



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA  
INFANTIL EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

ALÍ BERENICE CONTRERAS GONZÁLEZ

TUTORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESORA: Dra. IVET GIL CHAVARRÍA

MÉXICO, Cd. Mx.

2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*A Dios por darme la fortaleza, inteligencia y sabiduría guiando mi camino.*

*A mis padres Carmen y Oscar por todo su amor, comprensión y por apoyarme incondicionalmente pese a todas las adversidades que tuvimos en el camino....los amo.*

*A mis hermanas Katy y Gala por estar conmigo siempre, gracias por ser las mejores hermanas del universo.*

*A la Dra. Ivet por guiar mis conocimientos, y por su paciencia para realizar este trabajo, agradeciendo su profesionalismo, admirando su desempeño.*

*A la Dra. Mirella por brindarme su experiencia, conocimientos.*

*Al Dr. Alfonso gracias por su interés en mi trabajo sin recibir nada a cambio, entendí el profesionalismo con el que usted trabaja su docencia.*

*Agradezco a cada uno de los doctores que conocí dentro de mi formación académica, aprendiendo de cada uno de ellos, para ser mejor en el ámbito profesional.*

*A la UNAM por permitir mi formación dentro de ella, orgullosamente UNAM...“por mi raza hablará el espíritu”.*

***“Ante las atrocidades, tenemos que tomar partido. La posición neutral siempre ayuda al opresor, nunca a la víctima. El silencio protege al verdugo, nunca al que sufre”.***

***Elie Wiesel.***

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>OBJETIVOS</b> .....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	8
1.1 Contexto en México.....	11
<b>2. MARCO JURÍDICO DE VIOLENCIA INFANTIL</b> .....	14
<b>3. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL</b> .....	17
3.1 Poblaciones vulnerables a la violencia.....	18
3.2 Factores de riesgo.....	18
<b>4. CLASIFICACIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL</b> .....	20
4.1 Abuso físico.....	20
4.2 Abuso sexual.....	20
4.3 Abuso emocional o psicológico.....	21
4.4 Omisión o negligencia.....	23
<b>5. IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL ODONTÓLOGO</b> .....	24
<b>6. MODELO ECOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO</b> .....	26
<b>7. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL CON ENFOQUE ODONTOLÓGICO</b> .....	29
7.1 Historia clínica general.....	30
7.1.1 Exploración general.....	31
7.1.2 Comportamiento del niño ante el maltrato infantil.....	32
7.2 Importancia de la historia odontológica en la detección de violencia infantil.....	34
7.2.1 Exploración intraoral.....	34
7.2.1.1 Lesiones de maltrato infantil.....	35
<b>8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL MALTRATO</b> .....	38
<b>9. NOTIFICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA EN CASO DE VIOLENCIA INFANTIL</b> .....	42
<b>CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48

## **INTRODUCCIÓN**

La presente revisión documental se refiere a la detección de violencia infantil en la práctica odontológica. La violencia infantil se puede definir según la OMS como: “Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.”<sup>1</sup>

Se identifican diversos factores de riesgo para que los menores de edad sean objeto de algún maltrato, para ello es conveniente conocer los principales agresores, los detonantes de ellos y encontrar la solución.

La violencia es un problema que se presenta en cadena y que para quien lo vive, cree que es parte de la vida diaria e intenta copiar e imitarlo; su incapacidad de resolver las situaciones adversas sale de sus manos y quieren resolver todo a golpes, maltratos; en su mayoría se atribuye a familiares cercanos, es decir, padres y madres. La violencia infantil se considera desde un grito, un pellizco, palabras altisonantes, la manera en la que se refiere a los niños, un golpe, aventarlos hasta el abuso sexual. El mayor peligro para un menor de edad se encuentra en casa y los padres son los principales cómplices de esta situación.

La revisión documental de esta problemática social se realizó por el interés de dar a conocer la importancia de detectar la violencia infantil en la práctica odontológica, asumiendo así, la responsabilidad profesional para la protección de un menor.

En el capítulo 1 se describen los antecedentes de violencia infantil a.C. y d.C. a nivel mundial y se presenta el contexto en México hasta la actualidad. En el

capítulo 2 se dará a conocer el marco jurídico que beneficia los derechos de los niños y niñas respecto a la violencia infantil, incluyendo convenios, leyes y acuerdos nacionales e internacionales. Así mismo, el capítulo 3 dará información detallada de qué es violencia infantil, las poblaciones vulnerables y los factores de riesgo en forma generalizada ya que este trabajo tenemos un capítulo enfocado a los factores de riesgo. En el capítulo 4 se mencionan diferentes conceptos de violencia infantil según instituciones nacionales e internacionales. El capítulo 5 se encarga de forma explícita de informar la importancia de la detección de la violencia infantil en la práctica odontológica. Los factores de riesgo en la violencia infantil (capítulo 6) son un conjunto de datos que pueden ser agrupados en un modelo ecológico que consiste en una guía para identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia. Los documentos citados en el capítulo 7 hacen referencia a los auxiliares de diagnóstico que los cirujanos dentistas tienen para lograr diagnóstico presuntivo de violencia infantil. Los cirujanos dentistas deben informarse y capacitarse para poder diferenciar el maltrato (capítulo 8). Los profesionales de la salud deben y están obligados a notificar las sospechas de maltrato infantil que puedan obtenerse dentro del consultorio, así en el capítulo 9 se citan algunos puntos a seguir para realizar la notificación, sea vía telefónica, por escrito, por correo electrónico o personalmente.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general.

Determinar la importancia de la detección de violencia infantil en la práctica odontológica.

Objetivos específicos.

Definir los diferentes conceptos generales de violencia infantil que permitan reconocer el maltrato.

Identificar las principales lesiones de cabeza y cuello para diferenciar los tipos de traumatismo por zona accidental, patológica o maltrato.

Describir procedimientos médico-legales para que el cirujano dentista argumente evidencia de maltrato infantil.

Determinar derechos y obligaciones del cirujano dentista ante la detección del maltrato infantil basado en aspectos legales.

## 1. ANTECEDENTES

A lo largo de la historia humana se han reportado acontecimientos que de manera directa se relacionan con violencia infantil. En este capítulo se revisarán algunos antecedentes a.C. y d.C.; que brindarán un panorama del tema a tratar.

La violencia infantil surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, al respecto Manterola afirma: “El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad”.<sup>2</sup>

Durante siglos la agresión al menor, ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie o bien como una forma de imponer disciplina.<sup>2</sup>

En la India, Egipto o China las creencias religiosas permitían que los recién nacidos fueran sacrificados (para sus deidades); de tal manera que España (900 a. de C.) y estos países disponían de la vida de sus hijos, a tal grado que si los niños nacían con defectos físicos o psíquicos, eran abandonados o arrojados en las montañas.<sup>3</sup>

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la violencia hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. Justificando alguna de las acciones en la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”.<sup>2</sup>

Fue hasta d.C. que ya existen referencias que se ocupan de la violencia infantil, mencionando que en la antigua Grecia, siglo IV d.C., las niñas eran

sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. <sup>2</sup>

Los sucesos relacionados con la violencia infantil para su mayor comprensión se citarán en 3 aspectos principales que son:

I) Casos reportados: En París, el catedrático Ambrosie Tardieu (1868) describe el síndrome del niño golpeado, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. <sup>3,4</sup>

Posteriormente en Nueva York, en el año 1874, se refiere al caso de la pequeña Mary Ellen, quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños. <sup>2</sup>

En París, el Dr. Caffey, describe en 1946, seis casos de niños que padecían hematomas subdurales crónicos asociados con alteraciones lo que descubrió radiológicamente como son fracturas múltiples de los huesos largos en los pequeños. <sup>(2,3)</sup> En el Hospital General de Denver, en Colorado, Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. <sup>2</sup>

II) Acciones legales: Se fundó la Oficina Federal del Niño en Estados Unidos, del Departamento de Salud, Educación y Bienestar (1962), que publicó una

guía titulada “Principios y terminología sugerida para la legislación sobre denuncia de casos de niños maltratados.”<sup>(3)</sup> Y la siguiente institución que se fundó por disposición federal fue el Centro Nacional del Niño Maltratado y Abandonado (1974). Este Centro funciona como una institución de intercambio de información, entrenamiento, investigación y estudio de violencia en niños.<sup>1</sup>

III) Salud Pública y organizaciones internacionales: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan que la violencia y el maltrato constituyen uno de los problemas más importantes en materia de salud pública, sus diferentes formas de expresión son una amenaza para la salud individual y colectiva, muy especialmente para la población infantil.<sup>1</sup>

A partir del siglo XXI las organizaciones internacionales arrojan datos alarmantes que se presentarán a continuación:

La OMS calcula que en el mundo 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años fueron forzados a tener relaciones sexuales o experimentaron otras formas de violencia sexual durante 2002.

El Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas de las Naciones Unidas señala que en África Subsahariana Meridional, Egipto y Sudán, 3 millones de niñas y mujeres son sometidas a mutilación genital femenina anualmente. El mismo informe cita a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que calculó que en el 2000, en el mundo, 5.7 millones de niños, niñas y adolescentes fueron víctimas de trabajos forzosos o servidumbre y que 1.8 millones fueron involucrados en prostitución y pornografía; y 1.2 millones fueron víctimas de trata .La misma organización estima que en 2004, a nivel mundial, 218 millones de menores trabajaban y 126 millones realizaban trabajos forzosos. Los datos disponibles sugieren que los niños más pequeños sufren mayor riesgo de violencia física, mientras la violencia sexual afecta predominantemente a los adolescentes.<sup>5</sup>

## 1.1 Contexto en México

En nuestro país existen hechos relacionados a la violencia infantil, en orden cronológico se mencionarán algunos de ellos en este capítulo:

Mientras el Códice Mendocino menciona diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Algunas etnias prehispánicas como los mazahuas sacrificaban niños y adolescentes con la finalidad de agradecer a una deidad por su beneficio.<sup>6</sup>

En el siglo XX Riojas y Manzano, detectaron la existencia de violencia infantil a través de estudios radiográficos, pero hasta 1981 el doctor Jaime Marcovich despertó la conciencia no sólo de médicos pediatras, sino a todos los profesionistas que se encuentran en contacto con menores. Existe un estudio realizado por Mongter, de la Teja y cols., quienes estudiaron 52 niños diagnosticados con Síndrome del Niño Maltratado (SNM) en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría y encontraron que 54% manifestó indicadores en cabeza, cara y cuello. <sup>6</sup>

La relación de los acontecimientos que han suscitado en este país, es necesario conocer 3 aspectos esenciales:

l) Casos reportados: El Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), recibió un promedio de 4 casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002.

<sup>(1)</sup>Durante el período de 1999 a 2004 los maltratos más frecuentes detectados por el DIF fueron el físico 29.7% (poco más de 43 mil menores), le sigue en importancia la omisión de cuidados con 25.2% (37 mil niños) y el maltrato emocional, 22.9% (33,518 menores).

De 2001 a 2011, en promedio, en poco más de 21 mil menores por año se comprobó algún tipo de maltrato que representó 20% del total de casos presentados ante el Ministerio Público.<sup>5</sup>

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, 2010, reportó que casi 3 de cada 10 niños dijeron que sus papás les han hecho llorar, y 1 de cada 4, que les han pegado en su casa.<sup>5</sup>

La situación de la infancia en México muestra que la mayoría de los adultos considera que la corrección de los niños debe hacerse platicando (67%); en segundo lugar, regañando (17%); y, en tercer lugar, castigando (15%). Sólo 1 de cada 100 considera que se les debe pegar. En cambio cuando se les pregunta a los niños cómo los corrigen cuando se portan mal, las respuestas son distintas; sólo 48 de cada 100 mencionó que platicando; 38 de cada 100 expresó que a través del regaño; 12 de cada 100 respondió que con castigos y 2 de cada 100 contestó que pegando.<sup>5</sup>

En el 2015, se presenta un estudio sobre violencia contra los niños. Según el informe Nacional, 2 niños con menos de 14 años mueren por día. Su propósito es hacer recomendaciones para prevención y eliminación de la violencia infantil. La Secretaría de Educación Pública, el Secretario de Salud y la Presidenta del Sistema Nacional del DIF han firmado en Acta de Compromiso para dar seguimiento al estudio realizado.<sup>1</sup>

II) Salud Pública e instituciones nacionales con aspectos legales: El Instituto Nacional de Pediatría (INP) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) crearon la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), en 1980 fue creada por un grupo de especialistas cuya atención interdisciplinaria permite diagnosticar, vigilar y atender los casos de violencia contra los niños, niñas y adolescentes. <sup>(6)</sup>El programa “Contra la violencia, Eduquemos para la paz, por mí, por ti y por todo el mundo” es un esfuerzo conjunto de la Secretaría de Educación Pública (SEP), la organización civil Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Consiste en realizar talleres con docentes y personal administrativo de las escuelas a todos los niveles, donde se forman en

capacidades para la resolución no violenta de conflictos. En el año 2005 participaban en este proyecto más de 1400 escuelas del Distrito Federal (D.F.), esto incluye la participación de los alumnos, familias y el personal escolar en general. Así mismo, UNICEF apoyó la publicación de la carpeta didáctica “Contra la Violencia, Eduquemos para la Paz” con actividades y dinámicas para la resolución pacífica de conflictos.<sup>3</sup>

En tiempos actuales la violencia hacia los niños se convierte en algo “común” para los seres humanos, ya que se practica en casa principalmente, pero también participan otras estancias en donde los niños se encuentran en un determinado momento como lo son: escuelas, guarderías, casa hogar, entre otros.

Las instituciones públicas y privadas, profesionales de la salud y programas han fijado interés para mitigar la violencia infantil en la actualidad.

## 2. MARCO JURÍDICO DE LA VIOLENCIA INFANTIL

En este capítulo se mencionarán algunos de los estatutos orgánicos, convenios, leyes nacionales e internacionales que engloban el marco jurídico beneficiando los derechos de los niños y niñas respecto a la violencia infantil.

### l) Internacionales:

Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos de la Niñez relativo a la venta, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos de la Niñez relativo a la participación de niños en los conflictos armados. Existen normas internacionales relativas a los Derechos de la Niñez y la Mujer.

Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre edad mínima laboral.

Convenio 182 Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la peores Formas de Trabajo Infantil.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer.<sup>8</sup>

### b) Nacionales:

En nuestra Legislación para que se sancione dicho maltrato es necesario que exista un daño físico y/o psicoemocional, respecto a estados que encuadren dentro de los delitos de lesiones.

En el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal: Artículo 132. Cuando las lesiones se infieran con crueldad o frecuencia a un menor de edad o a un incapaz, sujetos a la patria potestad, tutela o custodia del agente, la pena se incrementará con dos terceras partes de la sanción prevista. La diferencia con el actual Código Penal es que aumenta la pena por la relación de parentesco. Es un menor que tenga parentesco respecto de quien le ejerce la violencia o bien conviva o haya convivido con el agresor en la misma casa.

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal: En esta Ley aunque sanciona la violencia familiar no tiene competencia para resolver sobre lesiones a menor únicamente corresponde dar aviso al Ministerio Público cuando tenga conocimiento de asuntos que afecten a menores a fin de que se dicten las medidas precautorias que correspondan (art. 12-X). VI.<sup>8</sup>

Ley de los derechos de los niños y niñas en el D.F.: Establece los compromisos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del D.F., en materia de asistencia social, realización de acciones de prevención y protección de las niñas, niños y adolescentes, recibir quejas, denuncias e informes en relación de quienes ejerzan la patria potestad, la tutela, curatela o guarda y custodia o quienes las tengan bajo su cuidado, sobre la violación de los derechos de las niñas y niños, haciéndolo del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitar las acciones legales correspondientes.<sup>7</sup>

Convención sobre los Derechos del Niño: En esta Convención se establece que los Estados deben tomar medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares. Además que ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación, teniendo el derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Ley para la Protección de los Niños, las Niñas y los Adolescentes: En el capítulo quinto denominado "Del Derecho a ser Protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual de esta Ley Federal en su artículo 21, se establece que las Niñas, niños, y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3º constitucional.<sup>8</sup> Su fundamento de creación está en el artículo 4º constitucional. Establece quienes son considerados como niñas, niños y adolescentes, sus derechos

que se entiende por interés superior de la infancia; así como, las obligaciones de ascendientes, tutores y custodios que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes (artículos 1,3,4,14 y 23).<sup>7</sup>

Se dice que en México los estados están en proceso de educación de sus legislaciones para garantizar los derechos de la niñez como son la siguiente: Convención sobre los derechos de la Niñez.<sup>8</sup>

Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal: Establece la responsabilidad de promover y prestar servicios de asistencia social, coordinar programas de prevención, atención y protección a niñas y niños víctimas de violencia familiar, así como atención de reportes de maltrato infantil, para su investigación y tratamiento social, psicológico y de ser procedente interponer las denuncias correspondientes.<sup>7</sup>

### 3. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL

A continuación se darán a conocer cuatro definiciones de violencia infantil, de acuerdo a instituciones internacionales y nacionales con la finalidad de conocer la amplitud y el alcance de cada una de ellas:

#### A) Internacionales

-OMS: “Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.”<sup>1</sup>

-UNICEF: “Aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años de edad que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el núcleo familiar o instituciones sociales”.<sup>1</sup>

#### B) Nacionales

-CAINM-UNAM: “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor, antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona o institución, en función de su superioridad física o intelectual”.<sup>6</sup>

-DIF: “Aquellas agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, su educación y su adecuada integración a la sociedad”.

Las definiciones mencionadas tienen similitud en su mayoría, pero es importante resaltar que la OMS es la definición más completa ya que abarca todos los factores que pueden repercutir en la violencia infantil.<sup>9</sup>

### **3.1 Poblaciones vulnerables a la violencia**

La violencia infantil se destaca en algunas poblaciones, es decir son más vulnerables, ya sea por falta de información o simplemente por la creencia que los niños aprenden a golpes, o que son más responsables si trabajan desde pequeños, o por la situación económica en la que viven actúa como detonante para los padres de familia, sin dejar atrás que los padres obliguen a sus hijos a cumplir jornadas laborales desde pequeños.

### **3.2 Factores de riesgo**

Existen diversos factores de riesgo para que los menores de edad sean objeto de algún maltrato, para ello es conveniente conocer los principales agresores, los detonantes de ellos y encontrar la solución (en el capítulo 6 se desarrollará un modelo ecológico el cual amplía el conocimiento sobre el tema mencionado).

De acuerdo a la conceptualización que menciona la CAINM se puede destacar que el maltrato es un impedimento para que los niños de nuestra sociedad tengan una vida plena. Las agresiones que sufren los niños de manera indirecta que se lleva a cabo antes de su nacimiento, está probado que es un factor psicológico que afecta al pequeño por obvias razones nos referimos al embarazo no deseado o que la madre se encuentre en un momento de su vida con estrés o con algún problema severo emocional, sin dejar de mencionar las adicciones; es importante destacar que la violencia no solo se da dentro de casa sino también en instituciones a las que asistan, o bien algún familiar, profesor o alguna persona cercana a ellos.

Medrano y Perona se refiere a que la violencia infantil no es un hecho aislado, es un proceso que está determinado por la intervención de factores sociales, familiares, ambientales y del propio niño, que interactúan de forma dinámica y puedan coincidir en una misma familia y en un determinado momento.

La violencia infantil es un factor determinante, que en ocasiones la población lo aprueba consciente o inconscientemente. Cabe mencionar que los niños, principales víctimas de maltrato, pueden repercutir de manera importante en su vida diaria, ya que disminuye su autoestima, su capacidad para resolver la problemática que enfrenta o bien tratar de solucionarlo de la misma manera que lo vivió. La violencia es un problema repetitivo que para quien lo vive cree que es parte de la vida diaria e intenta copiar e imitarlo; su incapacidad de resolver las situaciones sale de sus manos y quieren resolverla a golpes, maltratos. Un claro ejemplo son los niños que golpean o muerden a sus compañeros en el colegio, ellos están convencidos que actúan de manera correcta porque simplemente ellos lo aprendieron.

La violencia infantil en su mayoría es atribuida a familiares cercanos, es decir, padres y madres; es considerada la violencia infantil desde un grito, un pellizco, palabras altisonantes, la manera en la que se refiere a los niños, un golpe, aventarlo o bien abusar sexualmente. El mayor peligro para un menor de edad se encuentra en casa y los padres son los principales cómplices de este suceso.

Es importante conocer la clasificación de violencia infantil ya que será de vital importancia para la detección de la misma, y poder diagnosticar de manera oportuna; por ésta razón se mencionarán 3 diferentes conceptos de cada una de las diferentes clasificaciones:

## **4. CLASIFICACIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL**

### **4.1 Abuso físico**

#### I) Instituciones internacionales

-CNDH: “El maltrato o abuso físico se refiere a los daños físicos infligidos a un niño por alguna persona responsable de su cuidado. No es necesario que los daños sean infligidos de manera intencional”.<sup>10</sup>

-OMS: “Toda forma de agresión que causa daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas”.<sup>11</sup>

#### II) Instituciones nacionales

-DIF: “Es la agresión física que produce lesiones corporales en el o la menor, como son: hematomas, quemaduras, fracturas, daños abdominales, en el cráneo o envenenamiento; causados con manos, pies y diversos objetos (cinturones, cables de luz, palos, cigarrillos, tubos, agua caliente, así como diversas sustancia dañinas al organismo”.

Este tipo de abuso se puede presentar solo una vez o bien puede ser cotidiano en la vida del niño o niña.<sup>9</sup>

### **4.2 Abuso sexual**

#### II) Instituciones internacionales

-CNDH: “Ocurre entre un niño o una niña y un adulto que puede ser alguno de los padres, padrastros responsables del niño o niña o cualquier otro adulto integrante de su familia. Comprende tanto los actos que puede realizar el adulto para obtener estimulación o gratificación sexual, como la explotación sexual del niño o niña”.<sup>10</sup>

I) Instituciones nacionales:

-DIF: “Es cualquier tipo de contacto sexual con un(a) menor por parte de un familiar o cualquier adulto, que lo hacen con el objetivo de obtener su excitación y/o gratificación sexual, y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales hasta la violación”.<sup>9</sup>

II) CAINM: “Interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño(a) y un individuo de un edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del o la menor o la de otros (violación, incesto, estupro, hostigamiento sexual, inducción y fomento de la prostitución)”.

Es indispensable documentar que no solo las personas cercanas implican familia, sino también profesores, educadores, o bien trabajadores que se encuentren entorno a la vida de los niños, cabe mencionar que este tipo de abuso es muy frecuente en los niños debido a que son seres independientes de los adultos.

Son incluidas todas las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aún en ausencia de violencia o daños reales.<sup>12</sup>

Referirse a todas las experiencias, es considerar que cualquier acto que reporte para un niño una mala experiencia, como el observar actos sexuales, estar presente obligado y no acorde a su edad es considerado abuso sexual.

### **4.3 Abuso emocional o psicológico**

I) Instituciones internacionales:

-CNDH: “Acto u omisiones cometidos por padres o cuidadores que han provocado o pueden provocar trastornos de comportamiento, cognitivos, emocionales o mentales serios. El maltrato psicológico comprende tanto actos de abuso, como de negligencia. La negligencia emocional incluye la falta de contención adecuada, retener el afecto, permitir al niño(a) adoptar

comportamientos inadecuados y rehusar proveerle una aceptación o reconocimiento básicos”.<sup>10</sup>

II) Instituciones nacionales:

-CAINM: “Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño(a) ejerce contra éste(a), afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor, inteligencia, lenguaje, memoria, atención, etcétera.), emocional (autoestima, autoconcepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse, etcétera), y sus habilidades de socialización, y por lo tanto, la integración de su personalidad”.

-DIF: “Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los/las menores, a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan, generándoles sentimientos de desvaloración, baja autoestima e inseguridad personal”.<sup>9</sup>

La hostilidad verbal, no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, sometimiento, dominación, es decir, todas que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional. <sup>(8)</sup> Con este tipo de abuso bloquean muchos estados emocionales de los niños principalmente ellos se vuelven más retraídos, baja autoestima y sobre todo comienza un desequilibrio psíquico en ellos.

Abuso pedagógico, incluye los casos con excesivas obligaciones académicas sin contar con las posibilidades del propio niño, evitando el desarrollo normal de vida social y juego del niño, generando un estrés escolar que puede derivar en trastornos psicosomáticos o alteraciones emocionales.<sup>(2)</sup> Es indispensable que los padres estén atentos a este tipo de abuso, ya que los niños por el temor a delatar a los instructores educativos por alguna amenaza, no dicen nada y siguen sufriendo este tipo de abuso. Los padres deben estar en constante comunicación con los niños para que ellos puedan confiar y exponer problemas escolares.<sup>9</sup>

#### **4.4 Omisión- Negligencia de los padres**

Tiene lugar cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo.

La negligencia dental es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como una falta deliberada por parte de los padres o tutores, de la búsqueda y seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantiza la ausencia de dolor e infección.<sup>3</sup>

## **5. IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL ODONTÓLOGO**

En la práctica odontológica es común la atención con niños, de tal manera que es necesario que todos los profesionales cuenten con información, conocimiento y estén preparados para identificar cualquier abuso en niños.

La OMS ha considerado a la violencia infantil un problema de salud pública a nivel mundial.<sup>6</sup> La importancia que el odontólogo tiene en la identificación del maltrato se debe tomar como uno de los puntos estratégicos para evitar el maltrato.

El odontólogo podría diagnosticar el maltrato debido a que los padres que maltratan a sus hijos llevan raramente al niño al mismo médico, sin embargo, no son cautos o precavidos acerca de los dentistas según lo menciona Molina Gómez Alma María en el año 2009.<sup>13</sup>

La detección oportuna es necesaria ya que en su mayoría provoca que los niños y las niñas dejen de asistir a las instituciones educativas, vivan en una situación en donde la violencia para ellos sea de forma constante e incluso llegar a la peor consecuencia que es la muerte.

Es de vital importancia que toda lesión encontrada en los niños, se documente mediante dibujos, fotos, diagramas, radiografías, modelos de estudio, entre otros; en la historia clínica. Los odontólogos están obligados por ley a denunciar los presuntos casos de malos tratos infantiles ante las autoridades protectoras de los niños.<sup>3</sup>

Cuando se tienen todas las pruebas se deben enviar al Ministerio Público para que el peritaje haga su labor y pueda realizar la debida investigación y posteriormente pase a las autoridades competentes, hasta llegar con un juez y sea procesado el caso (tema que será explícito en el capítulo 9).

Para erradicar este problema social mundial es importante que todos los profesionales de la salud tengan en sus manos protocolos a seguir en caso de sospechar maltrato infantil en el consultorio o bien que las instituciones de salud lleven a cabo cursos proporcionando la información necesaria.

Para intervenir de manera adecuada, los profesionales deben estar dispuestos a considerar el abuso o negligencia como una posibilidad. Si no se considera, no se puede diagnosticar.<sup>14</sup>

Éste capítulo es de gran relevancia ya que esto será esencial para evitar que tenga secuencia este maltrato y llegar hasta sus peores consecuencias e incluso la muerte.

## 6. MODELO ECOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2003, la OMS propone trabajar con lo que llama Modelo Ecológico, en este capítulo se revisará los factores de riesgo ya que cada uno propone diversos enfoques; los cuales de forma integral indican la perspectiva de cada contexto en el que una persona se desarrolla. El Modelo Ecológico representa una guía para identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, estos niveles son:

- A) Individual: se consideran los factores biológicos, la historia personal que influyen en el comportamiento de un individuo, factores psíquicos como la impulsividad, factores educativos como bajo nivel educativo, abuso de sustancias psicotrópicas y factores sociales como haber sufrido maltrato escolar o en el barrio. En palabras de la OMS, “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”.
  
- B) Relacional: se indagan las relaciones de la persona en cuestión, con sus más cercanos: familia, pareja, amigos y aumentan el riesgo de convertirse en persona violentada o perpetradora de actos violentos. Es interesante los principios que de aquí se deducen: 1º Compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Algo que es evidente para el sentido común, actualmente pareciera que no lo es; pues vemos a diario como las parejas mantienen su relación a pesar de la violencia constante entre ellos y la imagen que están proyectando en los hijos.

C) Comunitario: se indaga la escuela, barrio y lugar de trabajo, como posibles fuentes de violencia. Se considera más expuestos a la violencia quienes viven en comunidades contaminadas por el tráfico de drogas, el desempleo, el aislamiento social, identificando características que en estos ámbitos como víctimas o como perpetradores.

D) Social: se alude a los diversos factores u organizaciones que propagan la violencia, la aceptan, enmascaran o reducen las inhibiciones contra ella y generan tensiones irreconciliables entre diferentes grupos o países.

Existen factores más generales, en los cuales se encuentran:

Normas culturales que validan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.

Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos.

Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las niñas y los niños.<sup>15</sup>

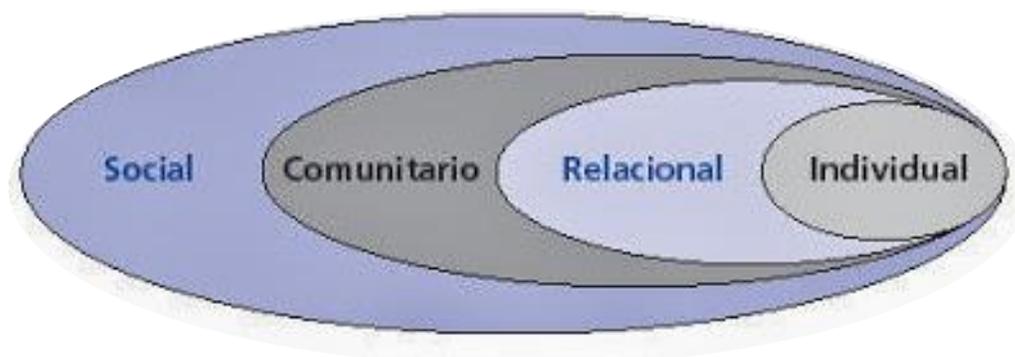


DIAGRAMA 1. DIAGRAMA DE MODELO ECOLÓGICO DE VIOLENCIA <sup>15</sup>

El Modelo Ecológico de violencia plantea y categoriza diversos niveles de los factores de riesgo y los correlaciona con la probabilidad de violencia.

Analizando el esquema podemos detectar los factores de mayor predisposición esté a la violencia infantil.

Por lo tanto este diagrama nos permite deducir el entorno de una persona que violento o sea violentada, y así generar la posibilidad de identificar este problema que se encuentren al alcance de los profesionales para poder intervenir de la manera correcta.

## **7. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA INFANTIL CON ENFOQUE ODONTOLÓGICO**

En este capítulo se describirán los auxiliares de diagnóstico de lo general a lo particular, para la detección oportuna de violencia infantil. Se mencionan tanto la historia clínica general, como la historia clínica odontológica (exploración intraoral); para complementar se señalarán las lesiones en cuadros para su mayor comprensión asociadas a violencia infantil.

Cuando se tiene sospechas de violencia infantil, se hará una evaluación clínica; a través de un examen general, la información será proporcionada por los acompañantes del niño(a) y otras instituciones o lugares que pueden aportar información, tales como: escuelas, jardín de niños, familia (padres o tutores), entre otras. Se debe recopilar toda la información posible.<sup>16</sup>

Se contará con una guía clínica que permitirá obtener la mayor cantidad de información sin que los padres, tutores o persona que acompaña al niño tenga alguna opción de alerta y pueda cambiar su versión, convirtiéndose así en cómplice o agresor del niño:

- I. Hacer preguntas claras y directas.
- II. No emitir juicios descalificadores.
- III. Evitar actitudes intolerantes, amenazadoras.
- IV. Explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia.
- V. Resguardar la privacidad de los padres o acompañantes.<sup>17</sup>

En esta etapa es importante analizar las explicaciones que los adultos proporcionan acerca de la salud del niño e identificar las contradicciones de la información, para descartar violencia en los niños cuando obtenemos

información adecuada y eliminamos sospecha, es indispensable que al recopilar los datos, no se acuse directamente o se realice algún enjuiciamiento de la violencia hacia el menor de edad.

Cuando se examina un paciente con lesiones potencialmente no accidentales, la historia recopilada puede ser el relato de un testigo ocular.<sup>18</sup>

### **7.1 Historia clínica general**

El expediente clínico es un documento médico-legal y confidencial, la información contenida deberá resguardarse con discreción, atendiendo los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sólo podrá darse a conocer a terceros para arbitraje médico y mediante una orden de la autoridad competente (autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias).<sup>16,19</sup>

Los prestadores de servicio otorgarán la información verbal y resumen clínico (aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente) cuando el padre o tutor, representante jurídico o la autoridad competente lo soliciten por escrito especificando con claridad el motivo para el que se requiere.<sup>16</sup>

La historia clínica general es un conjunto ordenado de procedimientos para conseguir el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correcto en el paciente.<sup>19</sup>

El consentimiento bajo la información deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento del menor de edad, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable del servicio registrará el nombre de dicha persona.<sup>16</sup>

Lo que debe contener en la historia clínica es: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos, historia de adicciones, antecedentes quirúrgicos y/o alérgicos, así como el interrogatorio del padecimiento actual, de aparatos y sistemas. A su vez debe

contener un interrogatorio, exploración física, terapéutica empleada y resultados obtenidos, diagnóstico presuncional o problemas clínicos, debe tener fecha de elaboración, nombre y firma de quien la elabora.<sup>20</sup>

### **7.1.1 Exploración general**

Esto se refiere a una búsqueda de lesiones, marcas y signos, con los cuales se pueda establecer algún diagnóstico presuntivo de maltrato hacia el niño. La exploración general comienza desde que el niño entra a la sala de espera o consultorio, se debe obtener una impresión general, en aspectos tales como son: higiene, desarrollo y estatura, relación con los padres, su forma de vestir, etcétera.

En la mayor parte de los niños que presentan o sufren de violencia, encontramos contusiones en su cuerpo; comúnmente la frecuencia se presenta en niños preescolares, localizados en rodillas, codos, piernas e inclusive en la frente. El odontólogo después de realizar el examen físico completo al niño, debe evaluar todas las partes expuestas para descartar, contusiones, laceraciones, marcas inusuales, fracturas o limitaciones de movimiento.<sup>21</sup>

La exploración general, es física, se debe resaltar que existen pruebas complementarias para un diagnóstico presuntivo tales como: fotografías, análisis de laboratorio, radiografías, etcétera.

Se ha reportado que las lesiones más frecuentes a nivel general en piel y mucosas son hematomas (39%), desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras (6%). Las lesiones pueden tener formas muy diversas y a menudo reflejan la imagen del objeto agresor es la denominada imagen en espejo.<sup>22</sup>

### 7.1.2 Comportamiento del niño ante el maltrato infantil

Otro aspecto que es determinante en la violencia infantil es la posibilidad de resultar maltratado, es mayor si el niño es difícil de criar (hiperactivo o discapacitado).

Estos son los signos y síntomas en niños que deben aumentar sospechas de que están siendo objeto de maltrato o de abandono:

- El niño es anormalmente temeroso o pasivo (especialmente con respecto a su padre o madre).
- El niño muestra evidencias de encierro prolongado.
- Hay evidencias de repetidas lesiones en la piel u otras y dolores recurrentes a los que no existe una causa evidente (somatizaciones).  
1,13
- Hubo tratamiento inadecuado de las lesiones por parte de los padres (vendaje o medicación incorrectos).
- El niño está mal nutrido.
- El niño recibe alimentos o bebidas inadecuados.
- El niño usa ropa impropia para las condiciones climáticas.
- El niño es agresivo, exigente o hiperactivo.
- Hay evidencia de que en general el niño es poco cuidado.
- El niño es caprichoso, irritable o gritón.
- Hay evidencia de “inversión de papeles” (es decir, el niño toma el papel de padre e intenta proteger o cuidar de las necesidades de sus padres).<sup>13</sup>

Lesiones que los agresores a menudo ocasionan intencionalmente al niño (cuadro 1):

**LESIONES DE MALTRATO FÍSICO EN LA EXPLORACIÓN GENERAL**

**QUEMADURAS:** Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdidas de substancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes (calor, frío, productos químicos, entre otras), que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular.

De acuerdo a su ubicación podemos encontrar:

- i. QUEMADURA EN GUANTE: En manos
- ii. QUEMADURA EN CASQUETE: En glúteos o espalda
- iii. QUEMADURA EN CALZETÍN: En pies

De acuerdo a los elementos con los que se realiza la quemadura:

- i. ESCALDADURA: por líquidos calientes, bordes nítidos, simétricos y profundidad uniforme.
- ii. SECA: por elementos sólidos, en imagen de espejo (mencionada en este capítulo).

De acuerdo a su acción:

- i. INTENCIONADA: por cigarrillo, en forma de castigo, patrón circular, simétrica y múltiple, daño subdermis (3er grado) y coloración de blanco perlado a negro carbón.
- ii. ACCIDENTAL: por cigarrillo, de forma ovoide, suele ser única, zonas descubiertas, profundidad epidermis o dermis (1º y 2º grado).

**MORDEDURA:** Las mordeduras son consideradas generalmente como heridas de tipo contuso o punzantes, que comprometen a la piel y se pueden acompañar de lesiones de estructuras musculares, nerviosas, vasculares, entre otras.<sup>31</sup> Ubicada en extremidades, pabellón auricular o punta nasal.

**SECUELAS NEUROLÓGICAS:** Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. Pueden ser ocasionadas por fracturas de cráneo, que derivan de una lesión intracraneal grave.

**FRACTURAS ÓSEAS:** Las fracturas es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.<sup>32</sup> Por ejemplo la torsión en espiral de las extremidades, compresión con ambas manos (costillas).

**ALOPECIA TRAUMÁTICA:** Caída de cabello por jalar el cabello violentamente. Provoca pitequias en el cuero cabelludo.

**HEMATOMA:** Acumulación de sangre en un tejido por la rotura de un vaso sanguíneo que causa una hemorragia interna. Suele ser consecuencia de un traumatismo, un golpe fuerte, una contusión, lanzamiento del niño contra objetos duros, entre otros.

El color de la lesión evalúa el tiempo que transcurre desde la agresión.

CUADRO 1. Lesiones de maltrato físico en la exploración general. <sup>17,30,32,34</sup>

Lesiones de maltrato físico que se pueden encontrar al realizar la exploración general, con base a la región anatómica de cabeza y extremidades (cuadro 2):

<b>LESIONES DE MALTRATO FÍSICO EN LA EXPLORACIÓN GENERAL:</b> Por región anatómica cabeza y extremidades.
<b>EN OJOS:</b> Hemorragias esclerótica, ptosis palpebral, desviación de ojos, coágulos sanguíneos.
<b>NARIZ:</b> Desviación en septum nasal o nariz.
<b>CUELLO, BRAZOS Y HOMBROS:</b> Por estrangulamiento, puede presentar hematomas.

CUADRO 2. Lesiones de maltrato físico en la exploración general: por región anatómica cabeza y extremidades. <sup>17</sup>

## 7.2 Importancia de la historia odontológica en la detección de violencia infantil

Respecto a la historia clínica odontológica (HCO) nos referimos a ella como un documento que se encarga de la recopilación detallada de los antecedentes y hallazgos que no parezcan accidentes, no exista explicación lógica que justifique la lesión o que los padres o tutores no busquen atención médica oportuna.

Este documento es un anexo a la historia clínica general, que determina todos los datos en el área de cabeza, cuello y boca del paciente, para descartar, para realizar diagnóstico presuntivo, y dar seguimiento al paciente menor de edad que puede ser violentado.

### 7.2.1 Exploración intraoral

La exploración intraoral es el conjunto de datos primordiales de la historia clínica odontológica en la cual el cirujano dentista realizará un examen completo del área cráneo-facial y cavidad bucal y si existen sospechas, se

deberá remitir al médico y autoridades competentes para que realice un examen físico completo.<sup>21</sup>

Si las lesiones en el cuerpo del niño tienen diferentes estados de curación, determina que ocurrieron en repetidas ocasiones de maltrato en un tiempo definido.

### 7.2.1.1 Lesiones de maltrato infantil

En el cuadro siguiente se presenta las lesiones por abuso físico en tejidos blandos y duros en boca (cuadro 3).

LESIONES POR ABUSO FÍSICO EN TEJIDOS BLANDOS Y DUROS
<b>LENGUA</b>
<b>ABLACIÓN TOTAL O PARCIAL:</b> Por castigo del padre o tutor. Se produce equimosis y contusión por mordida forzada.
<b>LABIOS</b>
<b>CONTUSIÓN:</b> ubicados en el ángulo de los labios, provocado por ligaduras en boca. <b>LACERACIÓN:</b> por alimentación forzada y en su mayoría labio superior. <b>QUEMADURA:</b> comida caliente, cigarrillo, ingestión forzada de cáusticos.
<b>FRENILLO LABIAL Y LINGUAL</b>
<b>FRENILLO LABIAL:</b> ubicado en labio superior, el desgarro ocurre por tratar de silenciar al niño tapando la boca con la mano, acompañado de un hematoma peribucal, que señala en forma de espejo la huella de la mano del agresor. <b>FRENILLO LINGUAL:</b> ubicado en la lengua, desgarro por introducir cubiertos a la fuerza o abuso sexual oral.
<b>ATM</b>
<b>LUXACIÓN:</b> dolor sin chasquido, limitación en apertura mandibular. <b>SUBLUXACIÓN:</b> alteraciones de apertura y cierre mandibular <b>MALOCCLUSIÓN:</b> provocada por la fractura de cóndilo, rama o sínfisis. Provocados por un golpe a mano abierta o cerrada.
<b>TRAUMA DENTO-ALVEOLAR</b>
<b>FRACTURA DENTAL:</b> golpe directo a puño cerrado o mano abierta, a nivel coronario, con o sin involucración de pulpa, fractura radicolar; las fracturas de los dientes anteriores (son accidentales) en posteriores (no accidentales). Entre otros traumas localizamos: avulsión dental, necrosis pulpar, cambio de color en dientes, entre otros.
<b>PALADAR, VESTÍBULO Y PISO DE BOCA</b>
<b>CONTUSIÓN:</b> debido al trauma por instrumento o con los dedos, la mucosa se observa roja o púrpura. <b>EQUIMOSIS:</b> por abuso sexual, se observan petequias color rojo entre la unión del paladar duro y blando. <b>INFLAMACIÓN:</b> En mucosa por trauma con instrumentos.

CUADRO 3. Lesiones por abuso físico en tejidos blandos y duros. <sup>17</sup>

El cuadro 4 presenta lesiones por abuso físico en región anatómica cara y cuello que son las mordeduras y el cuadro 5 contiene lesiones ocasionadas por negligencia de los padres en cavidad oral y dientes:

**LESIONES POR ABUSO FÍSICO EN REGIÓN ANATÓMICA CARA Y CUELLO: MORDEDURA**

**EQUIMOSIS:** ruptura de vasos sanguíneos (presión +), succión y presión de lengua (presión -), para realizar un diagnóstico se pueden realizar diagramas o dibujos anatómicos, fotografías en ángulo recto perpendicular o la lesión con testigo métrico.

**ABRASIÓN:** se puede tomar modelo de estudio a las personas sospechosas.

**LACERACIÓN:** es un patrón elíptico, ovoide o circular (humanos), en forma triangular (animales) desgarrar tejidos, pueden realizarse pruebas de ADN de las células del epitelio bucal, depositadas en la mordedura. Si la distancia intercanina de la mordida es:

- i. inferior a 2.5cm es niño
- ii. de 2.5cm a 3 cm es adolescente
- iii. de 3 cm o más es adulto

CUADRO 4. Lesiones por abuso físico en región anatómica cara y cuello: mordedura.<sup>17</sup>

**LESIONES POR NEGLIGENCIA DE PADRES EN CAVIDAD ORAL Y DIENTES**

**PROBLEMAS PERIODONTALES**

Debido a que los padres por negligencia no atienden a sus niños, existen problemas periodontales como son: dolor espontáneo, inflamación, movilidad, fistulas, patologías pulpares, reabsorción patológica, abscesos, entre otros.

**CARIES**

La etiología de ésta lesión son las condiciones socioeconómicas (pobreza, ignorancia, tensiones inusuales que afecten a la familia), así que la negligencia provoca : **CARIES DE LA INFANCIA** de los ( 2 1/2 años a los 7 años), **CARIES LACTANCIA:** (4 a 5 años) y **CARIES MÚLTIPLE:** (8 a los 11 años).

CUADRO 5. Lesiones por negligencia de padres en cavidad oral y dientes. <sup>17</sup>

El cuadro 6 es una guía de lesiones por abuso psicológico o emocional en dientes de un menor y para finalizar se presenta el cuadro 7 con lesiones ocasionadas por abuso sexual en cavidad oral:

LESIONES POR ABUSO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL EN DIENTES
<b>BRUXISMO</b>
Es provocado por estrés: emociones reprimidas, es inconsciente, afecta ATM, hiperactividad muscular, desgaste atípico de esmalte y dentina.
<b>APRETAMIENTO DENTAL</b>
Ésta patología afecta al niño en algunos casos en donde ellos manejen exceso de estrés como son: en desacuerdos entre compañeros, tareas o bien divorcio y peleas entre los padres. Aprietan los dientes sin realizar deslizamiento o desplazamiento de mandíbula, este si es un movimiento consciente, apretamiento en dirección vertical, más cansancio muscular que desgaste.

CUADRO 6. Lesiones por abuso psicológico o emocional en dientes.<sup>17</sup>

LESIONES POR ABUSO SEXUAL EN CAVIDAD ORAL
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>
<b>GONORREA ORAL:</b> Esta enfermedad es ocasionada por abuso sexual, se ubica en labios, lengua, paladar, cara y faringe (asintomático), provoca equimosis, contusiones, eritemas en paladar, desgarró de frenillo labial o lingual, laceraciones, úlceras, pústulas vesiculares y lesiones pseudomembranosas.
<b>CONDILOMA ACUMINADO:</b> Ocasionada por abuso sexual, se localiza en cavidad oral y es una elevación única o múltiple pedunculada con forma de coliflor.
<b>SIFILIS:</b> Ocasionada por abuso sexual, se localiza en labios y es una pápula, úlcera (chancro sífilítico clásico).
<b>CLAMIDIASIS:</b> Se localiza en cavidad oral y lengua, son úlceras.
<b>HERPES SIMPLE TIPO 2:</b> Por abuso sexual, se localiza en cavidad oral, labios y lengua, son lesiones herpéticas.
<b>CANDIDA ALBICANS:</b> en boca y se desarrolla en pacientes inmunosuprimido.

CUADRO 7. Lesiones por abuso sexual en cavidad oral.<sup>17</sup>

## 8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA INFANTIL

Un diagnóstico diferencial se refiere a una similitud de los signos y síntomas de enfermedades de tal forma que es conveniente mencionar algunas lesiones más frecuentes que pueden confundirse con violencia infantil.

Las diferentes causas que contribuyen a los traumatismos dentales y lesiones en zona orofacial se encuentran caídas, choques, actividades deportivas, accidentes automovilísticos, entre otros. Por ello el cirujano dentista debe tomar en cuenta que las lesiones pueden ser accidentales o intencionadas.

Algunos diagnósticos diferenciales que se presentan en boca son:

-Impétigo peribucal en niños: Se refiere al diagnóstico diferencial de herpes tipo II (provocado por abuso sexual oral. Ésta patología es una lesión inicial pequeña vesículo-pústula de 1-2 mm de diámetro con base eritematosa, evolucionan con rapidez de vesículas o pequeñas ampollas hasta pústulas, se rompe rápidamente, dando lugar a la formación de costras con un característico color miel, que suelen ser gruesas especialmente en cara y extremidades. Ocurren en áreas expuestas como la cara, las fosas nasales y las extremidades. Las lesiones pueden causar picazón y se extienden rápidamente como resultado de la inoculación directa. El Impétigo ampolloso afecta comúnmente a recién nacidos y lactantes y es causada por las bacterias del género *Staphylococcus Aureus*.<sup>23</sup>

-Lengua geográfica: La lengua geográfica es considerada diagnóstico diferencial de lesiones como son quemaduras con algún líquido o sólido que se introduzca de manera forzada a la boca del niño, herpes bucal o candidiasis. Es una lesión benigna de tipo migratorio, es decir, que suele aparecer sobre la punta, bordes laterales y dorso de la lengua, extendiéndose a veces a la porción ventral de la misma, e incluso mucosa bucal y encía.

Generalmente la lesión empieza en forma de una placa lisa, brillante, bastante bien definida que tiende a hacerse más grande con las lesiones adyacentes. Puede presentarse de dos formas: 1) como lesiones blancas, anulares, con centro atrófico rojo, que presentan un patrón migratorio sobre el dorso de la lengua, varía en intensidad y puede desaparecer de forma instantánea y en ocasiones es dolorosa como una lesión roja, cuando predominan las papilas atróficas sobre los bordes queratósicos.<sup>24</sup>

-Queilitis actínica: Es una alteración premaligna del bermellón del labio inferior, se refiere al diagnóstico diferencial de alguna quemadura provocada por abuso físico en un niño. Se caracteriza como pérdida de los dermatoglifos, atrofia y un difuminamiento del bermellón del labio y su borde. Con su progresión aparecen escamas y cicatrices, o leucoplasias. En los más evolucionados aparecen úlceras y fisuras.<sup>25</sup>

Diagnóstico diferencial en piel son:

-Trastornos de coagulación: Tanto los congénitos (hemofilia, enfermedad de Von Willebrand) como los adquiridos (púrpura trombocitopénica, enfermedad de Schoenlein-Henoch, intoxicación por anticoagulantes, dicumarínicos y warfanina), que evolucionan con hematomas múltiples.<sup>16</sup>

Las correspondientes pruebas sanguíneas pondrán de manifiesto la etiología y el diagnóstico del proceso.

-Lesiones carcinadas: Aparecen en la piel y se asemejan quemaduras redondeadas. Son lesiones que cicatrizan en el centro y se extienden hacia el exterior.

-Neuroblastoma: Puede dar origen a equimosis periorbital bilateral.

-Fitodermatitis: Ciertos vegetales pueden, en contacto con la piel y la luz solar, ofrecer imágenes similares a los traumatismos intencionales, ya que queda impresa sobre la piel la imagen espejo del atado vegetal.

-Quemaduras fortuitas: En estos casos la profundidad de la quemadura es más superficial, los bordes irregulares, la presencia en zonas descubiertas y la asimetría de la lesión, entre otros, son datos que nos llevan al diagnóstico de lesión accidental.

El siguiente diagnóstico diferencial se encuentra en huesos:

-Osteogénesis imperfecta: Puede ofrecer fracturas múltiples, en diferentes procesos de evolución, acompañadas de anomalías estructurales dentinarias y osteopenia. El patrón de patología ósea es similar al de enfermedades como raquitismo y escorbuto. El diagnóstico diferencial lo ofrecen el resto de los parámetros patológicos de las citadas enfermedades.

-Auto lesiones: Se producen en circunstancias donde el propio niño es causante de sus lesiones. Son frecuentes en estados de depresión, discapacidad mental o síndrome autísticos.<sup>12</sup> Se explicarán a continuación:

-El autismo: Se han descrito problemas relacionados con hábitos nocivos tales como bruxismo, autolesión en la lengua, labios y encías, mordisqueo de uñas, bolígrafos, mayor incidencia de traumatismos, para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales, pero en muchas ocasiones éstos no pueden ser tolerados por los niños diagnosticados de autismo.<sup>26</sup>

Independientemente de las secuelas físicas todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia y la severidad, cronicidad de las secuelas depende de intensidad y frecuencia del maltrato, características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, entre otros), el uso o no de la violencia física, relación del niño con el agresor, apoyo de la familia a la víctima, acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.<sup>16</sup>

-La depresión: Las autolesiones son muy habituales. Las conductas autoagresivas pueden llegar a ser adictivas, también se utilizan para llamar la atención de los demás en situaciones de estrés emocional, pueden

proporcionar una estimulación física intensa para huir de un estado disociativo. Pueden responder a un “castigo” por sentimientos de culpa (tras historia de abusos en muchos casos), y puede reflejar la tendencia a la destrucción por autoimagen negativa.<sup>27</sup>

-La discapacidad mental: Los problemas en el ámbito psicoemocional pueden ser bien conductas desadaptativas, perturbadoras o desórdenes psicopatológicos relacionados con diagnósticos psiquiátricos formales (Olley, 1999; Olley & Baroff, 1999; Verdugo y Gutiérrez, 1998). Entre las conductas desadaptativas destacan la agresión, y estereotipias, autolesiones y conducta sexual problemática.<sup>28</sup>

## **9. NOTIFICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA EN CASO DE VIOLENCIA INFANTIL**

En este capítulo se resumirán las acciones que un cirujano dentista podría guiarse durante su práctica clínica ante la sospecha de que un niño sufre violencia infantil. Esto después de la 1) observación, 2) exploración y la 3) historia clínica y 4) auxiliares de diagnóstico.

De tal forma que se plantean una serie de pasos en los que se considera y da prioridad a la protección del menor.

Para que el cirujano dentista determine la violencia infantil, la guía práctica clínica de detección temprana del maltrato físico, refiere que lo primero que se debe descartar es violencia infantil: ¿sí o no?, si la respuesta es sí, el cirujano debe detectar las lesiones sospechosas de abuso físico, es decir, lesiones que ponen en peligro la vida del niño, y remitirlo inmediatamente al hospital; por el contrario si no peligra la vida del menor, el primer contacto es médico y así se realiza la valoración, y enviar al servicio de urgencia, incluyendo el reporte al Ministerio Público (MP).

Así el MP recibe la notificación del certificado de lesiones, inicia la averiguación, dictamina el maltrato y finalmente canalizando al área correspondiente.<sup>35</sup>

De acuerdo con la gaceta oficial del Distrito Federal, comunica mediante un protocolo el procedimiento y acciones que se llevará a cabo durante la denuncia que el cirujano dentista elaborará.

El reporte del cirujano dentista deberá realizarse de conformidad con los principios de universalidad, progresividad, no discriminación e igualdad en la atención a las niñas, niños y adolescentes que viven maltrato infantil,

independientemente de su sexo, edad, nacionalidad, raza, discapacidad, creencias y/o cualquier otra causa análoga.

ARTÍCULO 5. El personal designado con perfil de trabajo social, será el responsable de recibir los reportes que realicen los cirujanos dentistas.

ARTÍCULO 6. Los reportes realizados por el cirujano dentista podrán ser recibidos mediante las siguientes vías: telefónica, institucional, personal, electrónica y documental.

ARTÍCULO 7. Los reportes serán registrados en el sistema informático.

ARTÍCULO 8. Para el registro de los reportes vía personal y telefónica, el cirujano debe saber que se llevará a cabo una entrevista focalizada el personal designado.

El cirujano dentista obtiene los datos del personal por el cual será atendido. Se le informa la importancia de proporcionar los datos requeridos, para ello, el personal asignado deberá informarle que los datos proporcionados serán confidenciales de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, así como, a la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

Los datos del reporte que el cirujano dentista aporte, serán registrados en el sistema informático y deberá contar al menos con la información siguiente:

- Nombre, apellidos y número telefónico del cirujano dentista, que pueden ser proporcionados o no.
- Nombre y de preferencia apellidos, edad aproximada, género, así como, parentesco del o los presuntos agresores con los niños, niñas y adolescentes involucrados.

- Nombre y de preferencia apellidos, edad aproximada, género, así como ocupación de la madre, padre, responsables de cuidados, custodia, curatela o tutela, de la niña, niño o adolescente.
- Nombre y de preferencia apellidos, edad aproximada, género, así como grado escolar de la niña, niño o adolescente motivo de intervención social.
- Descripción de los hechos, especificando de ser posible, el tiempo, la forma y el lugar de las agresiones de las que han sido objeto los niños, niñas y adolescentes involucrados.
- Datos del domicilio donde ocurren los hechos, los cuales deben contar con: calle, colonia, delegación, número exterior e interior o en su caso lote y manzana, calles entre las que se localiza, así como cualquier característica del inmueble que pueda apoyar para su ubicación, como por ejemplo, color de la fachada y/o puerta, si son de algún material en especial como madera o herrería, niveles de la construcción, si existen comercios, escuelas, hospitales o mercados cercanos al domicilio, entre otros. La información proporcionada es confidencial en términos de la Ley y para salvaguardar la integridad de las niñas, niños y adolescentes.

ARTÍCULO 9. Cuando el cirujano dentista envía los datos por vía telefónica o personal y son insuficientes, se solicitará al cirujano dentista remita la información complementaria mediante las mismas vías, por correo electrónico ó por escrito, en un plazo no mayor a tres días hábiles posteriores a la entrevista. En ambos casos se proporcionará la referencia del folio, y se procederá a realizar la anotación respectiva en el apartado de observaciones generales.

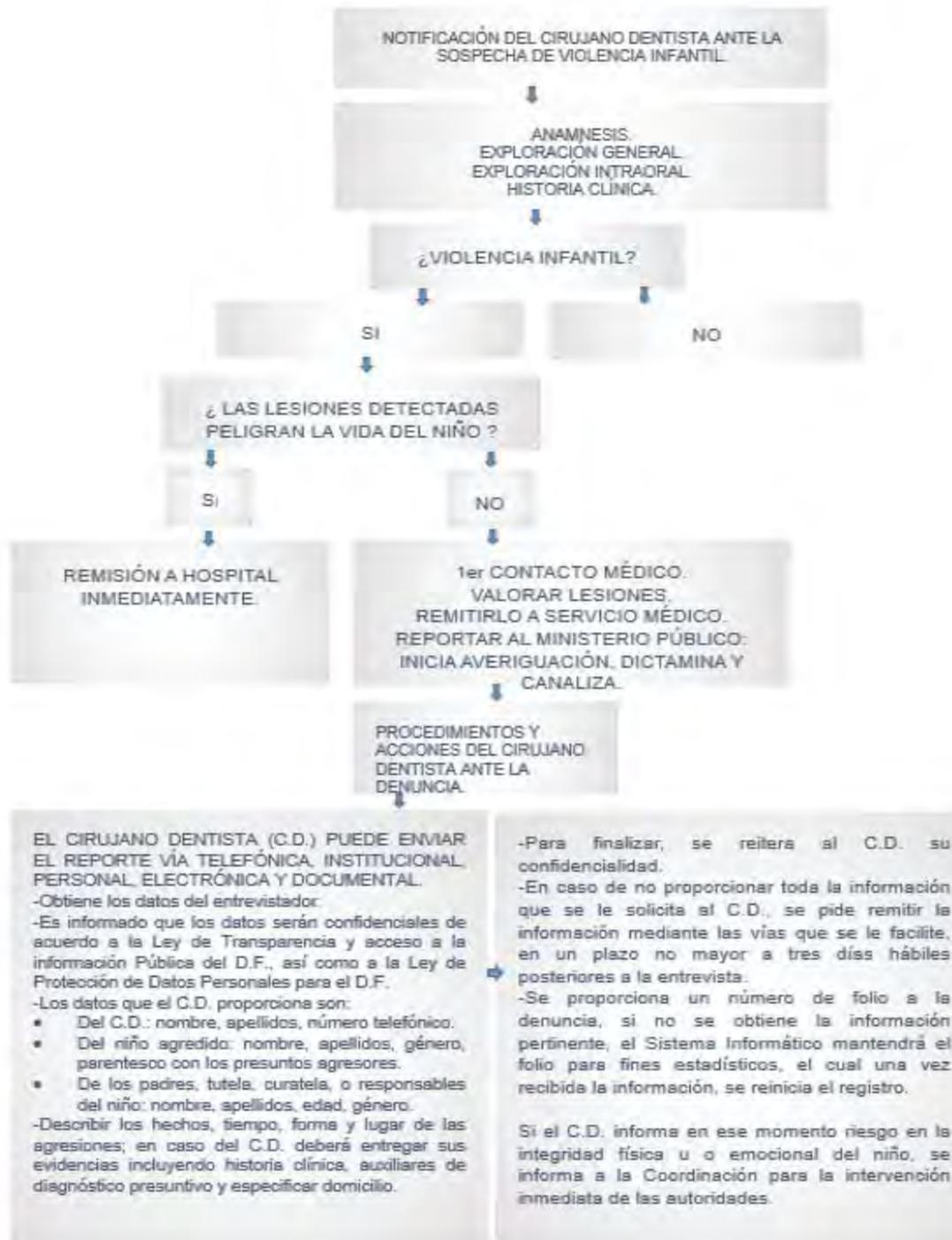
Transcurrido dicho plazo sin obtener respuesta del cirujano dentista para complementar la información, el sistema informático mantendrá el folio para fines estadísticos, el cual una vez recibida la información, podrá aperturarse para generar el registro.

ARTÍCULO 10. Si el cirujano dentista informa vía telefónica o personal hechos que en ese momento representen riesgo en la integridad física y/o emocional de las niñas, niños y adolescentes, se notificará a la Coordinación o Subdirección, quienes realizarán los enlaces necesarios para la intervención inmediata de las autoridades policiales correspondientes, en las zonas delegacionales donde se estén suscitando los hechos, estableciendo la referencia y contra referencia de datos, a fin de garantizar su protección. Asimismo, se asignará de manera emergente al personal de intervención social, para que se traslade al lugar de los hechos y desarrolle la intervención social correspondiente, en acompañamiento con la autoridad policial.

ARTICULO 12. Cuando el documento o correo electrónico que emita el cirujano dentista, no contengan los datos citados en el numeral anterior, la Coordinación dentro de los tres días hábiles siguientes, solicitará mediante oficio y por la misma vía, la información complementaria para su respuesta en un plazo no mayor a tres días hábiles siguientes a la fecha del requerimiento, comunicándole al cirujano dentista que podrá hacerlo en forma personal, por escrito, vía telefónica o correo electrónico. En ambos casos, se proporcionará la referencia del folio y se procederá a realizar la anotación respectiva en el apartado de observaciones generales.

Transcurrido dicho plazo sin obtener respuesta, el sistema informático mantendrá el folio para fines estadísticos, el cual una vez recibida la información complementaria, podrá generar el registro. Si de los hechos narrados se desprenden indicadores que representen riesgo en la integridad física o mental de las niñas, niños y adolescentes, el personal responsable lo informará a la Coordinación para que se determine si con los datos proporcionados es procedente la asignación para una primera visita.<sup>29</sup>

En el siguiente cuadro se presenta el procedimiento que el C.D. debe llevar a cabo ante la sospecha de violencia infantil (cuadro 8):



CUADRO 8. NOTIFICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA INFANTIL.<sup>29</sup>

## **CONCLUSIONES**

Ante los enfoques ideológicos y metodológicos acerca de violencia infantil destacamos la necesidad de sensibilizar a los cirujanos dentistas, de concientizar el problema y la posibilidad de brindar un beneficio ante la detección oportuna y denuncia.

El objetivo de esta investigación documental es mostrar la perspectiva que se tiene desde el ámbito profesional, destacando así la responsabilidad del cirujano dentista; siendo éste, un tema de gran relevancia en el campo de la Salud Pública, la que considera de manera global el bienestar físico, psíquico y social. Para cumplir con esa finalidad, la Educación para la Salud contribuye a la prevención y promoción de la salud tanto individual como colectiva, mediante la generación de conocimientos y su difusión; así como dar conocer herramientas para el trabajo en comunidad.

Así también, debe destacarse la educación de los cirujanos dentistas ante la posibilidad de brindar información oportuna para realizar la notificación de violencia infantil; eso mediante la elaboración de un historial clínico completo para diferenciar signos y síntomas a través de la exploración física, exploración intraoral, radiografías, modelos de estudio, fotografías, entre otros.

El tema expuesto en esta revisión, además de mostrar de forma generalizada un tema complejo y multifactorial que es la violencia infantil, es una manifestación ante la necesidad de mejorar desde los diferentes ámbitos para solucionar o disminuir este problema, pero en lo que nos corresponde desde el ámbito profesional como cirujano dentista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. <https://www.unicef.org/es>
2. Santana-Taura R, M.C., Sánchez R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Méx. Ene-Feb. de 1998. Vol. 40, Núm.1 pp 40:58-65.
3. Medrano G. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿Cómo debemos actuar los odontólogos?. Odontol. Pedia. 2010, Vol. 9 pp 78-94.
4. Castellanos K, Gómez D, Florido R, Díaz N., Simancas Y., Hallazgos clínicos odontológicos en el maltrato infanto-juvenil. En el dpto. de odontología forense del CICPC Mérida-Venezuela, Julio/Dic. 2016. Vol. 6, Núm. 12.
5. Publicación del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LX Legislatura. México, D.F. Marzo de 2013 Núm. 146.
6. Martagón I, Belmont F., de la Teja E., Tellez J., Síndrome del Niño Maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Rev. Odontol. Méx. abril-junio 2016 Vol. 20 Núm. 2 pp.98-106.
7. Gaceta Oficial del .D.F. Órgano de Difusión del Gobierno del D.F. 1º Oct 2013 Núm. 1702 pp.1-67
8. Jiménez M. Violencia familiar en el D.F. Club del periodista del 11 al 15 nov. 2002
9. DIF. <http://www.dif.cdmx.gob.mx/>
10. CNDH. [www.cndh.org.mx/](http://www.cndh.org.mx/)
11. OMS. <http://www.who.int/es/>

12. Gallegos L., Miegimolle M., Planells P., Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta Odontol. Venezuela 2009, pp. 1-6
13. Molina a., Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en odontología, Rev. Gac. Den.2009, pp1-12
14. Jeffrey A., R. Avery D., Mc Donald E., Odontología para el niño y el adolescente. 9ª ed.
15. Mojarro M., Marchetti R., Lamagni, Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato juvenil, 1ª ed. 2006.pp 110
16. Hinojosa a., Montes de Oca. Manual de procedimientos de la clínica de odontopediatría. pp (20) 1-222
17. Ministerio de Salud de Chile, UNICEF. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Dic. 2013, pp,(42-43) 1-43
18. Sarli R., González S., Rizzo P., Maltrato infantil y la consulta odontológica. Fac. Odonto. UNCUYO 2013, Vol. 7 Núm 2, pp 35-39
19. Gonzales R., Cardente J. La historia clínica médica como documento médico legal. Rev. Med. Electron. oct-dic. 2015.Vol. 37, Núm. 6.
20. Dr. Bañuelos N., Expediente clínico. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.
21. Doria AM., Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil Univ. Odonto. 2016 Ene-Junio; pp. 35(74)
22. Rojas L., Maltrato infantil. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría, pp. 1-26.
23. Andrade G., Da Silva de Carballo L., Casbarro Ramy. Impétigo peribucal en niños. reporte de un caso. Rev. Lat. De Orto y Odonto. Núm. 20010205997

24. Dra. Villal G., Dra. Cardoso C., Dra. Maroto M., Profa. Dra. Barber'a E. Lengua geográfica en odontopediatría. revisión. Gaceta dental. Sep. 2011, Madrid
25. Gonzales S., García F., Cebrian J. Lesiones de mucosa oral. Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial 67(63-86)
26. Gómez B., Badillo V., Martínez E., Planells P., Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient. Dent., Dic. 2009, Vol. 6, No. 3, pp (207-215)
27. Jara M., Violencia y trastornos de personalidad. Rev. Dig. De Med. Psicosomática y Psicoterapia. 2013. Vol. 3, Núm. 4 pp. 1-11
28. Verdugo M., Evaluación de niños con discapacidad y evaluación del retraso mental sid (2001).
29. Gaceta Oficial del .D.F. Órgano de Difusión del Gobierno del D.F. 1º Oct 2013 Núm. 1702 pp.1-67
30. Aguilar J. Quemaduras. 061 Málaga. España. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Quemaduras.pdf>
31. Aguilar J., Lesiones por mordeduras y picaduras. 061 Málaga España.
32. OMS. <http://www.who.int/features/qa/55/es/>
33. <https://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-las-fracturas>
34. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/hematoma>
35. Guía de práctica clínica: Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad para el primer nivel de atención. Gob. Fed. Pp. 1-19