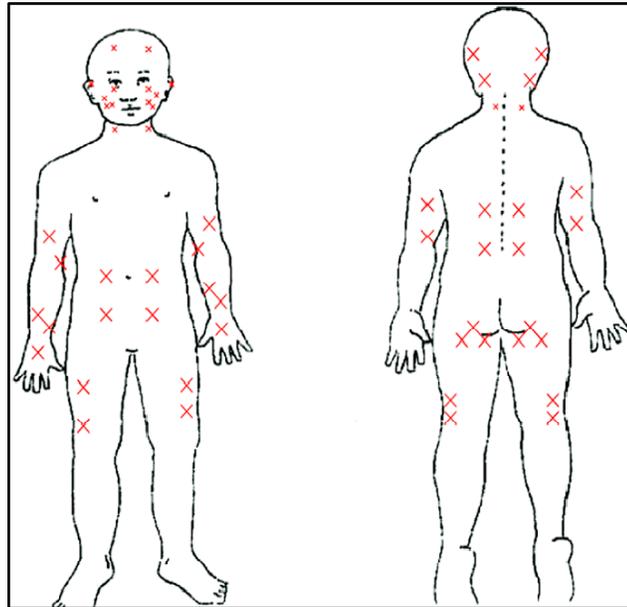


Fig. 7 Zonas no accidentales o de maltrato<sup>97</sup>



Fig. 8 Hematoma digito-palmar<sup>98</sup>

<sup>97</sup> lb.

<sup>98</sup> Mariño-Míguez J. Indicadores craneofaciales. Art. Cit.

## Mordeduras

Las marcas por mordedura (Fig.9), inicialmente, deben sospecharse ante equimosis o lesiones de morfología elíptica u ovoidea, estas pueden presentar una zona central de equimosis causada por dos fenómenos; presión positiva por parte de los dientes que causa ruptura de vasos y presión negativa ocasionada por succión de los labios y la lengua, habitualmente superficiales, a diferencia de las mordeduras de animales, que suelen ser más profundas y desgarrar piel. Es adecuado determinar si es una mordedura de adulto o de un niño, gracias a la distancia entre caninos, ya que en los adultos es de 2.5 a 4cm.<sup>99</sup>

El odontólogo deberá documentar las características de manera fotográfica, con una identificación (nombre del paciente y fecha) y una escala (tamaño) por medio de una regla. El ángulo de la lente deberá estar sobre la mordedura y de manera perpendicular al plano de la misma. De manera adicional se podrá tomar una impresión con silicona de consistencia ligera, lo cual dará un modelo tridimensional.<sup>100</sup>



Fig. 9 Mordedura humana<sup>101</sup>

<sup>99</sup> Harris T. Bruises in children: normal or child abuse?. Journal of pediatric health care 2010; 24 (4): 216-21

<sup>100</sup> Kellog N, Committee on child abuse and neglect. Oral and Dental aspects of Child Abuse and Neglect. PEDIATRICS 2005; 116 (6): 1565-68

<sup>101</sup> <http://www.clinicadam.com/salud/6/9759.html>



## Quemaduras

La gran mayoría de quemaduras en niños ocurre en el hogar y el lugar más frecuente es la cocina (Fig.10) y el baño. La escaldadura por agua caliente es la forma más frecuente de este tipo de maltrato. Una quemadura por escaldadura intencional requiere el contacto de la piel con el líquido a una temperatura de 56° C por un tiempo de 70 segundos o a 60° C por 14 segundos para ocasionar una quemadura de segundo o tercer grado. Este fenómeno es menos frecuente en las quemaduras accidentales ya que existe un mecanismo de retirada inmediato al contacto con un líquido u objeto caliente.<sup>102</sup>

Clínicamente las quemaduras accidentales por inmersión suelen ser unilaterales; se acompañan de pequeñas lesiones por salpicadura (quemaduras satélites); sus bordes son difusos e irregulares; la profundidad es heterogénea y por lo general se localizan en zonas descubiertas de la piel. Las quemaduras intencionales suelen ser simétricas, de bordes nítidos, bien definidos; no presentan salpicaduras satélites o éstas son escasas; se localizan con mayor frecuencia en áreas como los glúteos, las manos y en los pies, su profundidad es homogénea. Se han descrito como clásicos ejemplos de abuso por inmersión las escaldaduras que siguen un patrón en guante y calcetín, en líneas de cebra y en rosquilla.

Cuando las quemaduras son causadas por contacto con un sólido caliente (plancha, parrilla de estufa, cuchillo, tenedor, entre otros.) son lineales y en ocasiones es posible apreciar la forma del objeto utilizado.<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> García-Piña C. Quemaduras intencionales en pediatría. Art. Cit.

<sup>103</sup> Ib.

Las quemaduras por cigarrillos sugieren maltrato infantil. Se les puede encontrar durante la exploración física. Su gravedad es mínima y por lo general no son motivo para acudir a recibir atención médica. Clínicamente su aspecto es característico: son circulares, de tamaño uniforme, de bordes indurados, aproximadamente de 8 a 10 mm de diámetro; en forma de sacabocado, con lenta tendencia a la curación y que dejan cicatriz. . Se localizan en zonas como la espalda, el abdomen, las extremidades superiores (palmas), inferiores (planta del pie) o ambas<sup>104,105, 106</sup>



Fig. 10 Quemaduras<sup>107</sup>

<sup>104</sup> Chavarria A. Síndrome del niño agredido. Art. Cit.

<sup>105</sup> Pau-Charles I. Síndrome del niño agredido. Art. Cit.

<sup>106</sup> García-Piña C. Id.

<sup>107</sup> <http://html.rincondelvago.com/maltrato-infantil-en-guatemala.html>

### Alopecia traumática

Se presenta con zonas de cabello sano entre zonas de cabello arrancado del cráneo, sin que sigan una distribución determinada; habitualmente con equimosis de bordes muy irregulares, suele presentar dolor y puede acompañarse de hemorragias (Fig.11). Debe considerarse la presencia de piojos o de sarna, los cuales señalan a veces la existencia de un posible abandono.<sup>108, 109,110</sup>



Fig. 11 Alopecia traumática<sup>111</sup>

### Laceraciones

Son frecuentes en nariz y orejas (forma de coliflor), pudiendo originar coágulos nasales, desviaciones del septo, deformaciones e incluso arrancamiento del ala nasal o del pabellón auricular (Fig.11).

<sup>108</sup> Swerdin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. J Am Acad Dermatol 2007; 57: 371-92

<sup>109</sup> Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. Guías clínicas en atención primaria 2002; 2 (44): 1-13

<sup>110</sup> Pau-Charles. Art. Cit.

<sup>111</sup> Mariño-Míguez J. Indicadores craneofaciales. Art. Cit.



Fig. 11 Laceración del pabellón auricular <sup>112</sup>

### Lesiones óseas

Las lesiones óseas pueden tener cualquier localización, sin embargo en menores de 2 años, debido a la inmadurez del tejido esquelético las lesiones metafisiarias y costales suelen ser patognomónicas.

Las lesiones metafisiarias ocurren más frecuentemente en el fémur distal, tibia proximal y distal y húmero proximal (Fig,12 y 13); las líneas de fractura se orientan paralelas a las fisas y perpendiculares al eje del hueso, lo que revela las fuerzas realizadas en el extremo del hueso, generalmente causadas al sacudir al niño con movimientos fuertes hacia delante y atrás. <sup>113</sup>Los niños víctimas de maltrato infantil pueden presentar virtualmente cualquier tipo de fractura. Se debe prestar especial atención a la edad y al desarrollo de habilidades mentales, así como a la lesión y al mecanismo de producción. La historia de la lesión es importante, pues revela el grado de fuerza y la probabilidad que el niño se causara el mismo la lesión. <sup>114</sup>

<sup>112</sup> Mariño-Míguez J. Indicadores craneofaciales. Art. Cit.

<sup>113</sup> Araujo-Reyes AT, Lubinus-Badillo FG. Maltrato infantil: diagnostico radiologico. MEDUNAB 2006; 9(2):159-63.

<sup>114</sup> Ib.



Fig. 12 (Fractura oblicua en la diáfisis proximal del radio.)Fig. 13(Fractura oblicua en la diáfisis proximal del húmero y fractura en asa de balde en la metáfisis distal) <sup>115</sup>

### Lesiones abdominales

La lesión visceral es un hallazgo pocas veces observado como resultado de maltrato sin embargo representan una alta mortalidad especialmente por el retraso en la búsqueda de atención médica por parte de los adultos responsables del menor, estos niños generalmente no son vistos sino hasta después que desarrollan complicaciones. Cuando existe contusión de alguna víscera maciza, perforación de víscera hueca u otra condición como hematoma retroperitoneal, se asocia al 50% de mortalidad (Fig.14). Es aceptado que todas las vísceras abdominales son susceptibles de sufrir lesión por este fenómeno, pero el duodeno y el yeyuno son los más comúnmente afectados. Respecto a la perforación duodenal, ésta es una complicación cuyos mecanismos de producción son muy variados, pero la mayoría de las veces e limpacto es contundente, siendo en la actualidad el

<sup>115</sup> Araujo-Reyes AT. Maltrato infantil diagnóstico radiológico. Art. Cit.



maltrato físico la causa conocida más frecuente. El menor puede presentar distensión y dolor abdominal intenso, fiebre, náusea, vómito y letargo.<sup>116, 117</sup>



Fig. 14 Lesión abdominal<sup>118</sup>

### Intoxicaciones

Ingestión de sustancias o compuestos químicos por el menor (Fig.15). La intoxicación pasiva incluye a los niños que inhalan o ingieren sustancias de abuso, las cuales son utilizadas por los padres o cuidadores para consumo propio, y mismas a las que los menores acceden por la despreocupación de los adultos.

La intoxicación química o envenenamiento es considerada como un acto deliberado en el cual los adultos suministran alguna sustancia al menor para causarle algún daño u obtener algún beneficio. Entre los productos más frecuentes se encuentran: agua contaminada, azúcar, cocaína, etanol, diazepam, paracetamol, sal en exceso, jugo de naranja en exceso, cloro, antihistamínicos, entre otros. El paciente puede presentar náusea, vómitos,

<sup>116</sup> Ib.

<sup>117</sup> Baeza-Herrera C, Arcos-Aponte A, Villalobos-Castillejos A, López-Castellanos J, Cortés-García R. Sección duodenal total. Indicador confiable de maltrato físico severo. Gac Méd Mex 2008; 144 (2): 161-165

<sup>118</sup> <http://pqax.wikispaces.com/Tema+14.-+Traumatismos.+Contusiones+y+heridas>.

irritabilidad, cefalea, sudoración, disnea, temblores, fatiga, desorientación, taquipnea y dolor abdominal.<sup>119</sup>



Fig. 15 Intoxicación<sup>120</sup>

### Lesiones oftálmicas

La presencia de hemorragias retinianas en niños mayores de 1 mes, asociadas o no a hemorragia intracraneal, debe despertar la sospecha de maltrato infantil. Las lesiones recientes pueden manifestarse como equimosis periorbitaria (Fig.16), hemorragia subconjuntival o hifema. La catarata, la luxación del cristalino o un desprendimiento de retina pueden indicar maltrato antiguo.<sup>121 122</sup>



Fig.16 Equimosis periorbitaria<sup>123</sup>

<sup>119</sup> Casado-Flores J, Díaz-Huertas JA, Martínez-González C. Niños Maltratados, Ed. Díaz de Santos. Madrid 1997 pp. 178-179.

<sup>120</sup> <http://www.laradiodeanabel.com/salud/intoxicacion-por-productos-de-limpieza-2/>

<sup>121</sup> Zuñiga-Torres MC. Síndrome del niño sacudido. Revista peruana de oftalmología. 2000; XXIV(2): 48-51.

<sup>122</sup> García G , Fernández C. Traumatismos oculares en la infancia. A Pediatr Contin 2004; 2(4):255-8

<sup>123</sup> <http://davidlara.blogspot.com/2009/11/recuerdas.html>

## Lesiones orales

Pueden presentarse hematomas, edemas y cicatrices, sobre todo en el área peribucal (Fig.17) y en las comisuras de los labios. Las laceraciones del labio superior y del frenillo labial (Fig.19) suelen ser consecuencia de golpes e intentos por silenciar al niño bruscamente con la mano; la alimentación forzada con cucharas, tenedores o biberón pueden dar lugar a laceraciones en lengua (Fig.18), mucosa yugal, gingival (Fig.20) o palatina.

124



Fig.17 Edema peribucal.<sup>125</sup> Fig.18 Laceración en lengua.<sup>126</sup>



Fig.19 Laceración de frenillo labial y Fig.20 Laceración gingival.<sup>127</sup>

<sup>124</sup> Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Art. Cit.

<sup>125</sup> Mariño-Míguez J. Lesiones craneofaciales. Art. Cit.

<sup>126</sup> Stechey F. P.A.N.D.A. A dentist's introduction to recognizing child abuse. 2001 Dental Practice Management

<sup>127</sup> Id.

Así mismo la presencia de quemaduras, las cuales suelen situarse en lengua, paladar, mucosa labial y gingival (Fig.21). Estas suelen producirse por un contacto forzado con líquidos o sólidos calientes, sustancias cáusticas, cigarrillos, planchas, entre otros.<sup>128</sup>



Fig.21 Quemadura en lengua y paladar.<sup>129</sup>

También pueden presentarse traumatismos generalmente de los incisivos anteriores superiores, los cuales pueden involucrar a la corona y la raíz del diente, así como a los tejidos de soporte (Fig.22). Entre ellos se encuentra la fractura no complicada de la corona, fractura complicada de la corona (Fig.23), fractura no complicada de la raíz, fractura complicada de la raíz y la repercusión de los tejidos de soporte que son la concusión, subluxación, luxación lateral y avulsión dental (Fig.24). Se considera en estos casos la vitalidad pulpar del diente traumatizado.<sup>130, 131, 132</sup>

<sup>128</sup> Stavrianos C. The responsibility of dentists in identifying and reporting child abuse. Art. Cit.

<sup>129</sup> Mariño-Míguez J. Lesiones craneofaciales. Art. Cit.

<sup>130</sup> Kenney J. Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. Forensic Science International 2006; S121-S125.

<sup>131</sup> García-Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. RCC 2003; 8(2):131-141.

<sup>132</sup> Welbury R, Duggal M, Hosey MT. PAEDIATRIC DENTISTRY.ED. Oxford, 2005. 3a Ed. pp.291-293

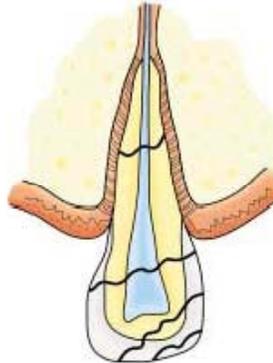


Fig. 22 Posibles líneas de fracturas dentales.<sup>133</sup>



Fig.23Fractura de la corona complicada y no complicada Fig.24 Avulsión dentaria.<sup>134</sup>

Los traumatismos linguales (Fig.25) son generados por bofetadas que producen el cierre violento de la mandíbula sobre el maxilar, atrapando a la lengua entre ambos.<sup>135</sup>

<sup>133</sup> García-Ballesta C, Pérez- Lajarín L, Cortés- Lillo O, López- Nicolás M. Traumatología dental en la infancia. *Pediatr Integral* 2001;6(3):213-224.

<sup>134</sup> [http://www.ptp.org.ar/lesiones\\_dentarias.htm](http://www.ptp.org.ar/lesiones_dentarias.htm)

<sup>135</sup> Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.



Fig.25 Traumatismo lingual.<sup>136</sup>

La presencia de petequias o eritema (Fig.26), sobre todo en la unión del paladar duro y blando, pueden acompañarse de un desgarro del frenillo lingual.<sup>137</sup> Las infecciones orales que se pueden detectar en casos de abuso sexual son: herpes tipo 2, condiloma acuminado (Fig.27), son lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo de coral, que aparecen en zonas de contacto directo y relacionadas a microtraumatismos locales, gonorrea o infección por *Chlamydia trachomatis*.<sup>138, 139</sup>

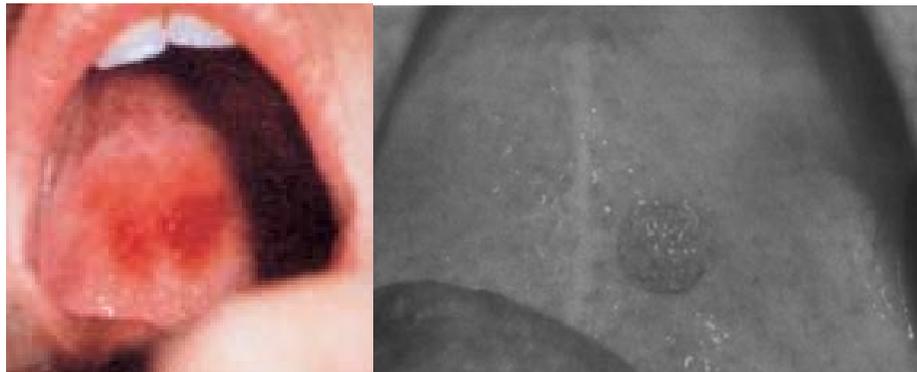


Fig.26 Petequias en el paladar blando Fig.27 Condiloma acuminado.<sup>140</sup>

<sup>136</sup> Mariñ-Míguez J. Indicadores craneofaciales. Art. Cit.

<sup>137</sup> Id.

<sup>138</sup> Id.

<sup>139</sup> Douglas Mouden L. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. Art. Cit.

<sup>140</sup> Stechey F. P.A.N.D.A. A dentist's introduction to recognizing child abuse. 2001 Dental Practice Management

Otros indicadores dentales en negligencia son: caries de aparición temprana, extensas, múltiples y en distintas fases de evolución (Fig.30), abscesos agudos y abscesos crónicos (Fig.28), periodontitis (Fig.31), gingivitis, restos radiculares en ambas arcadas (Fig.30), pérdida dental prematura, apiñamiento, discromía (Fig.29) y placa dentobacteriana abundante.<sup>141, 142</sup>



Fig.28 Abscesos dentales.<sup>143, 144</sup>



Fig.29 Discromía.<sup>145</sup>

<sup>141</sup> Oliván-Gonzalvo G. Indicadores de Maltrato Infantil. Art. Cit.

<sup>142</sup> Stavrianos C, Louloudiadis K, Papadopoulos C, Konosidou N, Samara D, Tatsis D. Challenging Dentist's Role: Identifying and reporting domestic violence. Research Journal of Medical Sciences 2011; 5(1):32-37.

<sup>143</sup> [http://html.rincondelvago.com/dientes\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/dientes_1.html)

<sup>144</sup> Mariño-Míguez J. Indicadores craneofaciales. Art. Cit.

<sup>145</sup> García-Ballesta C. Traumatología dental en la infancia. Art. Cit.



Fig.30 Caries múltiple y restos radicales. Fig.31 Periodontitis<sup>146</sup>

<sup>146</sup> <http://odontopediatria.org/principal/2010/11/08/la-caries-temprana-de-la-infancia/caries01/>



## 7. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial, implica distinguir un trastorno, de otros que cuentan con características similares (Cuadro.12).

A. Físico	A. Sexual	Abuso y abandono emocional	Negligencia	Diagnóstico Diferencial
✓	✓		✓	<b>Traumatismos, quemaduras e intoxicaciones accidentales</b>
✓	✓		✓	<b>Defectos de la coagulación</b>
✓	✓		✓	Hemofilia
✓	✓		✓	Hipoprotrombinemia
✓				Púrpura trombocitopénica
✓				Síndrome de von Willenbrand
✓				<b>Enfermedades cutáneas</b>
✓				Aplasia cutánea
✓	✓		✓	Dermatitis por contacto
✓				Síndrome de Lyell
✓				Manchas mongólicas, manchas rojizas o angiomas, nevos azules
✓				Fotodermatitis
✓				Tricotilomania
✓			✓	<b>Enfermedades óseas</b>
✓			✓	Escorbuto
✓				Osteomielitis
✓				Osteogénesis imperfecta
✓			✓	Raquitismo
✓				<b>Infecciosas</b>
✓				Meningococcemia
✓				Síndrome de Torch
				Por estreptococos



	✓			Infección por hongos
✓ ✓ ✓ ✓ ✓				<b>Culturales</b> Aplicación de chile en zona de alopecia Aplicación de gotas de limón en los ojos Tronarle las anginas Tratamiento de mollera caída Oler chile
		✓ ✓ ✓ ✓		<b>Enfermedades metabólicas</b> Acidemia glutárica Síndrome de Addison Hipotiroidismo juvenil Insuficiencia renal crónica
		✓ ✓ ✓		<b>Enfermedades por complejos inmunes</b> Enfermedad mixta del tejido conectivo Lupus eritematoso sistémico Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
✓		✓ ✓		<b>Padecimientos hemato-oncológicos</b> Leucemia Linfoma

Cuadro 12. Diagnóstico Diferencial <sup>147</sup>, <sup>148</sup>, <sup>149</sup>

<sup>147</sup> Suárez-Saavedra S. Maltrato infantil. Art. Cit.

<sup>148</sup> Loredó-Abdalá A, Hernández-Trejo J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac Méd Méx, 1999; 135(6):611-620.

<sup>149</sup> Boj IR, Catalá M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.



## 8. Aspectos legales

### 8.1 Documentación de las lesiones

Se realiza la consulta odontológica de manera rutinaria. Se realiza una entrevista dirigida al afectado, en el caso de los niños esta puede realizarse mediante un juego con muñecos o mediante algún dibujo. En ocasiones esta entrevista se realiza con sus padres, sin embargo no se debe perder de vista que potencialmente pueden ser los agresores.

Se registra la entrevista, historia clínica, el examen físico general y el examen odontológico en el expediente clínico; que es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el odontólogo deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, de manera detallada, clara y precisa.<sup>150</sup>

### 8.2 Notificación e Interconsulta

La notificación es necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil de carácter legal y profesional.

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, sino también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo.

---

<sup>150</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.



No obstante, se debe ser riguroso, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.<sup>151</sup>

La notificación en México se puede realizar ante:<sup>152</sup>

- Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-UNAM-IPN)
- Secretaria de Salud (Hospitales Pediátricos)
- Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional
- Hospitales con servicios de pediatría
- Hospital Infantil de México
- ISSSTE (hospitales con servicios de pediatría)
- DIF

La interconsulta consiste en la comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia. En la interconsulta el médico de atención primaria solicita orientación para el “manejo” de un problema del paciente o en su atención total, pero para ello debe existir una adecuada comunicación entre el médico y el interconsultante, con el objetivo de lograr la mejor información posible y llegar a una decisión efectiva.<sup>153</sup>

En el caso del maltrato infantil en México la interconsulta se puede realizar al CAINM-UNAM-IPN, esta institución realizará una evaluación médica, historia clínica, interrogatorio a la familia, búsqueda de indicadores clínicos y estudios de laboratorio y gabinete. La misma se encargará de

---

<sup>151</sup> Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006:36

<sup>152</sup> Loredó-Abdalá. Maltrato infantil. Primera parte. Art. Cit.

<sup>153</sup> Díaz-Novas J, Gallego-Machado B. La interconsulta y la referencia. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21:(3-4)



descartar o no el maltrato y continuar con la atención integral e interdisciplinaria del menor.<sup>154</sup>

### 8.3 Denuncia

Se realiza mediante una hoja de notificación al Ministerio Público, en ella se incluye:

- Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.
- Fecha de elaboración.
- Identificación del paciente.
- Acto notificado.
- Reporte de lesiones del paciente, en su caso.
- Agencia del Ministerio Público a la que se notifica.
- Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.<sup>155</sup>

(Ver anexo 1 y 2)<sup>156</sup>

---

<sup>154</sup> Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García Piña C, López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Gómez-Jiménez M, et.al. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2008: 283-92.

<sup>155</sup> Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico

<sup>156</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.



## Conclusiones

Desafortunadamente el cirujano dentista no cuenta con la capacitación suficiente para realizar la detección del paciente maltratado y esta ha sido relegada a otras áreas médicas las cuales únicamente toman en cuenta al área odontológica para la rehabilitación oral del menor.

El maltrato infantil es detectable por el cirujano dentista que está capacitado, ya que del 65 al 70% de las lesiones se presentan en cabeza, cara y cuello. La lesión más frecuente en el menor es el hematoma; por lo que es importante saber sus posibles localizaciones y características específicas.

El abuso con mayor prevalencia es la negligencia, el cirujano dentista podrá detectarlo pues se presenta en caries de evolución y extensión múltiple, abscesos dentales, higiene deficiente entre otros.

Se debe considerar al paciente de manera integral y no solamente enfocarse en el área de interés, ya que este error común impide un diagnóstico certero del estado de salud del individuo, es muy frecuente el omitir signos característicos de algún problema subyacente por la impericia del profesional de la salud por ejemplo la higiene inadecuada del paciente, la relación estatura-ponderal y su relación con el estado nutricional del menor.

El cirujano dentista debe tomar en cuenta los indicadores físicos presentes en el menor, realizando una documentación detallada de las lesiones, mismas que pueden ser por medios imagenológicos (fotografías, radiografías, imágenes de resonancia magnética, entre otros), toma de impresiones (como en el caso de las mordeduras), y notas de evolución, previamente autorizada por el padre o tutor mediante el consentimiento informado. En la práctica



privada esto es complicado por las repercusiones legales a las que se enfrenta el odontólogo, como acusaciones infundadas de pornografía infantil.

El odontólogo, no tendrá que tener la entera certeza del maltrato ya que podrá notificar la situación si es que sospecha del mismo ante las instituciones correspondientes. Es importante realizar una interconsulta con el CAINM-IPN-UNAM el cual considerara los diagnósticos diferenciales existentes para esta patología ya que estos son determinantes para confirmar o descartar el maltrato infantil.

En caso del que el maltrato sea evidente y severo al momento de la consulta odontológica, se debe proceder a realizar la denuncia directamente ante ministerio público, sin embargo esto no se realiza por temor a las represalias que pudieran existir por parte del supuesto agresor, ya que en la denuncia se brindan datos personales del denunciante, ya que en el sistema de justicia mexicano, el denunciado tiene el derecho de saber quién lo denuncia y las causas por las cuales lo denuncia, así mismo el ministerio público cumple dos funciones en las cuales persigue el delito y “amedrenta y hostiga” al denunciante y debido a esto se inhibe la voluntad de denunciar.



## Bibliografía

- Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P, Mastagas D. The responsibility of dentists in identifying and reporting child abuse. The internet Journal of law, healthcare and ethics. 2007; 5 (1): 1-10.
- Del Bosque-Garza J. Historia de la agresión a los niños. Gac Méd Mex.2003; 39 (4): 367-370.
- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México 1998; 40 (1): 1-8.
- Saéz-Crespo A, Castro-Molina M, Martínez-Piedrola M. Manual de enfermería en el maltrato infantil. Ed. Mayoral. Madrid 2008, pp. 22
- Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana 2009; 19 (1): 50-54.
- Douglas-Mouden L. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. CDA Journal.1998;1-10
- Centro de estudios sociales y opinión pública. “Violencia y maltrato a menores en México. 2005: 3-4
- Boj IR, Catala M, García-Ballesta O, Mendoza A. ODONTOPEDIATRÍA. Ed. MASSON. 2004 España pp. 423-437.
- Loredo-Abdalá A, Perea-Martínez A. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. Acta Pediatr Mex. 2005; 26 (3): 137-140
- Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, Capistrán-Guadalajara A, Carballo-Herrera R, et al. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión nacional para el estudio y la atención integral al niño maltratado. Primera parte. Salud mental 2010; 33 (3): 281-290
- Suárez-Saavedra S, Rodríguez-Suárez J. Maltrato infantil. BOL.PEDIATR 2006; 46 (1): 119-124.
- Alatorre-Wynter E. Violencia familiar y salud. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (1): 45-49.



- Rodas A, Villaseñor P. Síndrome del niño maltratado y las diversas formas de abuso. *Honduras Pediátrica* 2006; 26 (1): 15
- Chavarria A, Castro-Mora S. Síndrome del niño agredido. *Odontología Vital* 2008; 1 (9):21-28
- Marchetti-Lamagni R, Mojarro-Iñiguez M. Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil. México 2006; 1<sup>a</sup> ed.
- Noguerol-Noguerol V, Saz-Marín A. Una mirada a la realidad. *Intervención psicosocial* 2002; 11 (2): 245-253.
- Mariño-Míguez J, Sieira-Fernández M. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. *Cad Aten Primaria*. 2009; 16: 28-36.
- Ferreira A, Beltrán M, Montoya C, Nuñez O, Bossio J. Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. *OPS*: 11
- Arruabarrena MI, De Paul J. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Ed. Pirámide Madrid.1999; pp. 29-35
- Moreno-Hanso JM. Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional. *Rev Log Op Fon Audiol* 2003; 23 (4): 211-222.
- Segura C, Gli MJ, Sepulveda MA. El síndrome de alienación parental. Una forma de maltrato infantil. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):117-128.
- Maltrato infantil detección, notificación y registro de casos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid 2006: 16
- Butchart A, Phinney-Harvey A. Preventing child maltreatment a guide to taking action and generating evidence, World Health Organization. 2006: 1-102.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. CAPITULO 3. Publicación científica y técnica No. 588 2002
- Wolfe D, Madhabika-Nayak B. Child Abuse in Peacetime. CHAPTER 5. pp. 95-104



- Pinheiro PS. World report on violence against children. UNICEF. And end to violence against children CHAPTER 1. pp. 11
- Gómez-Puente L, Gómez-Jiménez M. Evaluación de estrategias de intervención para la prevención primaria del maltrato infantil. Revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2008;29(5):280-4
- García-Piña C, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J. Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo poco considerado de maltrato físico. *Acta Pediatr Mex*. 2008; 29(1): 9-15
- Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, López-Navarrete G, Alcántar-Escalera M, et. Al. Concenso de la comisión para el estudio y atención integral al niño maltratado. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. *Acta Pediatr Mex* 2010; 31 (supl. 1): S1-S7
- Bengün P, Ünalacak M, Ünlüoğlu I Child maltreatment: abuse and neglect. *Dicle Medical Journal* 2011; 38(1): 121-127
- Perea-Martínez A, Loredo-Abadalá A, López-Navarrete G, Jordán-González N, Trejo-Hernández J. Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28 (5): 193-197.
- Centro de prensa. Maltrato infantil. OMS 2010; nota descriptiva no. 150.
- Casió-Muñoz JM, Mur-Larramona MJ, Gómez-Quintero JD, Lahoz-Gallo J, Pros-Claver A. El maltrato infantil. Propuesta de actuación para su detección desde el ámbito escolar. Programa de prevención y detección de situaciones de desprotección y maltrato infantil. Instituto Aragonés de servicios sociales I.A.S.S. 2002: 21
- Ferro M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas MA. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. 2010: 1-7.
- Legano L, McHugh M, Palusci V. Child abuse and neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2009;39:31.e1-31.e26



Loredo Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, López-Navarrete G, Alcántar-Escalera M, et. Al. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional para el estudio y atención integral al niño maltratado. Segunda parte. Salud Mental 2011; 34: 67-73.

Hibbard R, Sanders B. Malos tratos y abandono de niños.

<http://www.definicionesdemedicina.com/equimosis/>

Pau-Charles I, Darwich- Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos de maltrato infantil. Actas dermosifogr.2011.doi: 10.1016/j.ad.2011.05.004

Maguire S. Bruising as an indicator of child abuse: when should I be concerned?. Paediatric sand child health. 2008; 18 (12): 545-49.

Harris T. Bruises in children: normal or child abuse?. Journal of pediatric health care 2010; 24 (4): 216-21

Kellog N, Committee on child abuse and neglect. Oral and Dental aspects of Child Abuse and Neglect. PEDIATRICS 2005; 116 (6): 1565-68

<http://html.rincondelvago.com/maltrato-infantil-en-guatemala.html>

Swerdin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. J Am Acad Dermatol 2007; 57: 371-92

Oliván-Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. Guías clínicas en atención primaria 2002; 2 (44): 1-13

Araujo-Reyes AT, Lubinus-Badillo FG. Maltrato infantil: diagnostico radiologico. MEDUNAB 2006; 9(2):159-63.

Baeza-Herrera C, Arcos-Aponte A, Villalobos-Castillejos A, López-Castellanos J, Cortés-García R. Sección duodenal total. Indicador confiable de maltrato físico severo. Gac Méd Mex 2008; 144 (2): 161-165

<http://pqax.wikispaces.com/Tema+14.+Traumatismos.+Contusiones+y+heridas>.

Casado-Flores J, Díaz-Huertas JA, Martínez-González C. Niños Maltratados, Ed. Díaz de Santos. Madrid 1997 pp. 178-179.



<http://www.laradiodeanabel.com/salud/intoxicacion-por-productos-de-limpieza-2/>

Zuñiga-Torres MC. Síndrome del niño sacudido. Revista peruana de oftalmología. 2000; XXIV(2): 48-51.

García G, Fernández C. Traumatismos oculares en la infancia. A *Pediatr Contin* 2004; 2(4):255-8

<http://davidlara.blogspot.com/2009/11/recuerdas.html>

Stechey F. P.A.N.D.A. A dentist's introduction to recognizing child abuse. 2001 *Dental Practice Management*

Kenney J. Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *Forensic Science International* 2006; S121-S125.

García-Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. *RCC* 2003; 8(2):131-141.

Welbury R, Duggal M, Hosey MT. *PAEDIATRIC DENTISTRY*.ED. Oxford, 2005. 3a Ed. pp.291-293

García-Ballesta C, Pérez- Lajarín L, Cortés- Lillo O, López- Nicolás M. Traumatología dental en la infancia. *Pediatr Integral* 2001;6(3):213-224.

[http://www.ptp.org.ar/lesiones\\_dentarias.htm](http://www.ptp.org.ar/lesiones_dentarias.htm)

Douglas Mouden L. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. *Journal of the California Dental Association*. 1998: 1-10

Stavrianos C, Louloudiadis K, Papadopoulos C, Konosidou N, Samara D, Tatsis D. Challenging Dentist's Role: Identifying and reporting domestic violence. *Research Journal of Medical Sciences* 2011; 5(1):32-37.

[http://html.rincondelvago.com/dientes\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/dientes_1.html)

<http://odontopediatria.org/principal/2010/11/08/la-caries-temprana-de-la-infancia/caries01/>



Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional. Gac Méd Méx, 1999; 135(6):611-620.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Díaz-Novas J, Gallego-Machado B. La interconsulta y la referencia. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21:(3-4)

Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García Piña C, López-Navarrete GE, Perea-Martínez A, Gómez-Jiménez M, et.al. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2008: 283-92.

Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico



**Anexos**

**AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO  
(APENDICE INFORMATIVO 1)**

Nombre, razón o denominación social del establecimiento		Folio
Institución	Localidad	
Municipio		
C.P.	Entidad federativa	
Servicio	Cama	Fecha de elaboración
		Día Mes Año
Usuario (a) o afectado (a) de violencia		Sexo
Nombre (s)	Edad	M F
Apellido Paterno	Apellido Materno	
Domicilio		
	Calle	Número Exterior
Domicilio		Número Interior
	Localidad	Barrio o colonia
	Municipio	Entidad federativa
Fecha de atención médica		Hora de recepción del usuario (a) afectado (a).
	Día Mes Año	Horas Minutos
Motivo de atención médica		
Diagnóstico (s)		
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:		
Plan:		
a) Farmacoterapia		
b) Exámenes de laboratorio		
c) Canalización	Referencia	
Seguimiento del caso:		
Área de trabajo social	Área de psicología	
Área de medicina preventiva	Área de asistencia social	
Pronóstico		
Notificación	Agencia del Ministerio Público	
	Día Mes Año	
Nombre y cargo del receptor		

Anexo.1 Notificación al Ministerio Público



# LA ODONTOPEDIATRÍA ANTE EL MALTRATO INFANTIL



## REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Unidad Médica \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

CLUES \_\_\_\_\_

**USUARIO (A) AFECTADO (A)**

1. Nombre \_\_\_\_\_ 8. Edad \_\_\_\_\_ años 4. Sexo \_\_\_\_\_ 5. Está embarazada \_\_\_\_\_ 6. Discapacidad \_\_\_\_\_ 7. Derechohabilidad \_\_\_\_\_

Apellido (Paterno Materno Nombres) \_\_\_\_\_ 1. Masculino \_\_\_\_\_ 2. no \_\_\_\_\_ 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

2. CURP \_\_\_\_\_

8. Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Número Exterior \_\_\_\_\_ Número Interior \_\_\_\_\_ Barrio o Colonia \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_

1. IMSS  
2. ISSSTE  
3. SEGURO POPULAR  
4. PEMEX  
5. SEDENA  
6. SECMAR  
7. OTRO  
8. NO

**EVENTO MAS RECIENTE**

1. Fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_ 8. Prevalencia \_\_\_\_\_ 5. Fue en día festivo \_\_\_\_\_ 6. Sitio de ocurrencia \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 1. Primera vez 2. Subsecuente \_\_\_\_\_ 1. sí 2. no \_\_\_\_\_

2. Tipo de violencia \_\_\_\_\_ 4. Día de la semana en que ocurrió \_\_\_\_\_

1. Física 2. Sexual \_\_\_\_\_ 1. Lunes 2. martes 3. miércoles 4. Jueves  
3. Psicológica 4. Abandono \_\_\_\_\_ 5. viernes 6. sábado 7. domingo \_\_\_\_\_

7. Consecuencia Resultante \_\_\_\_\_ 8. Agente de la lesión \_\_\_\_\_ 9. Lugar del cuerpo afectado \_\_\_\_\_

1. Contusión \_\_\_\_\_ 1. Fuego, flama, sustancia \_\_\_\_\_ 1. Cabeza o cuello  
2. Luxación \_\_\_\_\_ caliente \_\_\_\_\_ 2. Cara  
3. Fractura \_\_\_\_\_ 2. Sustancias sólidas, líquidas \_\_\_\_\_ 3. Brazos y manos  
4. Herida \_\_\_\_\_ y gases o tóxicas \_\_\_\_\_ 4. Tórax  
5. Asfixia mecánica \_\_\_\_\_ 3. Objeto punzo-cortante \_\_\_\_\_ 5. Columna vertebral  
6. Ahogamiento \_\_\_\_\_ 4. Objeto contundente \_\_\_\_\_ 6. Abdomen y/o pelvis  
7. Quemadura \_\_\_\_\_ 5. Golpe contra piso o pared \_\_\_\_\_ 7. Espalda y/o glúteos  
8. Cistricias \_\_\_\_\_ 6. Pie o mano \_\_\_\_\_ 8. Piernas y/o pies  
9. Aborto \_\_\_\_\_ 7. Arma de fuego \_\_\_\_\_ 9. Área genital  
10. ITS \_\_\_\_\_ 8. Amenaza y violencia verbal \_\_\_\_\_ 10. Múltiple  
11. Embarazo \_\_\_\_\_ 9. Múltiple \_\_\_\_\_  
12. Depresión \_\_\_\_\_ 10. Otra \_\_\_\_\_  
13. Trastorno de ansiedad \_\_\_\_\_ 11. Se ignora \_\_\_\_\_  
14. Trastorno psiquiátrico \_\_\_\_\_  
15. Defunción \_\_\_\_\_  
16. Otra \_\_\_\_\_

**PROBABLE AGRESOR(A)**

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Sexo \_\_\_\_\_ 8. Parentesco con la o el afectado \_\_\_\_\_

Años \_\_\_\_\_ 1. Masculino \_\_\_\_\_ 2. Femenino \_\_\_\_\_

1. Padre \_\_\_\_\_ 5. Cónyuge o pareja conviviente \_\_\_\_\_  
2. Madre \_\_\_\_\_ 6. Otro pariente \_\_\_\_\_  
3. Padrastro \_\_\_\_\_ 7. novio o pareja eventual \_\_\_\_\_  
4. Madrastra \_\_\_\_\_ 8. Sin parentesco - conocido \_\_\_\_\_  
9. Sin parentesco - desconocido \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN**

1. Fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_ 3. Atenciones Otorgadas \_\_\_\_\_ 8. Destino después de la atención \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 1. Tratamiento médico \_\_\_\_\_ 1. Domicilio \_\_\_\_\_  
2. Servicios de atención \_\_\_\_\_ 2. Tratamiento quirúrgico \_\_\_\_\_ 2. Consulta externa \_\_\_\_\_  
1. Consulta externa \_\_\_\_\_ 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico \_\_\_\_\_ 3. Hospitalización \_\_\_\_\_  
2. Urgencias \_\_\_\_\_ 4. Otro \_\_\_\_\_ 4. Traslado a otra unidad médica \_\_\_\_\_  
3. Hospitalización \_\_\_\_\_ 5. Grupos de autoayuda mutua \_\_\_\_\_  
4. Otros servicios \_\_\_\_\_ 6. Refugio o albergue \_\_\_\_\_  
7. Unidades de atención especializada \_\_\_\_\_  
8. DIF \_\_\_\_\_  
9. Otro \_\_\_\_\_

Notificación fecha \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Notificante Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

FORMATO ESTADISTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

Anexo.2 Notificación al Ministerio Público