



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
VALPARAISO



**SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA:
“ MANIFESTACIONES FISICAS DEL MALTRATO INFANTIL
REGISTRADAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, EN
EL PERIODO 1996-2000 “.**

PROFESOR GUIA:

DRA. CRISTINA FIERRO F

PROFESOR COLABORADOR:

DRA. LUISA TORRIJOS M

INTEGRANTES:

JULIA LOPEZ C
ALEJANDRA MATURANA H
VIVIANA MILLAS G

Valparaíso – Chile
2000



*" Quien golpea a un niño . . .
agrede a la humanidad "*

DEDICATORIA

Al finalizar esta etapa, doy las gracias a Dios quien siempre lo merece, ha estado a mi lado dándome todo lo que tengo, me ha entregado las armas para obtener una carrera la cual sé en el futuro próximo, será una de las cosas en la vida, por las cuales me sentiré orgullosa.

Estoy feliz y agradecida por mi familia, por su perseverancia y valores entregados, por haber confiado en mi y dejarme estar lejos de ellos durante todos estos años de estudio. Papi y mami los amo mucho, quiero que sepan que muchos de mis esfuerzos actuales son dedicados a ustedes.

Patricio, gracias por tu ánimo y apoyo en todo momento y situación, nuestro amor nos permitirá seguir cumpliendo muchos anhelos y metas. Es difícil plasmar en un papel y en breves líneas tantas personas que estuvieron a mi lado y que nunca olvidaré; amigos los quiero mucho. Ale y Vivi, se que lo que hoy es un gran esfuerzo, mañana será algo que nos alegrará recordar.

Yuly

Al estar finalizando esta importante etapa en mi vida, miro atrás y recuerdo con emoción tantos momentos gratos vividos a lo largo de estos años de estudio.

Es por esto que dedico este valioso aporte a todos quienes de una u otra manera han estado a mi lado permitiéndome ser quien soy hoy.

A Dios, por la vida que me dio y me ha permitido disfrutar, gracias Señor por ayudarme a concretar mis metas.

A mis padres, gracias a ustedes soy una persona agradecida y feliz de la vida, por haber creído en mi y acompañarme en estos años de estudio.

A ti mi amor, por estar conmigo en momentos difíciles de mi vida, te dedico este trabajo por tu apoyo y amor, gracias Luis por acompañarme desde tan lejos pero a la vez de tan cerca.

A Yuly y Vivi, por esas largas horas compartidas los fines de semana en casa, tratando de ver la mejor manera para que esta tesis fuese un valioso aporte a nuestra sociedad.

Ale

A mi familia por su amor, comprensión y confianza durante todos estos años, lo que me ha impulsado a seguir adelante y ser mejor persona día a día. Especialmente a ti mamá por la dedicación y esfuerzos constantes que has desplegado por tus hijas, especialmente por que nunca me has presionado y te esfuerzas en comprender a alguien tan diferente a ti; a mi hermanita y mejor amiga por estar a mi lado compartiendo los momentos felices y difíciles, de los cuales no podríamos haber salido sin el mutuo apoyo. A ti güely, que con tu inmenso amor moldeaste mi vida, gracias por haber sido el mejor regalo que dios pudo darme, confiar más que nadie en mí y dejarme todos estos recuerdos que ya no me llenan de tristeza sino que entibian mi interior con tu gran dulzura y fuerza. A las tías por ayudarme a comprender distintas facetas de mi vida; a la tía Toña por darme su apoyo y amistad, además de infundirme su alegría de vivir. A mis compañeras de tesis y amigas, junto a las cuales realizamos todos los esfuerzos necesarios para poder concretar este trabajo.

Vivi

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Cristina Fierro, nuestra profesora guía, que nos inspiró en la temática de nuestra tesis, nos apoyó en todo momento, infundiéndonos su tranquilidad y buen ánimo para enfrentar esta tarea.

Al doctor Juan Onetto por su colaboración al inicio de este estudio, guiándonos especialmente en todo lo referente a la recolección de datos.

A la doctora Luisa Torrijos, por su gran ayuda, buena disposición y dedicarnos tiempo a orientarnos en las etapas finales de nuestro trabajo.

Al señor Avelino, encargado del departamento de archivos del Hospital Carlos Van Buren, quien nos abrió las puertas de este recinto desde julio de 1999, quien nos brindó su confianza y se preocupó de que nos encontráramos lo mejor posible dentro del recinto.

A la enfermera señora Mireya Velásquez por su amabilidad al acogernos, en la Unidad de Emergencia Infantil (UEI) del Hospital Carlos Van Buren, durante el mes de Febrero del 2000, darnos las facilidades para ejecutar nuestro trabajo y hacer agradable nuestra estadía.

Al personal de la UEI por su colaboración. Principalmente al personal recepcionista, Paola y Jacqueline quienes compartieron tantas largas jornadas, llegando a brindarnos su amistad.

A Mario Pineda por brindarnos su tiempo y cooperar con la elaboración de programas computacionales. A Patricio Denzer por su valiosa ayuda y tiempo dedicado. A Luis Montoni por su buena disposición para resolver nuestras dudas computacionales.



INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	
1. ANTECEDENTES HISTORICOS	2
2. DEFINICION	3
3. ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS	4
4. FACTORES DE RIESGO	5
4.1. Factores del niño	5
4.2. Factores del agresor	5
4.3. Factores familiares	6
4.4. Factores sociales	6
5. IMPORTANCIA SOCIAL	6
6. PREVALENCIA E INCIDENCIA	7
7. TIPOS DE MALTRATO	9
8. MALTRATO FISICO	10
8.1. Clasificación de las lesiones físicas	10
8.2. Clasificación en síndromes del maltrato físico	12
8.3. Indicadores del maltrato físico	13
8.4. Tipos de injurias orofaciales de maltrato físico	15
9. NEGLIGENCIA	18
9.1. Indicadores de negligencia	18
10. ABUSO SEXUAL	20
10.1. Clasificación del abuso sexual	20
10.2. Estadísticas del abuso sexual	21
10.3. Indicadores de abuso sexual	21
11. MALTRATO SICOLOGICO	22
11.1. Indicadores de maltrato psicológico	23
12. DIAGNOSTICO DE MALTRATO INFANTIL	24
12.1. Indicadores para el diagnóstico	24
13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MALTRATO INFANTIL	25
14. CONSECUENCIAS DE MALTRATO INFANTIL	25
14.1. Consecuencias en la víctima	25
14.2. Consecuencias en el agresor	26
14.3. Consecuencias en la familia	26
15. ASPECTOS LEGALES	27
16. ROL DEL ODONTOLOGO	30

	Página
17. MANEJO EN CHILE DEL MALTRATO INFANTIL	33
17.1. Intervención inicial	33
17.2. Orientaciones para la atención del niño	34
17.3. Orientaciones para la detección del maltrato infantil	34
17.4. Orientaciones para la detección del abuso sexual	35
17.5. Orientaciones para el diagnóstico del abuso sexual	36
OBJETIVOS	38
MATERIALES Y METODOS	39
RESULTADOS	41
DISCUSION	63
CONCLUSIONES	65
SUGERENCIAS	67
RESUMEN	68
BIBLIOGRAFIA	69

INTRODUCCION

El Maltrato Infantil se ha convertido en unos de los mayores problemas de Salud Pública, en todo el mundo, cuya magnitud recién comienza a comprenderse. Estimaciones recientes de la OMS, muestran que 40 millones de niños entre 0-14 años en el mundo sufren de maltrato.

Este es un problema que se encuentra presente en todas las sociedades y constituye un secreto férreamente guardado. Perjudica ampliamente la salud y bienestar de niños y adolescentes, cuyas consecuencias inmediatas así como a largo plazo, los afectaran durante toda su vida; interfiriendo negativamente en las etapas formativas y en el desarrollo futuro del menor (reducción de autoestima, escasas relaciones interpersonales, conductas altamente sexualizadas o agresivas, abuso de sustancia , etc).

El panorama en Chile no es nada optimista, ya que el maltrato infantil constituye un problema de mayor magnitud de la aparente y la sociedad no ha tomado cabal conciencia del problema.

Los profesionales de la salud, tienen un rol importantísimo, ya que pueden contribuir a detectar los casos y tomar las medidas pertinentes. Nosotros como odontólogos cumplimos un importante papel, pues un gran número de menores maltratados sufren lesiones físicas en la región craneomaxilofacial. Basado en todo lo anterior surge nuestra inquietud de abordar el tema, dada la importancia de crear conciencia dentro de la profesión y pensando en prevenir daños mayores, si se detecta precozmente.

El propósito del presente estudio es dar a conocer al odontólogo su rol en la intervención del maltrato infantil, describiéndolo y cuantificando la casuística detectada en el hospital Carlos Van Buren de Valparaíso; y finalmente proponer algunas medidas tendientes a mejorar la detección , prevención y manejo del problema por los profesionales de la salud.



MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

El maltrato de niños es un hecho conocido desde la antigüedad, el infanticidio era practicado por causas demográficas, eugenésicas o religiosas en tanto el abandono por razones económicas. En el siglo XVIII, con el advenimiento de la urbanización y los avances tecnológicos, la sociedad colocó los valores económicos por encima de los niños, siendo usados frecuentemente como una fuente barata de mano de obra. Castigos muy rígidos para delitos relativamente menores eran aceptados y ciertamente esperados en las cortes, en la escuela y en el hogar (Welbury, 1994).

Esto ocurría en forma considerable hasta fines del siglo XIX, sin embargo, la historia médica del niño maltratado data sólo de la segunda mitad del siglo XX. Lo anterior debido a que en este siglo ha evolucionado el concepto de niño (su reconocimiento como persona) y al mejoramiento de las condiciones de vida, con una disminución de la mortalidad y morbilidad infantil (Novoa y cols., 1992).

En la mitad del siglo XX aparecieron reportes en Estados Unidos de injurias esqueléticas sin explicación en niños. Estos reportes describían traumas esqueléticos inexplicables, algunas veces asociados a hematomas subdurales. La posibilidad de que estas injurias las inflingiera uno de los padres fue reconocida por algunos autores pero hubo una renuencia general a aceptar que los padres voluntariamente maltrataban a sus hijos (Welbury, 1994).

Silverman en 1953 muestra las características radiológicas de fracturas consolidadas de diferente antigüedad, no tratadas. En 1962 Kempe y cols. describieron el "Síndrome del niño golpeado", en un intento por delimitar un cuadro de traumatismo físico de intensidad variable causado a niños por uno de sus padres o custodios. En los años siguientes se describieron otras variadas formas de maltrato, además de los daños físicos que van desde la negligencia en los cuidados hasta la muerte por sustancias tóxicas, pasando por el abandono afectivo, el maltrato verbal y el abuso sexual. Todas ellas pueden ocurrir en forma aislada o combinada, por lo que la mayoría de los autores hoy concuerdan en la denominación más amplia de "Síndrome del niño maltratado" (Novoa y cols., 1992). El maltrato físico de niños ha tenido tan profundo impacto sobre los profesionales y la opinión pública que en pocos años la mayoría de los estados de Estados Unidos ha introducido leyes que hacen obligatorio para médicos, dentistas y otros profesionales relacionados con la salud el reporte de los casos sospechosos (Welbury, 1994).

2. DEFINICION.

El maltrato y el abuso contra niños y adolescentes ocurre en todas partes del mundo. Estos fenómenos no solo trascienden las fronteras nacionales, sino que su definición varía de una cultura a otra y cambia con el transcurso del tiempo. En consecuencia, la interpretación de ciertas acciones u omisiones, como formas de maltrato llevan a zonas nebulosas, que requieren familiarizarse con el fondo cultural en que se manifiestan. El maltrato se entiende como actos cometidos sobre los niños por sus padres u otros cuidadores y que otros miembros de la sociedad ven como inapropiados o nocivos (Barreto y Suárez, 1996).

Corsi (1990) ofrece la definición:

“Todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, entendiéndose por relación de abuso a toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y /o psicológico a otro miembro de la familia. Esta conducta de abuso debe ser de naturaleza crónica, permanente o al menos periódica para que la relación familiar pueda ser considerada un caso de violencia intrafamiliar.”

Martinez y De Paul (1993), definen:

“Las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño.”

La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 1989 define:

“Niños que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial.”(Arredondo y cols., 1998).

3. ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS.

La violencia física generalmente se origina por la falta de conocimientos o cuidados para responder a las necesidades de los niños por parte de los padres, combinado con expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño. Esto también se ve influenciado por la aceptación cultural del castigo corporal y la violencia dentro de la sociedad.

La etiología esta basada en el rasgo de personalidad de los padres o adulto abusador, las características del niño y las condiciones del medio ambiente. Existe una amplia variedad en las características conductuales, rasgos de personalidad y síntomas psiquiátricos entre los adultos abusivos. Sin embargo, no existe una personalidad abusiva específica, más bien, ciertos rasgos comúnmente recurrentes que pueden ser reconocidos.

El maltrato infantil puede agravarse por el abuso de sustancias (drogas y alcohol) por parte de los padres o cuidadores del niño, ya que hay una fuerte asociación en familias con abuso de estas sustancias y violencia física a niños y mujeres.(OMS, 1999).

Otros factores que se relacionan con el maltrato infantil son: un niño no deseado, la falta de ayuda doméstica de uno de sus padres o la falta de ayuda en el hogar, la ausencia de otros medios de ayuda social, presiones financieras y/o desempleo (pobreza), problemas matrimoniales. (Hazelrigg y cols., 1995).

El Maltrato Infantil abarca a todas las clases sociales pero se han identificado más casos en grupos socioeconómicos bajos. (Dym, 1995). Siendo muchos de estos casos cometidos por los padres o conocidos de los niños. Frecuentemente la madre del niño afectado se encuentra divorciada o sola, es también común que conviva con alguien que no está relacionado con el niño, siendo este el perpetrador. Padres jóvenes y con poca inteligencia son frecuentemente los abusadores, esto es especialmente cierto si ellos han sido expuestos a tales conductas durante su propia infancia. Se piensa que el abuso es 20 veces más probable si uno de los padres fue abusado cuando niño. Una proporción significativa de los perpetradores tienen antecedentes criminales de algún tipo, y aunque usualmente no se les han identificado enfermedades mentales, pueden exhibir rasgos de personalidad con predisposición a conductas violentas. (Kraizer, 1999; OMS, 1999; Persaud y Squires, 1998).

Los niños pueden añadir el riesgo de estrés por su continuo llanto, tener pataletas o ensuciar sus ropas, fallar en lograr las expectativas de los padres El niño también puede estar "obstaculizando" o ser el resultado de un embarazo no deseado. Todos estos factores pueden provocar frustración en los padres más estables, pero en asociación con otros eventos estresantes pueden ayudar a la negligencia física o injuria (Welbury, 1994).

El perpetrador de violencia o abuso sexual de niños son frecuentemente individuos "confiables", usualmente hombres, frecuentemente miembros de la familia en una posición de autoridad (OMS, 1999).

Aunque se le llama mucho la atención al niño sobre los "extraños peligrosos", la mayoría de los casos de abuso sexual en niños, de las muertes y serias injurias por maltrato infantil, son causados por la acción de adultos en el rol de cuidador. En Estados Unidos cerca del 80% de los perpetradores son los padres, otro 10% son otros parientes, y 2% son personas en otro rol de autoridad (Persaud y Squires, 1998).

"Se dice irónicamente que muchos abusadores genuinamente aman a sus niños, pero se encuentran atrapados en situaciones de vida mas allá de su control y no saben como enfrentarlas. Están frecuentemente aislados de amigos y familia, pueden no contar con alguien que les dé su

apoyo emocional, no se aceptan a sí mismos y pueden no saber como hacer frente a sus necesidades emocionales". (Hazelrigg y cols., 1995).

4. FACTORES DE RIESGO.

Ninguno de los factores de riesgo por sí solos explica que ocurra maltrato, tampoco existe un factor o un conjunto de ellos, característico de alguna variedad de maltrato. Se requiere la *ocurrencia simultánea o acumulativa* de varios que, en un momento determinado, sobrepasan la capacidad de la familia, surgiendo la violencia sobre un niño como forma de canalizar la ansiedad que desborda a todo el sistema,

Los factores de riesgo involucran características tanto del niño maltratado, del agresor, del entorno familiar y del contexto sociocultural (Novoa y cols., 1992).

4.1. Factores del niño.

- edad del niño (más del 50% de maltrato severo se da en niños menores de 6 años). (Kraizer, 1999).
- hijo no deseado.
- mal estado de salud del niño.
- trastornos del desarrollo.
- anomalías congénitas.
- problemas conductuales.
- "niño difícil".
- hiperactividad.



4.2. Factores del agresor.

- edad de los padres (padres jóvenes).
- falta de apego derivadas de separaciones prolongadas del niño (hospitalización y otras).
- individuos que fueron expuestos a prácticas anormales de educación, con historial de maltrato y negligencia infantil.
- expectativas de los padres inconsistentes con las habilidades desarrolladas por el niño.
- poca inteligencia de los padres.
- ignorancia con respecto al desarrollo del niño, escasa percepción de sus necesidades evolutivas.
- uso de castigo físico como estrategia de educación y disciplina.
- percepción paterna del niño.
- enfermedad mental (la existencia de una psicopatología solo explica alrededor del 5% de los casos de maltrato). (Kraizer, 1999).
- abuso de alcohol y otras sustancias.
- vida estresada.
- baja autoestima.
- baja tolerancia a la frustración.
- alta reactividad frente a los estímulos.
- pobre manejo de conflictos.

4.3. Factores familiares.

- familia socialmente aislada, con escaso número de amistades.
- familia monoparental.
- alto número de hijos.
- proximidad de los hijos en edad (frecuencia de los nacimientos).
- estrés o apremio sobre la familia.
- familia con antecedentes de violencia.
- previa asistencia por parte de servicios sociales a la familia.
- escaso apoyo familiar.
- abuso de alcohol o drogas en la familia.
- hijos de varias uniones.
- insatisfacción o inestabilidad laboral.

4.4. Factores sociales.

- aislamiento social y escasa utilización de redes de apoyo comunitario.
- pobreza (la mayor frecuencia en clases de bajos ingresos puede deberse a subnotificación en las clases media y alta). (Kraizer, 1999).
- desempleo.
- actitud hacia la violencia.
- actitud hacia el niño.
- sistema cultural que acepta el castigo físico como forma aceptable de crianza.
- escasa red de apoyo.

5. IMPORTANCIA SOCIAL.

La protección de los niños del maltrato no es solo una obligación ética; debe considerarse un asunto de importancia nacional. Para muchos niños el maltrato infantil es lo que conocen día a día en sus vidas.

Las siguientes cifras de Estados Unidos revelan el enorme impacto del maltrato infantil en otros problemas sociales; entre:

- 90% a un 85% del abuso sexual es cometido por una persona conocida del niño.
 - 95% de los abusadores fueron maltratados cuando niños.
 - 80% de los abusadores que consumen alcohol y drogas, fueron maltratados cuando niños.
 - 80% de los niños y jóvenes que huyen de casa, citan al maltrato infantil como un factor causante de ello.
 - 78% de la población carcelaria fue maltratada cuando niño.
 - 95% de las prostitutas fueron abusadas sexualmente cuando niñas.
- (Kraizer, 1999).

No siempre el niño que es maltratado tendrá problemas de esta magnitud, pero se sabe que el maltrato infantil priva a muchos niños de sus habilidades para alcanzar libremente su máximo potencial. Esta es una pérdida para la sociedad y las medidas de ayuda son inadecuadas para encarar este problema.

La aceptación de la comunidad estadounidense a los programas de prevención ha traído como consecuencia que la conciencia se ha incrementado y los programas han llegado a ser más apropiados para el desarrollo de las necesidades y habilidades de los niños.

- 90% de la población cree que todas las escuelas deberían ofrecer programas de prevención de maltrato infantil.
- 92% de los profesores creen que tal instrucción es efectiva.
- 60% de todas las escuelas están encargadas de la instrucción preventiva.

La necesidad es obvia, sin embargo, muchas comunidades no tienen programas fundamentados y consistentes para enseñar a los niños pequeños a comunicar sus necesidades reduciendo su vulnerabilidad al maltrato (Kraizer, 1999).

Las distintas sociedades pasan por una serie de estados en el desarrollo de la comprensión del maltrato, estos fueron descritos por Kempe en su *modelo evolutivo*, y son los siguientes: (Murphy y Welbury, 1998).

- *estado 1*: negación de la existencia de maltrato físico o sexual en una extensión significativa. El maltrato se asocia a sicóticos, alcohólicos, drogadictos y no se relaciona con la comunidad como un todo.
- *estado 2*: la comunidad pone más atención en las formas más graves de maltrato y se comienza a detectar más efectivamente el maltrato físico severo y, tempranamente se reconoce e interviene en el abuso menos severo.
- *estado 3*: el maltrato físico es mejor manejado y la atención comienza a ser puesta en los infantes sometidos a negligencias físicas.
- *estado 4*: la comunidad reconoce el abuso emocional, la negligencia, patrones de rechazo severo y de privación emocional.
- *estado 5*: la comunidad pone atención en la seria condición del niño sexualmente abusado.
- *estado 6*: se garantiza que cada niño sea realmente querido, provisto de cuidados amorosos, comida, resguardo adecuado, cuidados de salud preventiva y curativa de primera clase.

6. PREVALENCIA E INCIDENCIA.

Es difícil hacer comparaciones precisas entre los distintos países, por las diferencias en las actitudes y perfeccionamiento del reporte de maltrato infantil, no obstante, se puede concluir que:

- El maltrato infantil se encuentra presente en todas las sociedades y casi siempre es un secreto férreamente guardado.
- En países con reportes confiables de mortalidad, la OMS estima que 1 en 5.000 a 1 en 10.000 niños menores de 5 años muere cada año por violencia física, a pesar de existir tasas inferiores.
- En países con reportes confiables de mortalidad, se estima que 1 en 1.000 a 1 en 180.000 niños son llevados a servicios de atención médica o son reportados a servicios de bienestar como consecuencia de maltrato infantil.
- Según entrevistas a niños o adultos jóvenes en Finlandia, Corea y Estados Unidos entre un 5 a un 10% de todos los niños experimentaban violencia física en su infancia. (OMS, 1999).

El Maltrato Infantil o injurias no accidentales es reconocido hoy en día como un problema internacional y ha sido reportado en muchos países. Sin embargo, el reconocimiento global de las tasas de prevalencia aún no es confiable. Se estima que en Estados Unidos 1,7 millones de niños por año estarán sujetos a maltrato y requerirán atención por los servicios psiquiátricos de niños. (Welbury, 1994; OMS, 1999).

Actualmente, en Gran Bretaña los casos de Maltrato Infantil son 4 o 5 veces más comunes que hace una década; al menos 1 de cada 1.000 niños menor de 4 años recibe severo maltrato

físico, por ejemplo: fracturas, hemorragias cerebrales, severas injurias internas o mutilaciones. En tanto, en Estados Unidos más del 95% de las injurias intracraneales serias, durante el primer año de vida son el resultado de maltrato. (Welbury, 1994).

Estudios realizados en departamentos de emergencias hospitalarios han mostrado que en Estados Unidos el 10% de los niños menores de 5 años tienen injurias por maltrato, y se ha visto una tasa de victimización en menores de 18 años de 15 niños en 1.000 (Persaud y Squires, 1998). En tanto en Dinamarca la tasa de victimización es de 1,3 niños en 1.000 por año. (Barreto y Suárez, 1996).

Cada año en Estados Unidos al menos 4.000 niños mueren, en Gran Bretaña el número de muertes alcanza a los 200 niños, en Escandinavia el número estimado de muertes es mucho más bajo, cerca de 10 muertes son reportadas anualmente, con una frecuencia estimada de 0,5 niños muertos por millón de habitantes al año. Un hallazgo común en todos los países, es que los profesionales relacionados con Maltrato Infantil creen que muchos casos permanecen indetectados y que la mortalidad real es considerablemente más alta.

En Estados Unidos los niños de todas las edades están sujetos a maltrato físico, pero ocurre con mayor frecuencia en los niños más pequeños. Esto se debe particularmente a que son más vulnerables y no pueden pedir ayuda, es así como los niños menores de 2 años tienen mayor riesgo de un maltrato más severo. La muerte por maltrato es rara después del año de edad. El número de niños sujetos a violencia excede ligeramente al número de niñas; y los niños recién nacidos son los más frecuentemente afectados. A la vez, dentro de una familia es común encontrar que uno de los niños sea maltratado y los otros estén libres de abuso (Murphy y Welbury, 1998).

El panorama en Chile en relación al maltrato infantil no es nada de alentador, ya que se estima que más de 110.000 niños reciben un trato duro o violento. Un 10% de los niños es golpeado con alguna frecuencia. Un 31% de los padres admite castigo diario. Un 50% lo hace una vez por semana, siendo los menores de seis años el segmento de la población infantil que concentra el mayor número de víctimas. (UNICEF, 1993).

En otro estudio realizado por la UNICEF (1994) se vio que el 63% de los niños encuestados, de una muestra de 1.553 niños de octavo básico pertenecientes a distintas regiones del país, manifestaron sufrir alguna forma de violencia física por parte de sus padres. El 28.7% de tipo leve, y el 34.2% de tipo grave. (George y López, 1998).

En la investigación de Haz (1997) se señala que en una muestra de 1.000 familias de la región metropolitana, se encontró que el 12.7% de las madres y el 10.1% de los padres agrede gravemente a sus hijos. Conceptualizando la variable gravedad, como aquella violencia que pone en riesgo significativo la salud física del niño. (Arredondo y cols., 1998).

Según un estudio de carabineros, en Santiago menos del 20% de las violaciones consumadas son denunciadas y los Tribunales chilenos sobreseen el 89% de los procesos de violación denunciados que afectan particularmente a menores de ambos sexos. (Dörr, 1998).

Respecto al tipo de violencia más frecuente, los estudios destacan la violencia física con un 74%, la violencia psicológica con un 21%, y la violencia sexual con un 3%, según una investigación realizada por el Ministerio de Salud en una muestra de 401 familias que sufrían maltrato (1995). Según Pascal (1997) la primera causa de muerte en el niño de uno a cuatro años son los traumatismos y los envenenamientos, los que probablemente contengan los casos más severos de maltrato y abandono. (Arredondo y cols., 1998).

De acuerdo a las proyecciones establecidas a partir de los datos existentes, un cuadro comparativo de porcentajes de población vulnerable afectada, publicado por la revista "Síndrome del niño Agredido" en 1991, señala a Chile con un 3.2%, seguido de los Estados Unidos con un 1.43%, lo que nos sitúa con el más alto porcentaje de maltrato infantil de todos los países encuestados. (Arredondo y cols, 1998).

7. TIPOS DE MALTRATO

La OMS clasifica cuatro formas de maltrato infantil:

- Maltrato físico
 - Negligencia
 - Abuso sexual
 - Maltrato psicológico
- (OMS, 1999).

Los porcentajes de los diferentes tipos de maltrato, varían considerablemente incluso dentro de un mismo país. Persaud, entrega las siguientes cifras pertenecientes a Estados Unidos; la negligencia es el tipo más común con alrededor del 52% de todos los reportes, el maltrato físico con cerca de un 25% de los casos, y aproximadamente el 13% de las víctimas son abusadas sexualmente (Persaud y Squires, 1998).

Es difícil determinar el límite entre disciplina y maltrato o entre un daño consumado y una amenaza. El tratamiento del problema debe ser multidisciplinario y ninguna persona debería decidir individualmente lo que es un maltrato y lo que no lo es.

El maltrato infantil no siempre se debe a un acto voluntario, frecuentemente es resultado de un ataque de ira no planificado de antemano. La educación y prevención pueden enseñar a los padres a reorientar sus acciones y buscar métodos de disciplina más adecuados (Hibbard y Sanders, 1995).

Los niños desafortunadamente son víctimas frecuentemente de maltrato como resultado de su tamaño relativamente pequeño, su falta de oportunidades, y su inhabilidad para pedir ayuda (Simon, 1998).

Si clasificamos el Maltrato Infantil tomando como referencia donde se origina, encontraremos:

- a) **maltrato familiar o intrafamiliar:** es el que se produce "dentro" del hábitat cotidiano del niño, es decir, su familia. En este caso los agresores directos pueden ser cualquiera de las personas que conviven con el niño y que tiene a cargo su educación, formación y cuidado.
- b) **maltrato extrafamiliar:** es el que se produce fuera del ámbito familiar y que puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo.

Además, de acuerdo a si las acciones que lo constituyen implican una **acción o una omisión**, y si tales acciones ponen en peligro la satisfacción de las necesidades físicas o emocionales del menor, podemos encontrar una variedad como se ve en la siguiente tabla:

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono Físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

(Arredondo y cols, 1998).

A continuación se explicará detalladamente cada una de las formas de maltrato tipificadas por la OMS.

8. MALTRATO FÍSICO.

Las injurias físicas no accidentales pueden incluir severos golpes, quemaduras, mordeduras, estrangulación, magulladuras, palizas, huesos rotos, rasguños o serias injurias internas. Se entiende por niño maltratado a un menor de 18 años de edad a quien los padres u otra persona legalmente responsable de su cuidado infringe o permite que sea infringida una injuria física de manera no accidental; que causa o crea riesgo sustancial de muerte o serio desfiguramiento o deterioro de la salud física o pérdida o deterioro de la función de cualquier órgano corporal. También es considerado maltrato si el cuidador permite que se produzcan situaciones por las cuales un niño esté en riesgo de sufrir los daños mencionados anteriormente (Kraizer, 1999).

El maltrato físico es la forma de maltrato más fácil de detectar. Kempe en 1962 describió el síndrome del niño golpeado, con traumatismos físicos o trastornos del desarrollo, donde la explicación de los daños no concuerdan con el tipo y gravedad de las lesiones. Las lesiones son inflingidas voluntariamente, o sea no son accidentales; generalmente se reconocen estudiando el tipo de lesión y su falta de consistencia con la historia que cuenta la persona encargada del niño.

Las lesiones físicas más frecuentes son: equimosis, contusiones, fracturas, quemaduras y laceraciones. Aproximadamente, el 50% del maltrato físico causa lesiones en cabeza y cara detectables por un odontólogo y un 25% en la boca o cerca de ella, en tanto cerca de un 75% de las lesiones que causan muerte se encuentran en cabeza y cuello. (Murphy y Welbury, 1998).

8.1. Clasificación de las lesiones físicas. (Persaud y Squires, 1998).

- Lesiones que, indiferente al contexto de ocurrencia, tienen una *alta probabilidad* de ser causadas por maltrato y deben *siempre* reportarse.

a) *Intraoral.*

- contusiones o laceraciones de frenillos sublingual y maxilar en bebés.
- contusiones o laceraciones en las comisuras.

b) *Contusiones.*

- de formas reconocibles, como látigo, cinturón, puños, dedos, hebilla, cuerda, dientes de adulto, marcas de bofetada (mejilla).
- lesiones circunferenciales de muñecas, brazos, piernas y cuellos.
- múltiples contusiones en lugares inaccesibles tales como orejas, cuello, interior del muslo y nalgas.
- cualquier contusión en un infante muy pequeño sin una clara explicación.

c) *Quemaduras.*

- múltiples quemaduras de cigarrillos.
- quemaduras con líquidos en forma de guante y calcetín (inmersión forzada).
- quemaduras de plancha en el tronco, dorso de ambas manos.
- quemaduras en el área del pañal.
- quemaduras bilaterales en el dorso de las manos.

d) *Lesiones esqueléticas.*

- dos o más fracturas en diferente estado de curación en un niño no ambulatorio sin una historia de trauma.
- fracturas con avulsión metafisiaria.
- fracturas costales posteriores.
- fracturas de huesos largos en un niño no ambulatorio sin historia de trauma.

e) *Lesiones a la cabeza.*

Son evidencia del “síndrome del niño sacudido”:

- niveles alterados de conciencia.
- lesiones a cabeza cerrada.
- hemorragias al sistema nervioso central.
- hemorragias retinales.
- lesiones catastróficas explicadas como una caída rutinaria.
- Lesiones que son causadas *posiblemente* por maltrato, requiriendo cuidadosa atención y que *generalmente* deben reportarse.

a) *Intraoral.*

- lesiones a la lengua y paladar en niños preverbales.

b) *Contusiones.*

- de apariencia atípica en niños preverbales, sin explicación del trauma.
- muchas contusiones en diferentes estados de curación.
- contusiones sobre las mejillas sin patrones obvios.
- ojos negros (con equimosis)

c) *Quemaduras.*

- quemaduras con instrumentos en extremidades de niños preverbales.
- lesiones por derrame o salpicadura en cabeza y tronco de niños preverbales.

d) *Esquelética.*

- fracturas de huesos largos, en niños ambulatorios preverbales.

e) *Traumas a la cabeza.*

- hematomas subdurales sin historia apropiada.
- fracturas de cráneo con historia sospechosa o no.
- Lesiones que tienen *baja especificidad* de maltrato y son *usualmente accidentales*.

a) *Contusiones.*

En niños ambulatorios:

Cabeza: hinchazón o contusión de tamaño de “pelota de golf” en la frente, rasguños, contusiones en prominencias óseas (pómulo, barbilla, sobre los ojos y punta de nariz).

Tronco: contusiones simples aisladas sobre prominencias óseas de la columna y cresta ilíaca.

Extremidades: contusiones múltiples dispersas sin un patrón sobre la canilla, superficie extensora de brazos.

b) *Fracturas.*

- fractura craneana parietal lineal en niño ambulatorio.
- en niños pequeños ambulatorios, fractura espiral del tercio distal de la tibia.

d) *Trauma a la cabeza.*

- hematoma epidural.
- fracturas craneanas parietales lineales sin depresión en niños mayores con pocas historias de caídas.

8.2. Clasificación en Síndromes del Maltrato Físico.

En la literatura se describen varios síndromes asociados al maltrato físico, entre los cuales tenemos:

- Síndrome de Münchhausen por poderes o Síndrome de Polle: es la forma de maltrato infantil cuyo diagnóstico y tratamiento presenta mayor dificultad, consiste en un trastorno de los padres en el que la persona que comete la agresión (generalmente la madre) relata una historia ficticia con falsos signos y síntomas e inventa la existencia de enfermedades que requieren exploraciones médicas exhaustivas, pruebas de todo tipo y a menudo hospitalizaciones prolongadas. El maltratador quiere la compasión de los demás en lo referente a su capacidad de sacrificio y sufrimiento, para confirmar y apoyar su angustioso diagnóstico provoca lesiones directamente o mediante la administración de medicamentos. Como los médicos se basan en lo que cuentan los padres de la enfermedad, tardan tiempo en darse cuenta de las inconsistencias y del carácter exagerado de los síntomas ficticios. Los niños presentan trastornos persistentes y recidivantes sin explicación, problemas inusuales, con síntomas y signos carentes de sentido clínico. (Dym, 1995; OMS, 1997).
- Síndrome del niño sacudido o agitado de Caffey: los padres sujetan al niño por el cuerpo (tronco o miembros) balanceándolo con fuerza y violencia de atrás a adelante. La cabeza experimenta movimientos de aceleración-desaceleración, con rupturas vasculares (OMS, 1997).
- Síndrome de estrangulamiento: es la forma de maltrato en la cual se puede comprimir la arteria carótida primitiva entre el músculo esternocleidomastoideo superficialmente y las apófisis transversas de C4, C5, y C6 posteriormente, junto a movimientos violentos de aceleración-desaceleración de la cabeza, provocando lesiones de las venas emisarias.

Los movimientos de aceleración-desaceleración brusca de la cabeza, con punto de sujeción fuerte del niño como ocurre en los síndromes del niño sacudido y de estrangulamiento se asocian a peculiaridades del niño de corta edad; como son: la inmadurez de los músculos del cuello, del cerebro, provocando alteraciones cerebrovasculares (hematomas subdurales) y lesiones de fondo de ojo (hemorragias retinianas). Rasgos altamente sospechosos son la presencia de ambas lesiones bilateralmente, normalmente no causadas por impacto directo en la cabeza. (OMS, 1997).

- Síndrome de "Tin ear": se produce una aceleración rotacional brusca de la cabeza con afección de las venas corticales, al girar violentamente la cabeza del niño tirándole por la oreja, provocando contusiones del lóbulo de la oreja (hemorragia purpúrica), retinopatía

hemorrágica, pequeños hematomas subdurales y edema cerebral, todos ellos de localización ipsilateral. (OMS, 1997).

- Síndrome de Silverman: se encuentran fracturas de los huesos largos, siendo muy característico que las mismas sean múltiples y de distinta antigüedad, el hallazgo muchas veces es radiográfico, donde se ven las fracturas de antigua data ya consolidadas. Lo que resulta más característico es la formación de hematomas subperiósticos los que fueron descritos por Silverman. Según este autor existe un tipo signológico que da sustento a este síndrome: múltiples fracturas óseas de antigüedad variable, hematomas subperiósticos, desgarras a nivel metafisiario. Estos hematomas se producen solo cuando la vascularización del periostio es muy abundante y esta dotado de una gran laxitud, por lo que resulta fácil desprenderlo del hueso que subyace por eso estas imágenes son visibles en niños que no sobrepasan los tres años (edad hasta la cual se dan las condiciones periósticas descritas).

Como consecuencia de la hemorragia de los vasos periósticos lesionados por el proceso de fractura se produce un acúmulo sanguíneo entre el periostio y el hueso (hematoma subperióstico), que con posterioridad se organiza y calcifica, dando una imagen radiológica característica. (Riú y Tavella, 1994).

El desgarro a nivel metafisiario se observa en aquellos casos en que una articulación o más de una sea sometido a una excesiva tracción, constricción violenta o torsión. Esto debido a la firme adhesión que las fibras y vasos periósticos del niño ofrecen a la metáfisis de los huesos largos y al cartílago epifisiario, distinta al resto de la cortical del hueso que tiene adhesión laxa, por lo que cuando son traccionadas no se desprenden y provocan la fractura fragmentaria ósea metafisiaria, dando una imagen radiológica característica (Riú y Tavella, 1994).

3.3. Indicadores del maltrato físico.

Las sospechas más evidentes y los casos de maltrato más fáciles de diagnosticar, son aquellos en los que el tipo de lesión observada no concuerda con las explicaciones que se dan de ella; son también muy sospechosas aquellas explicaciones que cambian con el tiempo o que difieren entre dos o más personas, también hay que pensar en un posible abuso ante toda lesión importante que se diga ocurrió sin testigos. Los indicadores físicos son más objetivos, pero se deben considerar en el contexto de la historia.

- Indicadores físicos
 - Marcas de mordida.
 - Magulladuras inusuales.
 - Laceraciones inusuales.
 - Alta incidencia de accidentes o injurias frecuentes.
 - Fracturas en lugares inusuales, múltiples, en los centros de crecimiento óseo y en niños menores de 2 años. Las fracturas craneales se pueden originar a causa de la caída al suelo, pero ante el hallazgo de hemorragias retinianas o de una hemorragia subdural esa explicación carece de fundamento, ya que lo anterior se produce por sacudir fuertemente al niño.
 - Injurias, hinchazón de cara y extremidades.
 - Decoloraciones de la piel.
 - Equimosis dispuesta en forma irregular o reflejando la forma del objeto utilizado.
 - Quemaduras intencionales por cigarrillo y por inmersión son fácilmente diferenciables de las quemaduras accidentales ocasionadas por una salpicadura.

- Indicadores conductuales en niños.
 - Evita el contacto físico con otros.
 - Aprensivo cuando otros niños lloran.
 - Usa ropa con el propósito de esconder injurias, por ejemplo, mangas largas.
 - Rehusa desnudarse para gimnasia o para examen físico requerido en la escuela.
 - Da versiones inconsistentes acerca de la ocurrencia de injurias, quemaduras, etc.
 - Parece asustado por los padres.
 - Protección excesiva, abandono y comportamientos violentos o excéntricos.
 - Frecuentemente llega tarde o falta a la escuela.
 - Llega temprano a la escuela, parece renuente a regresar a casa .
 - Tiene dificultades para entenderse con otros.
 - Poco respeto por otros.
 - Muy dócil, apartado, no protesta con facilidad.
 - Juega agresivamente y frecuentemente daña a sus pares.
 - Se queja de dolor ante movimientos o contacto.
 - Tiene antecedentes de arrancarse de su casa.
 - Relata maltrato de los padres.
 - Aislamiento, depresión, fracaso escolar.

- Indicadores familiares o de los padres.
 - Muchos problemas personales y maritales.
 - Estrés económico.
 - El o los padres fueron maltratados cuando niños, fueron educados en hogares donde el castigo excesivo fue la norma y usan rígida disciplina en sus propios niños.
 - Altamente moralistas.
 - Historia de abuso de alcohol o drogas.
 - Se enfadan fácilmente.
 - Tienen una baja tolerancia a la frustración.
 - Son antagónicos, temerosos y celosos de otra gente.
 - Aislados socialmente, no soportan la red de parientes y amigos.
 - Ven al niño como malvado o maligno.
 - Poco o ningún interés en el bienestar del niño.
 - No responden apropiadamente al dolor del niño.
 - Retraso en la búsqueda de atención médica ante lesiones obvias.
 - Las explicaciones de las injurias del niño son evasivas e inconsistentes.
 - Culpan al niño por las injurias.
 - Hospitalizaciones frecuentes del menor.
 - Constantemente critican y tienen expectativas inapropiadas del niño.
 - Llevan al niño a diferentes médicos u hospitales por cada injuria(Kraizer, 1999).

8.4. Tipos de injurias orofaciales en maltrato físico. (Murphy y Welbury, 1998).

Aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados como maltrato presentan traumas orofaciales, los cuales pueden o no estar asociados a injurias asociadas a otras partes del cuerpo. Aunque la cara frecuentemente parece ser el foco de la violencia impulsiva, las fracturas faciales no son frecuentes. El tipo y prevalencia de las injurias orofaciales en niños maltratados han sido revisados por Needleman.

Un detallado estudio fue realizado por Becker y col.(1978), fueron encontrados 260 casos de Maltrato Infantil en los registros médicos del Hospital de Niños de Boston entre 1970 y 1975. Un 49% de los pacientes tuvieron trauma facial y/o intraoral. Un 16% adicional de los niños tuvo injurias en la cabeza, tales como fracturas de cráneo, hematomas subdurales, contusiones y laceraciones del cuero cabelludo.

De las injurias comprobadas en la estructura orofacial:

- el 61% involucró la cara (66% contusiones y equimosis, 28% abrasiones y laceraciones, 4% de quemaduras y mordeduras y 2% de fracturas)
- 6% las estructuras intraorales (43% contusiones y equimosis, 28% abrasiones y laceraciones, 28% traumas dentales).

De estos datos puede inferirse que las injurias a los tejidos blandos son las lesiones más frecuentemente comprobadas en las estructuras orofaciales.

- Contusiones.

Las caídas accidentales raramente causan contusiones a los tejidos blandos de la mejilla; pero en cambio involucran la piel que cubre prominencias óseas tales como la frente o huesos de la mejilla. Las contusiones inflingidas ocurren en lugares típicos y/o se ajustan a patrones reconocibles. La información clínica de las contusiones usualmente conforma una guía de su antigüedad, aunque hay una amplia variabilidad (tabla2). Una situación más exacta puede ser posible por métodos de laboratorio en patología forense. Contusiones de diferente data indican más de un episodio de abuso, y junto con contusiones extensas y una historia de trauma mínimo las contusiones de diferente coloración (antigüedad) son casi patognomónicas de Maltrato Infantil

Contusiones en la oreja son comúnmente debidas a haber sido pellizcado o tironeado por la oreja y usualmente están acompañadas de contusiones en la superficie posterior de la oreja.

Las contusiones o cortes en el cuello se deben, casi siempre, a ser estrangulados o sofocados por una mano humana, cuerda o collar. Accidentes en este sitio son extremadamente raros y si se presenta debemos sospechar. Contusiones y laceraciones arriba del frenillo labial en niños pequeños pueden ser producidas por alimentar forzosamente con la mamadera, siendo otro tipo de maltrato, lo cual puede quedar oculto a excepción de que el labio sea cuidadosamente examinado. La misma injuria puede ser causada por amordazamiento o violento roce de la cara; y puede ser acompañado por contusiones/abrasiones faciales.

Un desgarró del frenillo no es poco común en niños pequeños quienes accidentalmente caen cuando empiezan a caminar (generalmente entre los 8 y 18 meses). Sin embargo, un desgarró del frenillo en un paciente muy pequeño que no camina (menos de 1 año) o de un niño mayor ya estable (2 años) podría despertar la sospecha de que esta injuria no haya sido accidental.

Tabla #2.

Tiempos de las contusiones	
Tiempo	Color
0-2 días	rojo (hinchado)
0-5 días	rojo, azul, púrpura
5-7 días	verde
7-10 días	amarillo
10-14 días	café
2-4 semanas	se aclara

a) Marcas de manos humanas.

La mano humana puede dejar varios tipos de contusiones por presión: contusiones con marcas de puños o puntas de dedos, contusiones con marcas lineales o bordes de dedos, manos estampadas, marcas de bofetadas y marcas de pellizcos. El tipo más común son marcas de puño o de presión las cuales dejan contusiones con forma oval que asemejan estampados de dedos. Las contusiones con marca de puño pueden ocurrir en la mejilla, si un adulto aprieta la cara del niño en un intento de introducir comida o medicina en la boca. Esta acción deja una contusión con marca de un dedo, en una de las mejillas y 2 a 4 contusiones con marca de dedos en la otra mejilla. Las marcas lineales son causadas por presión del dedo completo. En las marcas de bofetadas en las mejillas se observan contusiones lineales paralelas, el ancho de los dedos puede ser vistos a través de contusiones más difusas.

Estas contusiones lineales son debido a la ruptura de capilares y al corte de la injuria (entre el golpe de los dedos), como un resultado de haber sido estirado y sufrir una súbita afluencia de sangre.

b) Contusiones atípicas.

La contusión con tatuaje es aquella donde se reproduce un factor del elemento inflictor en la contusión. Hay que tener presente que las contusiones con bordes cortantes son casi siempre inflingidas deliberadamente.

- Abrasiones y laceraciones.

Injurias penetrantes al paladar, vestíbulo y piso de boca pueden ocurrir durante alimentación forzada a niños pequeños; estas son usualmente causadas por los utensilios de alimentación. Abrasiones y laceraciones en la cara pueden ser causadas por una variedad de objetos pero son más comunes debido a anillos o uñas de la mano inflictor y las injurias están raramente confinadas a las estructuras orofaciales.

- Quemaduras.

Aproximadamente el 10% de los casos de maltrato físico involucra quemaduras. Las quemaduras de la mucosa oral pueden ser resultado de ingestión forzada de fluidos calientes o causticos. Las quemaduras con objetos sólidos calientes aplicados a la cara son usualmente sin la

formación de ampollas y la forma de la quemadura, frecuentemente asemeja su agente causante. Las quemaduras de cigarrillo dejan lesiones circulares de tamaño uniformes. Tales lesiones son patognomónicas de Maltrato Infantil.

- **Marcas de mordida.**

En niños muy pequeños las marcas de mordeduras tienden a ser punitivas y es frecuentemente una respuesta frente al llanto o cuando el niño se ensucia. Como resultado, las marcas de mordedura pueden aparecer en cualquier lugar pero ellas tienden a estar concentradas en las mejillas, brazos, hombros, nalgas o genitales. En niños mayores las marcas de mordeduras tienden a ser menos punitivas y más en función de defensa. Las marcas por mordeduras orientadas sexualmente ocurren más frecuentemente en adultos y adolescentes. Sin embargo, una marca de mordedura a cualquier edad promueve la sospecha de abuso sexual infantil.

La duración de las marcas por mordedura depende de la fuerza aplicada y la extensión de los tejidos dañados, las marcas de dientes que no rompen la piel son visibles más allá de 24 horas. En casos cuando la piel es rota, los bordes o cortes serán aparentes por varios días dependiendo del espesor del tejido. Los tejidos delgados retienen las marcas por más tiempo.

- **Trauma dental.**

Traumáticas a la dentición primaria o permanente pueden ser debido a un trauma por un objeto romo. Lesiones similares se pueden producir en forma accidental.

- **Injurias a los ojos.**

La mayoría de las contusiones periorbitarias causadas por maltrato involucran ambos costados de la cara. El daño ocular en maltrato incluye dislocación del cristalino, cataratas traumáticas y desprendimiento de retina. Más de la mitad de esas injurias resultaron en un perjuicio permanente de la visión afectando uno o ambos ojos.

- **Fracturas óseas.**

Las fracturas son casi la más seria injuria comprobada por maltrato infantil. Ellas pueden ocurrir en casi cualquier hueso y pueden ser simples o múltiples, clínicamente obvias u ocultas y detectables solo por radiografía. La mayoría de las fracturas por Maltrato Infantil ocurre en niños menores de 3 años. En contraste las fracturas accidentales ocurren más comúnmente en edad preescolar.

Las fracturas faciales son relativamente poco frecuentes en niños. Sin embargo, pueden ocurrir durante un asalto físico con la ocurrencia de fractura nasal más frecuentemente (45%), seguido por fracturas mandibulares (32%), fracturas del complejo cigomatomaxilar y orbitarias (20%).

La presencia de una fractura en el esqueleto facial en un caso de maltrato es una indicación para una revisión radiográfica esquelética completa. Generalmente la fuerza requerida para producir una fractura nasal en un niño es mayor que la requerida para producir fractura metafisiaria, epifisiaria, espirales, oblicuas y transversas en los huesos largos. Una revisión esquelética de un niño que ha sufrido maltrato puede mostrar evidencia de múltiples fracturas en diferentes estados de curación.

En algunos casos varias de las lesiones mencionadas pueden estar presentes simultáneamente y el diagnóstico de maltrato será claro. Sin embargo, hay ocasiones cuando la evidencia clínica no es conclusiva y el diagnóstico solamente se sospecha. (Murphy y Welbury, 1998).

9. NEGLIGENCIA.

Se entiende por negligencia, cuando un menor de 18 años tiene deterioradas o están en peligro de deteriorarse sus condiciones físicas, mentales o emocionales; por el fracaso del tutor legal en ejercer un grado mínimo de cuidado en suministrar la adecuada comida, ropa, protección, educación o cuidados médicos. La negligencia también ocurre cuando el tutor legal falla en proveer al niño la supervisión propia o protección permitiendo que el niño sea dañado, o este en riesgo de daño lo cual incluye cuando el tutor abusa de drogas o alcohol (Kraizer, 1999).

Tiende a ser crónico a diferencia del maltrato físico que suele ser episódico. Determinar su existencia dependerá de la edad y del grado del desarrollo del niño, deben considerarse las diferencias culturales y religiosas de la sociedad para ver aspectos tales como alimentos y ropas más apropiadas, atención médica y odontológica (Hibbard y Sanders, 1995).

9.1. Indicadores de negligencia.

- Indicadores observables.
 - Piel sucia.
 - Mal olor corporal.
 - Pelo sucio y despeinado.
 - Ropa andrajosa, sucia, de tallas más pequeñas o más grandes.
 - Vestido con ropa que es inapropiada para el tiempo o la situación.
 - Frecuentemente es dejado solo o sin supervisión por periodos de tiempo (esta es la causa más frecuente de muerte de niños y no debe ser minimizada).
- Indicadores de mala salud.
 - Somnolencia, se fatiga fácilmente.
 - Frecuentes infecciones respiratorias no tratadas.
 - Prurito, rasguños, erupciones de la piel de larga existencia.
 - Diarreas frecuentes.
 - Magulladuras, laceraciones o cortaduras que estén infectadas.
 - Enfermedades no tratadas.
 - Quejas físicas no atendidas por los padres.
- Indicadores de mal nutrición.
 - Roba o ruega por comida.
 - Frecuentemente hambriento.
 - Busca comida en los tarros de basura.
 - Se atraganta comiendo en grandes bocados.
 - Acumula comida.
 - Come mucha comida chatarra.
 - Obesidad.



- Indicadores en infantes y niños pequeños.
 - Descuido.
 - Poca simpatía.
 - No es frecuente que sonría, lllore, se ría, juegue o se relacione con otros.
 - Falta de interés o curiosidad.
 - Se acuna, golpea la cabeza, se chupa el pelo, mano, dedos.
 - Desgarros al cuerpo.
 - Se autoestimula, se autoconforta.
 - No recurre a los padres para ayuda o confort.
 - Indebidamente hiperactivo o poco activo sin un fin aparente.

 - Indicadores en niños escolares.
 - Lloro fácilmente cuando se daña ligeramente.
 - Va a la escuela sin desayunar.
 - No tiene merienda (colación) o dinero para merienda.
 - Necesita atención dental, lentes, etc.
 - Se queda dormido en clases.
 - Frecuentemente parece estar en un mundo de confusión o de sueños.
 - Llega temprano a la escuela, no quiere ir al hogar.
 - Se ve a sí mismo como un fracaso.
 - Tiene algunos problemas en la escuela.
 - No hace tareas en el hogar, rehusa las pruebas.
 - Destruye trabajos escritos ya terminados.
 - Destruye libros, escrituras y auxiliares de la enseñanza o juguetes.
 - Es retraído, hiperactivo, poco activo y/o letárgico (deprimido).
 - Es cruel con sus compañeros de clase.
 - Miente, roba a sus compañeros y/o a la escuela.
 - Rompe objetos o daña la propiedad de la escuela.
 - Frecuentemente ausente o atrasado a la escuela.

 - Indicadores de los padres y familiares.
 - Promete pero no sigue las recomendaciones.
 - Fracasa en mantener su empleo y/o rehusa ayudar a la escuela u otros medios.
 - Abusa del alcohol y otras drogas.
 - Estilo de vida de relativo aislamiento de parientes, amigos.
 - Historia de maltrato o negligencia cuando niño.
 - Vida hogareña desorganizada, caótica.
 - Historia de enfermedades crónicas.
 - Da la impresión de resignación y sentimiento que nada tendrá mucha diferencia de cualquier manera.
 - Falla en proveer supervisión al niño (ésta es la causa más frecuente de muerte de niños y no debe ser minimizada)
- (Kraizer, 1999)



10. ABUSO SEXUAL.

Se entiende por abuso sexual, cualquier contacto sexual entre un niño y un adulto sexualmente maduro (la maduración sexual definida social y psicológicamente) con fines de complacer al adulto; o cualquier contacto sexual con un niño mediante el uso de la fuerza, la amenaza o el engaño para asegurar su participación, o contacto sexual al cual un niño es incapaz de consentir en virtud de su edad o por la diferencia de poder y la naturaleza de su relación con el adulto (Barreto y Suárez, 1996).

Los actos del abuso sexual abarcan desde el exhibicionismo hasta el acto sexual, pornografía y la violación.

Esto puede incluir exposición de las partes privadas del niño o pedir al niño que las exponga él mismo, acariciar los genitales o pedir que el niño lo haga, sexo oral o intentos de entrar a la vagina o ano con dedos, objetos o pene, sin embargo, la penetración es raramente alcanzada (Kraizer, 1999).

Los abusadores sexuales pueden ser divididos en tres categorías generales:

- a) **Abusadores merodeadores:** los clásicos pedofílicos que buscan y se acercan a sus víctimas con conductas gradualmente más inapropiadas.
- b) **Abusadores por conveniencia:** típicamente adultos que tienen acceso a niños pequeños en el hogar.
- c) **Abusadores violentos:** quienes asaltan y lesionan a los niños como un acto de violencia.

10.1. Clasificación del abuso sexual.

El abuso sexual puede ser dividido en las siguientes categorías:

- Según el tipo de relación:
 - **Pedofilia:** entendido como un delito homosexual o heterosexual contra un niño.
 - **Hebofilia:** que sería el comercio sexual entre un adulto y un adolescente.
 - **Incesto:** señalado como la relación sexual con personas del entorno familiar.
- Según el tipo de abuso:
 - Contacto físico sexual, penetración oral, anal o vaginal por, o en unión con, el órgano sexual de otra persona; penetración anal o vaginal con un objeto, realizada por otra persona.
 - Tocamiento intencionado con o sin agresión, de mamas, genitales, zona anal, etc., con o sin ropa.
 - Estimulación del área perianal del agresor por parte del niño.
 - Inducción al menor a penetrar o pseudo penetrar al agresor.
 - Tomar o mostrar fotografías o películas de carácter sexual explícito o simulado con el fin de satisfacer al agresor.
 - Hacer partícipe u observador al niño en actos sexuales con objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión o degradación, etc.
 - Masturbación en presencia de un niño.
 - Exposición de los órganos sexuales a un niño con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual.
 - Solicitud indecente o seducción verbal explícita.

Es importante plantear una advertencia, si bien las tipologías mencionadas pueden considerarse adecuadas desde una perspectiva didáctica y teórica; en la realidad concreta, es

difícil encontrar casos que se amolden tan exactamente a los planteamientos aquí descritos, siendo más común las situaciones que pertenezcan a más de un subgrupo. (Arredondo y cols, 1998).

Típicamente el abuso sexual es crónico y recurrente. En general, el abuso sexual es llevado como un secreto; las razones para esconderlo son variadas y complejas, ellas incluyen temor, culpa, reflexión, falta de comprensión, negación, sentimientos ambivalentes hacia el abusador, deseo de amar y ser amado, sentimiento de que será castigado, y la amenaza de que no será creído. (Persaud y Squires, 1998).

Un punto de importancia crucial para todos los profesionales es que la mayoría de los niños sexualmente abusados no muestran hallazgos físicos. Muy frecuentemente los que fueron abusados tendrán un examen genital normal, y el médico no podrá afirmar o refutar la sospecha de abuso. En la mayoría de los casos, la historia del niño es frecuentemente el componente más importante de la evaluación del abuso sexual infantil. Los niños eligen cuando y como lo revelarán. Esto es usualmente cuando ellos no pueden negar el trauma, se sienten seguros, y tienen un buen oyente. Si el dentista pregunta acerca de hallazgos orales o si el niño espontáneamente hace comentarios angustiados, la comprensión y documentación sobre la queja del niño requiere de un individuo sensitivo que es paciente y capaz de medir el desarrollo de la comunicación y credibilidad del niño. El profesional dental puede ser un aliado en el proceso conociendo cuando preguntar y siendo un oyente empático si un niño hace una afirmación (Persaud y Squires, 1998).

10.2. Estadísticas del abuso sexual. (en Estados Unidos):

- 1 de cada 4 niñas y al menos 1 de 10 niños es abusado sexualmente en alguna forma antes de los 18 años.
- 10% de esos niños son preescolares.
- 85% involucra perpetradores conocidos de niños.
- 35% involucra a miembros de la familia.
- 10% de las ofensas involucra violencia física.
- 50% de todos los asaltos tienen lugar en el hogar del niño o del ofensor.
- El ofensor promedio está involucrado con más de 70 niños en su carrera de ofensor.

10.3. Indicadores de abuso sexual.

- Indicadores físicos:
 - dificultad para caminar o sentarse.
 - ropa interior manchada o ensangrentada.
 - dolor o prurito en el área genital.
 - enfermedades venéreas, especialmente en preadolescentes.
 - embarazo.
 - escoriaciones, erosiones y hematomas en la cara interna del muslo y genitales.
 - cicatrices, desgarros del himen.
 - lesiones en labios mayores y menores.
 - desgarros anales, pérdida de la tonicidad del esfínter anal.
- (Kraizer, 1999)

- **Indicadores conductuales del niño:**

Los niños frecuentemente no dicen con palabras que han sido abusados sexualmente o que han resistido exitosamente un asalto y no saben que hacer después. Hay muchas razones por las que pueden vacilar o estar temerosos de contarnos acerca de lo ocurrido incluyendo su relación o parentesco con el ofensor, temor a las consecuencias, represalias o incertidumbres acerca de si serán o no creídos.

Cualquiera de los siguientes signos puede indicar que ha sufrido un asalto sexual o puede estar indicando otro problema. Lo que ha causado el cambio en la conducta debe ser explorado.

Algunos indicadores son:

- Súbita renuencia a ir a un lugar o estar con alguien.
- Muestra inapropiada de afecto.
- Actuar sexualizadamente.
- Súbito uso de términos sexuales o nuevos nombres para partes del cuerpo.
- Inconfortabilidad o rechaza el afecto típico familiar.
- Problemas para dormir, incluyendo insomnio, pesadillas, rehusa dormir solo o súbitamente insisten en una luz nocturna.
- Conductas regresivas como succión del dedo, mojar la cama, conductas infantiles u otro signo de independencia.
- Apego extremo u otro signo de temor.
- Súbito cambio en la personalidad.
- Problemas en la escuela.
- Reacio a participar o a cambiarse de ropa para la clase de gimnasia en la escuela.
- Se arranca de su casa.
- Caprichosa o inusual sofisticación perteneciente a conducta o conocimiento sexual, incluyendo actuar sexualizadamente.
- Relata asalto sexual por uno de los padres o guardias.

- **Indicadores de un padre/guardián sexualmente abusivo.**

- Sobreprotector o desconfiado del niño y amigos.
 - Abuso de alcohol u otras drogas.
 - Voyerístico, seductivo del niño.
 - Expone al niño a películas pornográficas.
 - Anima al niño en actos promiscuos y/o prostitución.
 - Librementemente habla o aborda temas sexuales con el niño.
- (Kraizer, 1999).

III. MALTRATO PSICOLOGICO.

Es un patrón de conducta que ataca el desarrollo emocional del niño y su sentido de autoestima. El abuso emocional incluye demandas excesivas, agresivas o irrazonables que ponen expectativas al niño más allá de su capacidad. Constantes críticas, desprecios, insultos, rechazo y ridiculización son algunas de las formas que el ataque verbal puede tomar. El abuso emocional también incluye fallas en proveer el soporte psicológico necesario para que el niño crezca y se desarrolle; además de no proveer amor, apoyo o guía. (Kraizer, 1999).

Es difícil establecer definiciones y referencias adecuadas para su detección. Además no es fácil demostrar que el abuso emocional o verbal se relacione con los daños infantiles; los daños se presentan en forma de comportamiento anormal o de trastornos de la salud mental. Implica la existencia o carencia de interacciones de las personas encargadas de cuidar al niño que infringen un daño a la personalidad, su bienestar emocional o su desarrollo.

Se debe tratar de un acto por perpetración u omisión en que se demuestre el origen de un daño real al niño, generalmente se presenta de varias maneras y durante un periodo prolongado.

Los comportamientos que tienen efectos nocivos sobre el niño son: aislamiento continuo, rechazo, degradación, miedo, corrupción, explotación y la negación del afecto (Hibbard y Sanders, 1995).

11.1. Indicadores de maltrato psicológico.

- Indicadores observables.
 - El niño se acuna, se chupa o se muerde.
 - Inapropiadamente agresivo.
 - Destructivo con otros.
 - Sufre mientras duerme.
 - Desordenes en el habla.
 - Restringe actividades de juego o experiencias.
 - Demuestra compulsiones, obsesiones, fobias, ataques de histeria.
 - Indicadores conductuales del niño.
 - Declaraciones negativas acerca de sí mismo.
 - Tímido, pasivo, dócil.
 - Retraso en el desarrollo físico, mental y emocional.
 - Conductas autodestructivas.
 - Altamente agresivo
 - Cruel con otros.
 - Muy exigente.
 - Indicadores familiares o de los padres.
 - Culpa o reprime al niño.
 - Es frío y lo rechaza.
 - Es indiferente a los problemas o bienestar del niño.
 - Le niega el afecto.
 - Muestra un trato preferencial cuando hay más de un niño en la familia
- (Kraizer, 1999)

12. DIAGNOSTICO DE MALTRATO INFANTIL.

No es duro ni rápido decidirse a hacer el diagnóstico de maltrato, el paso más importante en diagnóstico del maltrato es creer que este puede ocurrir. El diagnóstico es un difícil ejercicio emocional e intelectual y es un de los trabajos más consumidores para un pediatra, requiriendo tiempo, experiencia y energía emocional. La falta de signos que puedan servir para el diagnóstico serán de influencia vital en la futura vida del niño, es decir, un asunto de vida o muerte para éste.

Las injurias no accidentales o maltrato no es un diagnóstico como tal, es solamente un síntoma de desórdenes de los padres, el diagnóstico apunta a la intervención y a la cura (si es posible) de los desórdenes de los padres. Apuntar simplemente a la prevención de la muerte es una ambición muy baja.

En 1970 fue estimado en Estados Unidos, que el 5% de los niños maltratados que fueron regresados a su hogar o a su medio ambiente sin ninguna forma de intervención murieron debido a un trauma adicional; y en el 35% a 50% se comprobaron serias injurias. Sin embargo en 1986 se reconoció que probablemente tanto como el 50% de los niños maltratados regresan al abuso pudiendo incluso morir de maltratos recurrentes si las medidas terapéuticas no eran introducidas. En algunos casos la ocurrencia de maltrato físico puede proveer una oportunidad para la intervención. Si esta oportunidad se pierde, puede no presentarse una oportunidad adicional en muchos años. (Murphy y Welbury, 1998).

12.1. Indicadores para el diagnóstico.

La siguiente lista constituye algunos **indicadores clásicos para el diagnóstico** aunque ninguno de ellos es patognomónico por sí mismo; la ausencia de cualquiera de ellos no excluye el diagnóstico de maltrato:

- Un retraso en solicitar ayuda médica
 - La historia del accidente es vaga, carente en detalles y puede variar con cada pregunta y de persona en persona.
 - El relato del accidente no es compatible con la injuria observada.
 - El humor de los padres es anormal, los padres normales están llenos de ansiedad causada por sus niños mientras los padres abusadores tienden a estar preocupados de sus propios problemas.
 - La conducta de los padres genera interés, por ejemplo, ellos pueden mostrarse hostiles y refutar acusaciones que no han sido hechas.
 - La apariencia del niño y la interacción con sus padres es anormal. El niño puede mostrarse melancólico, apartado o atemorizado.
 - El niño puede decir algunas cosas concernientes a la injuria que es diferente a la historia de los padres (Murphy y Welbury, 1998).
 - Los padres evitan toda responsabilidad. Las lesiones se atribuyen a los hermanos, otros niños, traumatismo accidental.
 - Lesiones y/o fracturas incompatibles con la edad del niño.
 - Lesiones y/o fracturas en distintos estadios de evolución.
 - Localización atípica y en zonas orgánicas no prominentes.
 - Evidencia de negligencia, higiene deficiente, desnutrición.
- (OMS, 1997).

13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MALTRATO INFANTIL.

Aunque los profesionales dentales deben sospechar de todas las injurias infantiles, nunca deben considerar el diagnóstico de Maltrato Infantil sobre la base de un solo signo, pues varias enfermedades pueden ser confundidas con Maltrato Infantil.

Lesiones impetiginosas pueden mostrarse similares a quemaduras por cigarrillo, manchas de nacimiento pueden ser confundidas con contusiones; conjuntivitis puede ser confundida con un trauma.

A todos los niños que se dice que fácilmente se contusionan se les debe hacer:

- un completo conteo de sangre
 - estimación de plaquetas
 - estudio de coagulación para eliminar una posible discrasia sanguínea (leucemia)
 - una deficiencia plaquetaria (trombocitopenia)
 - otros desórdenes hemorrágicos (hemofilia, enf. de Willebrand)
- (Murphy y Welbury, 1998).

14. CONSECUENCIAS DE MALTRATO INFANTIL.

El costo tanto en las personas como monetario es una de las consecuencias del maltrato infantil. Reportes de maltrato físico pueden presidir la muerte de un niño, los niños que sufren maltrato físico tienen un alto riesgo de discapacidades, también disfunciones crónicas sociales y emocionales. Muchos niños maltratados físicamente repetirán el ciclo de violencia en la adolescencia y se volverán ellos mismos padres abusivos. El abuso sexual está asociado con severos y significativos síntomas que involucran los ámbitos físicos, conductual, afectivo, y cognitivo. Sobre la mitad de los jóvenes vulnerables que huyen de casa relatan una historia de maltrato físico o sexual (Persaud y Squires, 1998).

Diversos efectos han sido advertidos en víctimas de maltrato infantil, aquellas relacionadas con el desarrollo y aquellas específicas del trauma, tales como estrés postraumáticos el cual está frecuentemente caracterizado por síntomas de ansiedad y conductas evasivas.

La susceptibilidad de los niños frente al maltrato y las consecuencias en su salud pueden estar determinadas por la edad del niño y el estado de desarrollo. En términos generales, en niños más pequeños el impacto del maltrato infantil es más devastador (OMS, 1999).

14.1. Consecuencias en la víctima.

- Ambivalencia emocional frente al agresor.
- Trastornos de la conducta, altamente sexualizadas o altamente agresivas.
- Trastornos Emocionales, reducción de la autoestima.
- Sentimientos de desconfianza e hipervigilancia
- Sentimientos de culpa y vergüenza.
- Secuelas físicas
- Replicabilidad de las conductas agresivas.
- Escasas relaciones interpersonales.
- Uso de sustancias (drogas y alcohol).
- Autoinjurias.
- Disociación.
- Estrés y ansiedad. (Arredondo y cols, 1998)

- Actitudes de los niños maltratados.

Los niños que han sido físicamente, sexualmente y/o emocionalmente maltratados no solamente sufren un amplio rango de efectos producto de su victimización, sino que están en un gran riesgo de ser abusados nuevamente.

El maltrato comúnmente produce:

- Sentimiento de culpa.
- Invasión.
- Pérdida de control.
- Baja autoestima.

Aquellos que parecen estar manejando su abuso, se preocupan de que:

- Pueda ocurrir de nuevo.
- Ocurra alguna cosa injusta.
- Sus futuras relaciones sean abusivas.

- Efectos a largo plazo del maltrato.

Los problemas para niños maltratados incluye:

- Problemas emocionales.
- Problemas conductuales.
- Pobre rendimiento en la escuela.
- Maltrato adicional.

Aunque estos efectos no siempre son obvios ellos son importantes. (Kraizer, 1999).

14.2. Consecuencias en el agresor.

- Sentimientos de culpa.
- Dificultades de comunicación del problema (negación).
- Aislamiento del resto de la familia y de los amigos, y sentimientos de soledad.
- Baja autoestima e inseguridad personal.
- Sentimientos de impotencia frente al problema.
- Síndromes angustiosos.
- Problemas laborales.

14.3. Consecuencia en la familia.

- Aislamiento de la comunidad.
 - Pérdida de confianza al interior del grupo.
 - Tensión y estrés
 - Conflictos paralelos entre los miembros.
 - Incidencia en los niveles de delincuencia.
 - Incidencia en el abuso de alcohol y drogas.
 - Incidencia en los índices de deserción y ausentismo escolar.
 - Incidencia en el desempleo laboral.
 - Gasto de recursos en atenciones médicas, policiales y judiciales.
- (Amedondo y cols. 1998)

15. ASPECTOS LEGALES.

La OMS reafirma el valor de la Convención de la ONU de 1989 sobre “Los Derechos del Niño” como la base que la comunidad internacional debe estipularse contra el maltrato infantil en el mundo. La convención ahora ratificada por 188 países (incluido Chile), consta de 41 artículos de los cuales 4 se relacionan más directamente con el Maltrato Infantil:

Art.9: “El niño no será separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, por revisión judicial, las autoridades competentes determinen que tal separación es necesaria por el interés superior del niño. Por ejemplo, en un caso en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres”.

Art.18: “Incumbirá a los padres o, en su caso, a los tutores la responsabilidad primordial de la crianza en el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño”.

Art.19: “Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

Art.39: “Los Estados partes adoptaran todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, o abuso, torturas u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevara a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño”.

En general, existen dos posiciones que el Estado puede tomar para hacer frente al maltrato infantil; mientras en un extremo la legislación social pone énfasis en prevenir el quiebre familiar, estando en contra de la intervención del Estado en el cuidado del niño. La remoción de los niños de sus familias naturales se evita porque se ha puesto énfasis en la importancia de los “lazos de sangre” en su identidad. En el otro extremo el Estado procurará intervenir, adoptando una aproximación al maltrato de “rescate del niño”. Lo ideal es buscar un equilibrio entre ambas posiciones, dependiendo de cada caso en particular.

En Estados Unidos todo Estado posee unos estatutos legales en los que se exige la denuncia a las autoridades de la sospecha de malos tratos o abandono. Aunque con ligeras diferencias, en todos existe la obligación por parte de los profesionales de la salud de denunciar su posible existencia. Es importante destacar que para hacer la denuncia sólo hay que tener la sospecha del problema; no es necesario disponer de pruebas tangibles. Son las autoridades legales y sociales quienes determinaran en su momento si ha habido realmente malos tratos y cual es la intervención legal necesaria en cada caso.

En algunas normas estatales se estipula que el no comunicar una sospecha de malos tratos o abandono infantiles, por parte de una persona que esta obligada a hacerlo, puede constituir una responsabilidad civil para ella en lo que respecta a las eventuales lesiones ocasionadas por la no denuncia de los hechos, otra posibilidad es la existencia de una responsabilidad de tipo criminal.

Algunas de las más importantes previsiones legales tomadas para remover los impedimentos al reporte, incluyen las siguientes: inmunidad legal si el reporte se ha hecho de buena fe, abolición del privilegio profesional/paciente en situaciones en que se sospecha de maltrato, el reporte se justifica requiriéndose solamente de sospecha o creencia razonable, en algunos estados el reporte puede ser anónimo, y la fijación de penas criminales o civiles si

fracasan en reportar como lo requiere la ley. Todos los profesionales deben recordar que la protección de los niños es el parámetro. No es la labor del profesional investigar o intervenir, tratar de entender que hay detrás de las conductas abusivas, o tener una acabada certeza de que el abuso ha ocurrido antes de iniciar el reporte apropiado a las autoridades. Los dentistas están obligados a reportar las sospechas de Maltrato Infantil en todos los estados de Estados Unidos. Pueden haber ligeras variaciones en las leyes estatales sobre las definiciones de Maltrato Infantil y negligencia, los detalles del reporte, y las sanciones si se fracasa en reportar. Los profesionales, incluyendo los dentistas, deben estar familiarizados con las leyes de protección infantil en sus estados de residencia y práctica (Persaud y Squires, 1998).

En Chile, el Maltrato Infantil es sancionado en forma expresa desde el año 1967, momento en que se promulga la ley de menores N°16.618, que tipificaba en su artículo 62 N°4, como delito, el maltrato habitual e inmotivado de menores por el padre o madre, guardador o persona a cuyo cuidado esté el menor. Sin embargo, fue generalizado el desconocimiento y la falta de aplicación de la norma contenida en el artículo 62.

Posteriormente cabe destacar la dictación de la Ley 19.325 (D.O:27.08.94), **Ley de Violencia Intrafamiliar**, que sanciona y establece normas de procedimiento en relación con los actos de violencia intrafamiliar. Aún cuando esta ley surge principalmente para hacer frente al tema de la violencia entre parejas, específica y principalmente respecto de la mujer, incluye también en la conducta base sancionada el maltrato de menores. Esta normativa, que presenta aspectos positivos, no está ajena a la crítica, pero sin duda resulta destacable el que por primera vez se dio un tratamiento sistemático a un fenómeno social innegable como la violencia intrafamiliar.

Ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar, artículo n°1:

“Se entenderá como acto de **Violencia Intrafamiliar** todo maltrato que afecte la salud física o psicológica de quien, aún siendo menor de edad tenga respecto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o, siendo menor de edad o discapacitado tenga, a su respecto la calidad de descendiente, adoptado, pupilo, colateral sanguínea, hasta el cuarto grado inclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo”.

• Aspectos de la denuncia.

1. Se podrá realizar la denuncia en forma oral o escrita.
2. La podrán realizar el afectado, sus ascendientes, descendientes, guardadores, tutores o cualquier otra persona que tenga conocimiento directo de los hechos como vecinos, profesionales de la salud, docentes, otros.
3. Recibirán la denuncia de forma obligatoria los funcionarios de carabineros e investigaciones o los Tribunales directamente.
4. La denuncia debe contener:
 - Una narración circunstanciada de los hechos, en que se fundan los motivos por los cuales estos hechos afectan la salud física o psíquica del afectado.
 - Nombre e individualización de autor(es) en caso de ser conocido.
 - No debe emitir calificaciones genéricas de lesiones.

Después de realizada la denuncia se continúa con el proceso legal.

- Aspectos del procedimiento.

Será de competencia del juez letrado de turno en lo civil, dentro de cuyo territorio jurisdiccional se encuentre el lugar donde vive el afectado.

- Proceso.

1. Las personas podrán actuar o comparecer personalmente, sin necesidad de mandatario judicial o abogado patrocinante.
2. Si el juez ordenase lo contrario la representación legal del afectado la asumirá la corporación de asistencia judicial y gozará del privilegio de pobreza.
3. Se citará al denunciante, al afectado y al ofensor a un comparendo dentro de los 8 días hábiles siguientes. Se puede citar a otros miembros de la familia.
4. Se debe concurrir con todos los medios de prueba que se disponga, incluyendo los testigos.
5. La notificación se realizará en forma personal, a no ser que por motivos calificados se disponga de otra forma. Esta será en cualquier día, lugar, entre las 6 y 23 horas.
6. Al llamar a las partes el juez estimará una posible conciliación que se traduce en llegar a acuerdos entre las partes que garantice la integridad física y psicológica del ofendido y garantizar la debida convivencia del grupo familiar. Para llegar a una conciliación ambas partes deben estar de acuerdo, y no deben ser acuerdos forzados ni obligados. Si se produce el acuerdo, el juicio finaliza.
7. Pueden ser testigos los parientes y empleados de la casa.

- Medidas precautorias.

Son las medidas que pueden ser tomadas por el juez con el fin de resguardar la integridad del afectado desde el momento de recibida la denuncia, incluyen:

1. Prohibir, restringir o limitar el acceso del agresor al hogar común.
2. Ordenar que vuelva la víctima al hogar, cuando ha sido sacada de su hogar.
3. Autorizar al afectado a abandonar el hogar común, ordenando la entrega inmediata de sus pertenencias.
4. Toda otra destinada a garantizar la seguridad física y psíquica del afectado, la tranquila convivencia y subsistencia económica del grupo familiar.

Estas medidas deben ser informadas a la persona ofendida, la cual puede solicitarlas expresamente al juez. Al no ser respetadas y cumplidas, el juez puede aplicar sanción de cárcel.

- Aspectos de las sanciones.

Toda lesión grave y menos grave tiene un procedimiento en el juzgado del crimen. Para cualquier tipo de maltrato físico o psíquico:

- Multa de 1 a 10 días del ingreso diario del ofensor.
- Asistencia a programas terapéuticos al ofensor.
- Prisión entre 1 a 60 días.
- A petición del condenado la sanción y la multa pueden ser cambiadas por la realización de trabajos en la comunidad (George y López, 1998).

16. ROL DEL ODONTOLOGO

Los profesionales de la salud y los odontólogos están en una posición especialmente favorable para detectar niños afectados por maltrato infantil. Por lo cual, deben conocer medios para diagnosticar, demostrar, tratar y comunicar los casos de sospecha de maltrato; deben tener en cuenta la posibilidad de maltrato al momento del diagnóstico para que no pase inadvertido.

Los odontólogos deben querer y ser capaces de detectar, registrar y comunicar una sospecha de maltrato. Dado que los traumatismos en las estructuras orofaciales son manifestaciones frecuentes del maltrato infantil y además que los padres que maltratan a sus hijos no toman las mismas precauciones con el odontólogo que con médicos y salas de emergencias, en general no llevan a sus hijos al mismo pediatra mas de una vez y raramente visitan la misma sala de emergencia, sin embargo, ellos no toman la misma precaución cuando visitan al odontólogo (Von Burg y Hibbard, 1995), que podrá ser la primera persona con la oportunidad de diagnosticar el maltrato.

Como profesionales de la salud los odontólogos deben ser sensibles a la necesidad de proteger a los niños, además de tratar sus lesiones dentales. Porque por la alta frecuencia de injurias orales, intraorales y faciales son importantes como parte del equipo interdisciplinario para identificar y reportar Maltrato Infantil. La aproximación en equipo es absolutamente necesaria, porque como miembros de múltiples especialidades colaboran en confirmar el diagnóstico de Maltrato Infantil.

El propósito primario de todos los profesionales de la salud involucrados es la seguridad del niño. El propósito secundario es proveer ayuda y/o consejos a los padres y/o cuidadores para que el maltrato se detenga (Murphy y Welbury, 1998).

Lamentablemente en nuestro país no existe la obligación de comunicar una sospecha de maltrato o abandono como en Estados Unidos, donde dicha comunicación se inicia con una simple llamada telefónica a una agencia del Servicio de Protección Infantil, que se encargará de destinar profesionales para las investigaciones posteriores, el odontólogo debe además hacer un informe escrito para completar la información del caso (Hibbard y Sanders, 1995).

A pesar que hasta un 75% de los casos de maltrato presentan injurias en cabeza cara y cuello, aparentemente reconocen o reportan un caso de maltrato infantil pocos odontólogos. Según un estudio realizado en 1995 por las Agencias de Protección Infantil en seis estados de Estados Unidos, la tasa de reporte de los odontólogos fue sólo de un 3,2% en relación al total (Mouden, 1998). Otro estudio indica que solo el 18% de los casos de maltrato infantil visto por dentistas fueron reportados a las autoridades correspondientes (Hazelrigg y cols., 1995).

El método de enlace y remisión entre los odontólogos y los otros profesionales de la salud involucrados en los casos de maltrato puede variar, no solo de un país a otro sino también entre ciudades y regiones dentro de un país. La mayoría de los departamentos regionales de bienestar infantil publican guías de procedimientos para los profesionales dentales en casos en que se sospecha de Maltrato Infantil.

Si no hace la denuncia puede entablarse un juicio civil o criminal contra él en lo que respecta a las eventuales lesiones ocasionadas por la no denuncia de los hechos. No es su obligación legal informar a los padres de una sospecha de malos tratos ni de que van a comunicarla a las autoridades, pues en algunos casos es más prudente no decirles nada mientras se realiza la denuncia (Hibbard y Sanders, 1995).

En 1993 la A.D.A. estableció dentro de los principios del código de conducta del Código de Ética que: "los odontólogos tienen la obligación de estar familiarizados con los signos periorales del

maltrato infantil y reportar los casos sospechosos a las autoridades correspondientes consistentes con los estatutos legales" (Mouden, 1998).

La principal preocupación es el bienestar del paciente y la posible pérdida de un cliente debe tener una importancia secundaria.

Una repetida escalada de maltrato y un alto riesgo de muerte son las consecuencias de una falla del sistema en la correcta identificación de niños víctimas de maltrato. Los profesionales de la salud, quienes están en contacto con niños, se encuentran en una posición única para proveer una puerta de protección si es necesario. Los dentistas, deben entregar un continuo cuidado a sus jóvenes pacientes, pudiendo ser vital interrumpir el proceso de maltrato por los padres (Persaud y Squires, 1998).

En Estados Unidos un niño con una injuria severa es usualmente referido a un hospital base a consultar a un pediatra. Cuando las sospechas son despertadas, el odontólogo habla al profesional médico inmediatamente y programan un examen médico dentro de las 24 horas. Es posible que los padres acompañen al niño al examen médico pero si éstos no están disponibles el departamento local de bienestar infantil se contacta.

Además, los odontólogos tendrán que asegurarse que sus registros clínicos sean completados inmediatamente con ilustraciones del tamaño, posición y tipo de injurias. La documentación fotográfica será beneficiosa en este aspecto. Estos registros pueden ser referidos a cualquier tipo de caso o procedimiento legal.

Los odontólogos no deben sentir culpabilidad por referir niños con sospecha de maltrato. No están acusando a los padres, simplemente pidiendo una segunda opinión a un médico en un importante y difícil diagnóstico. Esto no será ocultado ni por interés de los padres ni del niño maltratado. Pues se deja a los padres en un gran riesgo de infligir injurias más severas en el próximo tiempo, pudiendo ser encarcelados y en último término perder la custodia de sus hijos. Por lo tanto, tempranas intervenciones pueden ayudar a prevenir estos eventos. Un descuido en seguir las sospechas es una forma de negligencia. Los profesionales están enterados que quien omite reportar sospechas de Maltrato Infantil es culpable de una ofensa federal que es castigable con encarcelamiento. Se ha dicho que el diagnóstico de Maltrato Infantil, es difícil de hacer con certeza, esto lo confirman algunos reportes conflictivos en las mismas revistas científicas. Así han sido reportados varios cambios patológicos o postmortem que han sido erradamente identificados como Maltrato Infantil, mientras sospechas de maltrato y negligencia que pasaron indetectados se conectan con inesperadas muertes en niños o injurias faciales o intraorales.

El examen odontológico debe incluir todas aquellas partes del cuerpo que puedan observarse sin tener que desvestir al paciente. Hay que observar su postura, la marcha y la ropa que lleva puesta (por ejemplo, si un niño llega a la consulta en verano con camisa de manga larga, puede que lo hayan vestido así para ocultar antiguas lesiones). Se debe comenzar el examen por la cabeza con la observación del pelo y del cuero cabelludo del niño, ya que una alopecia no asociada a causa médica puede ser un indicador de mal nutrición o que los cabellos han sido arrancados. Se proseguirá con la observación de la nariz y del tabique nasal, una desviación del tabique o sangre coagulada deben hacer pensar en un traumatismo previo. Se deben buscar equimosis periorbitarias, unas pupilas desiguales y desviadas indican la posibilidad de un traumatismo facial.

La detección de cualquier equimosis con la forma de un objeto nos alerta de la posibilidad de un traumatismo voluntario, el color variable de las equimosis señalan los estadios evolutivos de las lesiones producidas por traumatismos sucesivos. En el cuello se buscaran signos de quemaduras o equimosis causadas por una cuerda lo que indicaría un posible intento de

estrangulación. Las sacudidas fuertes pueden producir magulladuras de gran tamaño en la zona dorsal del cuello siendo indicadoras a veces de lesión cerebral (hematoma subdural), así como también hemorragias retinianas. Los traumatismos físicos en el tórax o en las costillas provocan una reacción dolorosa si se intenta desplazar hacia arriba al niño cuando está sentado en el sillón odontológico. Señales de mordedura de un adulto pueden constituir un signo de maltrato físico, abuso sexual o abandono.

Al finalizar el examen físico general, el odontólogo examinara los dientes y las estructuras de sostén.

Hay que ver la falta de dientes, tanto sanos como con traumatismos previos, prestando especial atención a cualquier lesión en los tejidos blandos. También se debe examinar la mandíbula y comprobar posibles desviaciones al abrir, rango de movilidad, presencia de trismus y oclusión en reposo. Se examina el maxilar superior en busca de posibles signos de fractura facial. Una hemorragia sublingual señala la presencia de una fractura del cuerpo mandibular.

Se verá el estado del frenillo labial del maxilar superior y del frenillo lingual. Un niño demasiado pequeño que no camina con el frenillo labial desgarrado señala un posible traumatismo por una bofetada, un golpe con un puño o alimentación forzada. Un desgarro del frenillo lingual puede indicar un abuso sexual o una alimentación forzada.

El hallazgo de hemorragias o petequias en el paladar (duro o blando), hacen pensar en un abuso sexual. Ante cualquier signo de infección o ulceración sospechosas se realiza de inmediato un cultivo para detectar posibles enfermedades de transmisión sexual, como gonorrea, sífilis o condilomas acuminados (Hibbard y Sanders, 1995)

En conclusión, los odontólogos contribuyen al manejo de Maltrato Infantil:

1. Reconociendo la posibilidad de maltrato.
 2. Proveyendo de tratamiento esencial a las emergencias dentales y coordinando además el tratamiento médico si es requerido.
 3. Derivando al paciente para un examen médico.
 4. Informando a las autoridades apropiadas de sus sospechas.
- (Murphy y Welbury, 1998).

Los factores que colocan a los niños en circunstancias negligentes son largamente sistémicos y no son fácilmente mejoradas durante el manejo de un caso individual. A veces la actividad más efectiva de un dentista enfocado a la negligencia infantil son esfuerzos de defensa con colegios profesionales y organizaciones haciendo lo posible por proveer cuidados de salud y una nutrición segura para todos los niños (Persaud y Squires, 1998).

• Recomendaciones:

- frente a todo niño con múltiples lesiones de diferente antigüedad, se debe pensar que puede tratarse de maltrato.
- observar la expresión de tristeza o de indiferencia de los niños.
- tener presente los movimientos defensivos que adoptan estos niños tratando de protegerse el rostro y la cabeza con las extremidades superiores, cuando el profesional se acerca para examinarlo. El niño no llora ni busca refugio en el familiar, se limita a una acción de resignada defensa.
- se deben describir acuciosamente las lesiones observables.
- la tardanza en la atención médica, también es sospechosa. (Riú y Tavella, 1994).
- es sospechoso cuando el tiempo estimado de la lesión es inconsistente con la fecha dada del trauma.

- poner atención si las explicaciones que se dan no son medicamente creíbles (Persaud y Squires, 1998).

17. MANEJO EN CHILE DEL MALTRATO INFANTIL.

La detección precoz se hará fundamentalmente en:

- Servicios de Urgencia.
- Consultorio a nivel primario.

Existe consenso de la existencia de una importante subnotificación del maltrato, que fluctuaría entre 1:3 y 1:10 de los casos.

17.1. Intervención inicial.

- En Servicios de Urgencia:
 1. Atención de lesiones de agresiones físicas, su constatación evaluación de la gravedad, tratamiento de urgencia y/o hospitalización.
 2. Notificación a la justicia en caso de lesiones graves o de mediana gravedad.
 3. Derivación de secuelas psicológicas o de casos de sospecha de violencia al Consultorio de atención primaria.
 4. Derivación de casos en que el paciente presenta grave riesgo de daño a si mismo o daños a terceros, a las unidades especializadas que correspondan, según la edad del afectado.
 5. Registrar en ficha de seguimiento epidemiológico de violencia intrafamiliar.
- En Consultorios de atención primaria:

El manejo general y coordinación estará a cargo del servicio social, quienes efectuaran las siguientes actividades:

 1. Identificación del afectado, llenando la ficha de seguimiento epidemiológico (Violencia intrafamiliar).
 2. Evaluación de la gravedad del maltrato, del tipo de familia (abuso ocasional o crónico), de sus antecedentes sociales y familiares de riesgo.
 3. Derivación a los otros miembros del equipo de salud cuando corresponda, según tipo de secuelas: secuelas físicas a médicos o enfermeras, secuelas sexuales a médicos o matronas, problemas psicológicos a psicólogo o asistente social.
 4. En estos casos la intervención psicosocial se podrá realizar a nivel individual, grupal y visita domiciliaria.
 5. Notificación a la justicia: de los casos de familia con violencia crónica, solicitud de medidas de protección en los casos de maltrato infantil, supervisión y seguimiento y adecuado cumplimiento de las medidas precautorias dispuestas por la Ley cuando el juez lo determine.
 6. Se hará referencia cuando la complejidad de éstos supere la capacidad terapéutica instalada.
 7. Toda derivación deberá ser acompañada de la información necesaria sobre la gravedad o severidad del episodio y la evaluación de los factores de riesgo para el afectado.

17.2. Orientaciones para la atención del niño.

Cuando en un niño se reconoce que la causa de los daños que presenta es el maltrato, se debe asumir que está en riesgo de seguir siendo agredido y que la atención debe, además de tratar las lesiones, considerar algún tipo de acción que lo proteja de futuros maltratos.

- Medidas de protección.

a) Hospitalización: es la medida de protección más efectiva y recomendable al alcance del profesional. No es necesario tener la certeza de que se trate de un caso de maltrato para hospitalizar a un niño. Si existe razonable sospecha de riesgo de repetición o agravamiento del maltrato, no puede permitirse que el niño regrese a un medio en que ha sido agredido. La indicación de la hospitalización tiene por objeto su protección y permitir una evaluación multidisciplinaria del caso. En el caso de que los padres rechacen la hospitalización el médico debe realizar la denuncia al carabinero en el propio servicio de urgencia o en la unidad policial respectiva. Con la denuncia hecha, el médico debe retener al niño hospitalizándolo.

b) La denuncia: tiene por objeto desencadenar un procedimiento policial y judicial que proteja al niño de seguir siendo maltratado, no solo en lo inmediato, sino también, permita resolver definitivamente el problema de violencia que lo afecta y que reciba el apoyo de tratamiento de salud mental que necesita para recuperarse.

Cuando los daños no son severos y según el criterio del médico, no existe riesgo inmediato de un maltrato severo, lo más importante es lograr que el niño y su familia entre en contacto con un profesional de salud mental que pueda acogerlos y ayudarlos a superar la violencia. En general, cuando el maltrato no produce lesiones graves, los padres y adultos están más dispuestos a escuchar al profesional que está atendiendo al niño.

17.3. Orientaciones para la detección del maltrato infantil.

El médico de un servicio de urgencia que recibe a un niño que puede estar siendo maltratado o abusado, asume una responsabilidad médica, legal y social. Una dificultad adicional es que sospechar maltrato de un niño genera, en los profesionales reacciones emocionales que pueden entorpecer un procedimiento que debe ser necesariamente riguroso y objetivo.

- ¿Cómo entrevistar a la familia?

Si es posible se debe entrevistar a la familia con privacidad y con pocas personas participando de la entrevista escuchando atentamente a los padres/familiares. Evitando afirmaciones o acusaciones para no generar conflictos. No tratar de lograr "confesiones". No demostrar horror, enfado, desaprobación hacia los padres, el menor, o la situación. No entrar en temas familiares que no estén relacionados con la situación específica.

- ¿Qué preguntar?

Resulta necesario preguntar por antecedentes de riesgo del niño y de su entorno familiar y social que apoyen el diagnóstico de maltrato. Tales como: cesantía, familia monoparental, aislamiento social, Niño institucionalizado, separaciones prolongadas de la familia, Abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades mentales, depresiones, Ausencia o frialdad de emociones, e indiferencia.

- ¿Cómo entrevistar al niño?
 - Si es posible, sin el adulto que lo acompaña.
 - Confiar en él. Preguntar directamente sobre el origen de las lesiones encontradas.
 - Darle seguridad y no acusar a los adultos involucrados.
 - Explicar la necesidad y el porqué de la hospitalización.
 - Respetar su silencio.
 - No insistir ni exigirle.
 - No manifestar sentimientos en contra de sus padres.
 - No conducir la entrevista a un interrogatorio.
 - Utilizar lenguaje comprensivo para él.

El niño mayor de 3 años podría informar de lo que sucede; pero es probable que esté asustado, que no quiera acusar al adulto, que se sienta responsable de haber sido maltratado. Hay que asegurarle que lo que cuenta es privado, que no se tomarán decisiones que lo perjudiquen.

17.4. Orientaciones para la detección del abuso sexual.

El abuso sexual en los niños puede presentarse como **abuso sexual con agresión** y este es generalmente un episodio, ejercido por extraños y con figuras familiares protectoras que acompañan al niño. En estos casos el motivo de consulta suele ser la agresión sexual y los daños producidos por ésta. Si esta situación se da en Santiago, y el niño no presenta lesiones por las que requiera ser hospitalizado, puede ser llevado directamente al servicio médico legal que atiende las 24 horas. En comunas rurales de Santiago y otras regiones del país el examen que se toma de muestras debe realizarse en el propio servicio de urgencias.

Pero existe también el **abuso sexual ejercido por familiares o personas cercanas a la familia**; que generalmente es reiterado y no necesariamente ejercido con violencia física. Los niños generalmente son obligados a guardar silencio por los adultos implicados en el abuso, por lo cual es necesario tener presente esta posibilidad y buscar activamente signos o indicadores que confirmen o refuercen la sospecha.

Es la conjunción de varios signos o síntomas lo que debe hacer pensar en este tipo de abuso. Al momento de examinar al niño la exploración física debe ser lo menos amenazante y traumática posible.

- Síntomas psicosomáticos:
Dolores abdominales o pelvianos, enuresis secundaria, anorexia, bulimia.
- Trastornos generales del comportamiento:
Fuga, tentativa de suicidio, problemas escolares, trastornos del sueño, aislamiento, conducta seductora.
- Conducta sexual no acorde a la edad:
Inhibición o pudor excesivo, agresión sexual a otros niños, masturbación compulsiva, miedo inexplicable de embarazo, verbalizaciones o juegos sexuales inapropiados para la edad.

De acuerdo a los informes de peritaje médico del Servicio Médico Legal, las edades más frecuentes de las víctimas de agresiones sexuales se ubican en los grupos de edad de 10 a 14 años y en segundo lugar, de 5 a 9 años.

El 100% de los casos de incesto denunciados afectan a niños menores de edad.

La violencia sexual de parte de familiares y conocidos de la víctima representa más del 70% de los casos denunciados. La violación o abuso realizado por el padre de la niña o el conviviente de la madre suele ser reiterada en el tiempo y no siempre se acompaña de agresión física severa. Según información de SERNAM, el 90% de los casos corresponden a menores. Los procesos que culminan en condenas corresponden solo al 11% de los casos denunciados.

Un estudio realizado en 1997 en el servicio de ginecología forense del Servicio Médico Legal, con 87 niños(as) atendidos por abuso sexual, señala que es más frecuente entre los 7 y 12 años, principalmente en niñas; en el 91% el abuso fue intrafamiliar, siendo el padre biológico el responsable en el 35,6% de los casos; en el 65% de los casos, el niño(a) fue abusado en múltiples oportunidades antes de la denuncia. El examen demostró algún grado de limitación física en el 4,6% de los casos y limitación intelectual en el 10,4% de ellos. El examen ginecológico solo fue concluyente en demostrar abuso en el 4,5% de los casos.

Se debe tener claro que en Chile el abuso sexual contra niños menores de 18 años **constituye un delito**, por esto, las acciones legales, siempre estarán sujetas a un procedimiento penal.

17.5.Orientaciones para el diagnóstico del abuso sexual.

Cuando no exista acceso inmediato al Servicio Médico Legal o las lesiones son graves, la atención de urgencia tiene valor médico legal; es decir, tanto los elementos del interrogatorio como las constataciones del examen pueden ser usadas como prueba en el proceso judicial. Si el examen está completo y se registra adecuadamente, evita que el niño sea interrogado y examinado varias veces, lo que constituye un maltrato por parte del sistema.

Los hallazgos del examen practicado deben consignarse, de preferencia en una ficha específica.

En todos los casos es necesario tomar una muestra de fluidos locales para realizar un examen bacteriológico y ver si hay signos locales de infección, búsqueda de semen en ano, vulva o boca (detrás de los incisivos superiores). En muchos casos es necesario tomar una muestra de sangre para determinar algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o posible embarazo.

En caso de violación ocurrida en las últimas 72 horas, siempre debe realizarse:

- prevención de embarazo, cuando se trata de una adolescente con menstruaciones.
- prevención de infecciones.
- antitetánica si es que hay heridas.
- No se debe olvidar:
 - redactar un certificado médico de lesiones lo más completo posible.
 - conservar la ropa que llevaba cuando fue agredido.
 - precisar en el certificado el reposo necesario.
- En caso de abuso sexual, siempre es necesario proteger al niño:
 - la hospitalización está indicada aunque las lesiones físicas no sean severas, cuando las lesiones físicas son severas y/o cuando existe riesgo inmediato de ser abusado porque vive con el abusador. La indicación de hospitalización debe consignar claramente el abuso y este debe ser informado a la brevedad al asistente social o al equipo de salud mental.
 - la denuncia debe realizarse en forma inmediata en el mismo servicio de urgencia, más aún cuando la familia rechaza la hospitalización, con el propósito de retener al niño en el hospital.

- la denuncia puede ser postergada, en situaciones de abuso intrafamiliar crónico, en que el niño solicita que no se revele el abuso o se siente incapaz de enfrentar la situación. En estos casos se debe derivar al niño a un equipo de salud mental o asistente social.

Todavía existe la creencia de que un golpe dado a tiempo vale más que mil palabras, no sospechándose las terribles consecuencias que esta actitud de educar basada en el temor causa a los menores. La violencia intrafamiliar llega a ser un modo de relacionarse que se vive al interior de las familias. Ni el padre ni la madre ven otra alternativa de educar a su hijo que no sea utilizando los golpes cayendo en la falacia del "te pego porque te quiero".

Según datos del SENAME el 63% de los niños chilenos sufren violencia física y psicológica en sus hogares. El abuso sexual sigue siendo el maltrato que con mayor frecuencia se repite. En el 20% de los casos de maltrato el agresor es el padre, en el 10% el conviviente de la madre, vecinos en un 12% y mujeres solo en un 2% de los casos.

El perfil de estos agresores es de personas de sexo masculinos, proveniente de sectores socioeconómicos bajos, cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años y que también han sido maltratados cuando niños.

Los decesos de niños en manos de sus progenitores no se han concentrado de manera uniforme a lo largo del país. Mientras en las regiones 1°, 3° y 11° no han habido tragedias que lamentar, los casos se repiten con más frecuencia en la Región Metropolitana, Coquimbo y Concepción.

Actualmente el SENAME lleva 606 procesos judiciales por este delito y 79 por niños lesionados gravemente. Hasta Febrero del año 2.000 el SENAME ha presentado 22 querellas por maltrato infantil. En los últimos 18 meses 28 niños han sido golpeados hasta morir.

OBJETIVOS GENERALES.

- Describir y cuantificar la casuística del Maltrato Infantil presente en la U.E.I. del Hospital Carlos Van Buren.
- Comparar la realidad regional con la nacional e internacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la cantidad de casos de Maltrato Infantil dentro de las atenciones de la U.E.I. del Hospital Carlos Van Buren.
- Determinar las lesiones más comúnmente encontradas en los casos de maltrato
- Determinar las ubicaciones más frecuentes en los niños maltratados, con especial énfasis en la región craneomaxilofacial.
- Determinar características demográficas de los pacientes afectados.
- Determinar zonas geográficas más afectadas de Valparaíso.
- Determinar cuales fueron las derivaciones para el manejo de estos casos.
- Proponer medidas tendientes a mejorar la detección, prevención y manejo de registros y documentación del Maltrato Infantil por los profesionales de la salud.



MATERIALES Y METODOS

Este es un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, que consistió en la revisión de 398.408 hojas de ingreso correspondientes a los pacientes atendidos en la Unidad de Emergencia Infantil (UEI) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, desde el año 1996 a 1999 (incluido Febrero del 2000). Esta revisión se llevó a cabo manualmente por las tres realizadoras de este estudio, específicamente en el recinto de archivos del Hospital Carlos Van Buren, que se encuentra ubicado en calle el Litre, Valparaíso. Además, para constatar como profesionales de la salud, la realidad en terreno se realizó una estadía de un mes (Febrero del 2000) en la UEI, con turnos que cubrían desde las 8 hasta las 24 hrs.

La hoja de ingreso es llenada por personal auxiliar del hospital, según las indicaciones del médico tratante (ver anexo). Los casos de maltrato infantil se registran con las palabras: agresión (código 6), violencia intrafamiliar o lesiones. Basándonos en lo anterior, durante la revisión de los registros se detectaron 1725 casos de maltrato infantil.

La información de cada caso se ingresó en un anexo de registro, que se confeccionó con este fin (ver anexo), en donde constaban los siguientes items extraídos de la hoja de ingreso:

- Fecha
- Hora
- Nombre
- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Derivación

Lo anterior fue traspasado a una base de datos, donde la información se agrupó clasificándola según lo encontrado en las hojas de ingreso para cada item.

Para el propósito de este estudio, la información recopilada se dividió en hallazgos demográficos, físicos y procedimientos intrahospitalarios. La información demográfica se subdividió en categorías que incluían edad, sexo, procedencia. Para los fines de este estudio se clasificó a los pacientes en cuatro grupos etarios, basándonos en la clasificación realizada por el Ministerio de Justicia durante la campaña "Por un buen trato para nuestros niños chilenos", en el año 1997. Esta clasificación posee cuatro grupos etarios: de 0 a 1 año, de 2 a 6 años, de 7 a 12 años y de 13 a 18 años; dependiendo del grado de desarrollo alcanzado por el niño y como éste se relaciona y comunica con el mundo exterior. Usamos esta clasificación a pesar que los pacientes atendidos en la UEI, están dentro de un rango etario entre 0 y 14 años.

A este hospital concurre habitualmente la población de Valparaíso, además de un número menor de personas provenientes de otras localidades (Viña del Mar o sectores del interior). En el estudio se subdividió a Valparaíso en diez sectores, según ubicación geográfica, cada sector con un promedio de cinco cerros y un sector once, que incluye las zonas fuera de Valparaíso o de procedencia desconocida (vía pública, abandonos, etc).

Estos son los siguientes:

- Sector 1: Cerros Playa ancha, Artillería.
- Sector 2: Cerros Arrayán, Perdices, Toro, Cordillera, Santo Domingo.
- Sector 3: Cerros Alegre, Concepción, Jiménez, Cárcel, San Juan de Dios.

- Sector 4: Cerros Bellavista, Mariposa, Yungay, Monjas, Florida.
- Sector 5: Cerros La Cruz, Merced, El litre, Las Cañas, Santa Elena.
- Sector 6: Plan de Valparaíso.
- Sector 7: Cerros Rodelillo, O'Higgins, Ramaditas, Las Delicias, Placilla, San Roque.
- Sector 8: Cerros Rodriguez, Recreo, Polanco, Molino.
- Sector 9: Cerros Barón, Larráin, Lecheros.
- Sector 10: Cerros Placeres, Esperanza, Portales.
- Sector 11: Otros.

Los hallazgos físicos incluían: tipos de maltrato, tipo de lesión, ubicación de la lesión. Los **tipos de maltrato** fueron clasificados en Físico, Sexual, Abandono. El **tipo de lesión** fue clasificado dependiendo de los diagnósticos encontrados en la hoja de ingreso, en: contusión (edema, eritema, equimosis y hematoma); herida corto punzante; herida contusa; herida transfixiante; erosiones (escariaciones); laceraciones (desgarros, fisuras); mordeduras; quemaduras; hemorragias; fracturas; luxaciones; infecciones; cicatrices; ETS; embarazo; muerte; no se pesquisan lesiones evidentes; otros.

La **ubicación** fue clasificada en territorios : craneomaxilofacial (cara, cráneo, boca y cuello); tronco; extremidades superiores; extremidades inferiores; genitales; múltiples; no se consignan lesiones evidentes (principalmente en el caso de abuso sexual, lo que no quiere decir que estas no exista) y otros.

La **ubicación craneomaxilofacial**, se subdivide en: bucal, labial, dentaria, ATM, malar, nasal, auricular, craneana, cervical, ocular, cuero cabelludo, mandibular, frente, mentón, no especificada.

Los procedimientos intrahospitalarios consignados son tratamiento y derivación. Los **tratamientos** fueron clasificados en: antibióticos, AINE, calor/frío, curación, sutura, inmovilización, reposo, sedantes, hospitalización, no se realiza y otros.

Las **derivaciones** fueron clasificadas en: medicina legal, carabineros, policlínicos, asistente social, radiología, traumatología, neurocirugía, maxilofacial, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología, dermatología, neurosiquiatría, comisión maltrato infantil, centros de ayuda, no se realiza y otros.

La información fue ingresada a un computador, usando una planilla de Microsoft Access, mediante un programa de manejo de datos en Visual Basic, el cuál también se usó para el conteo y confección de tablas y gráficos.

Para determinar diferencias estadísticas significativas se usaron el test Chi-cuadrado, t de student y test Z.

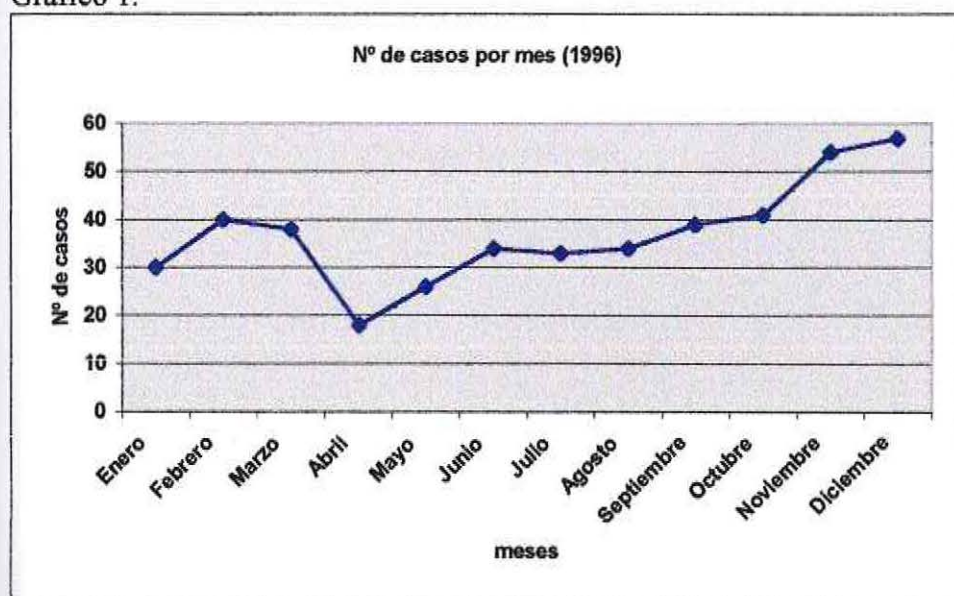
En la creación de programas computacionales y estadísticos fuimos asistidas por terceras personas.

RESULTADOS

Tabla I: Resumen del año 1996.

Meses 1996	Total hojas de ingreso	Casos Maltrato Infantil	Porcentaje casos/mes	Porcentaje mes / año
Enero	7593	30	0.3951	0.0675
Febrero	6980	40	0.5730	0.0900
Marzo	7989	38	0.4756	0.0855
Abril	10254	18	0.1755	0.0405
Mayo	9499	26	0.2737	0.0585
Junio	8071	34	0.4212	0.0765
Julio	7276	33	0.4535	0.0743
Agosto	7061	34	0.4815	0.0765
Septiembre	7948	39	0.4906	0.0878
Octubre	7524	41	0.5449	0.0923
Noviembre	7891	54	0.6843	0.1216
Diciembre	7917	57	0.7199	0.1283
Total	96003	444	0.4624	

Gráfico 1.

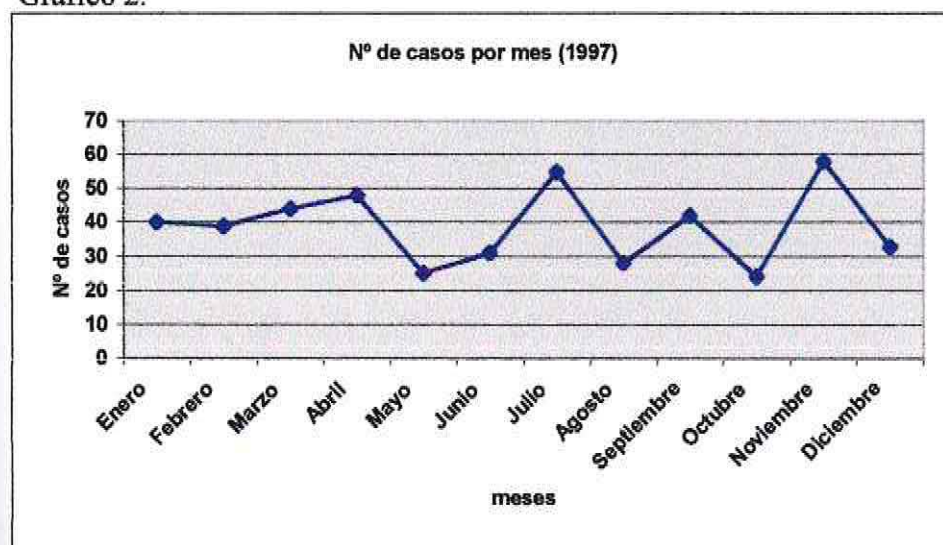


A partir de la siguiente tabla y gráfico se observa: que el número de casos de menores maltratados durante el año 1996, fue aumentando muy levemente, a excepción de un descenso brusco entre los meses de marzo y abril. Un aumento más marcado en el número de casos se observa entre los meses de octubre y noviembre.

Tabla II: Resumen del año 1997.

Meses 1997	Total hojas de ingreso.	Casos Maltrato Infantil	Porcentaje casos/mes	Porcentaje mes / año
Enero	8455	40	0.4730	0.0856
Febrero	7151	39	0.5453	0.0835
Marzo	8716	44	0.5048	0.0942
Abril	9818	48	0.4888	0.1027
Mayo	9235	25	0.2707	0.0535
Junio	7574	31	0.4092	0.0663
Julio	8682	55	0.6334	0.1177
Agosto	8906	28	0.3143	0.0599
Septiembre	9651	42	0.4351	0.0899
Octubre	8111	24	0.2958	0.0513
Noviembre	8425	58	0.6884	0.1241
Diciembre	7748	33	0.4259	0.0706
Total	102472	467	0.4557	

Gráfico 2.

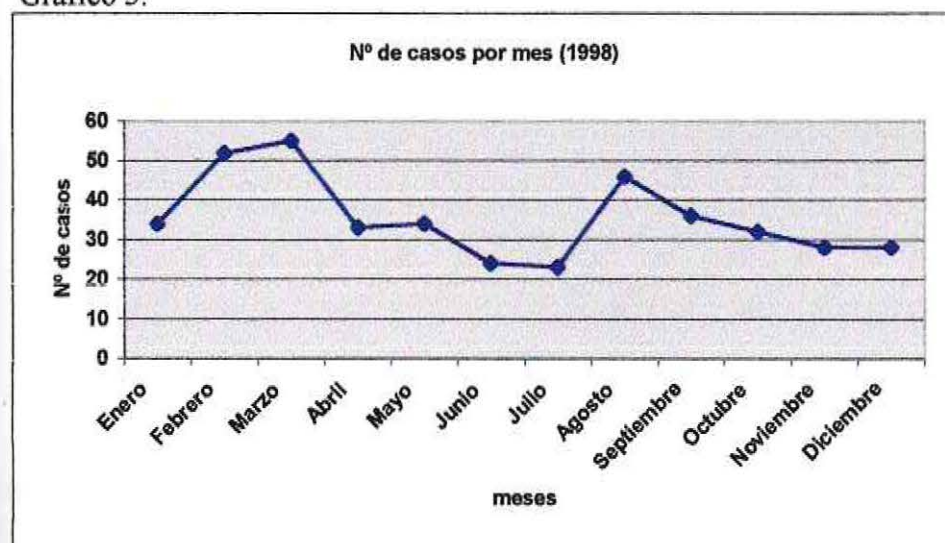


A partir de la siguiente tabla y gráfico, se observa: que el número de casos de menores maltratados durante el año 1997 se mantuvo, con múltiples y bruscos descensos y aumentos, alcanzando los mayores peak en los meses de julio y diciembre. Los meses que obtuvieron los menores números de casos fueron octubre y mayo.

Tabla III: Resumen del año 1998.

Meses 1998	Total hojas de ingreso	Casos Maltrato Infantil	Porcentaje casos/mes	Porcentaje mes / año
Enero	7964	34	0.4269	0.0800
Febrero	7190	52	0.7232	0.1223
Marzo	8284	55	0.6639	0.1294
Abril	7963	33	0.4144	0.0776
Mayo	11765	34	0.2889	0.0800
Junio	8813	24	0.2723	0.0564
Julio	8118	23	0.2833	0.0541
Agosto	8127	46	0.5660	0.1082
Septiembre	7929	36	0.4540	0.0847
Octubre	7679	32	0.4167	0.0752
Noviembre	8488	28	0.3298	0.0658
Diciembre	6465	28	0.4331	0.0658
Total	98779	425	0.4302	

Gráfico 3.

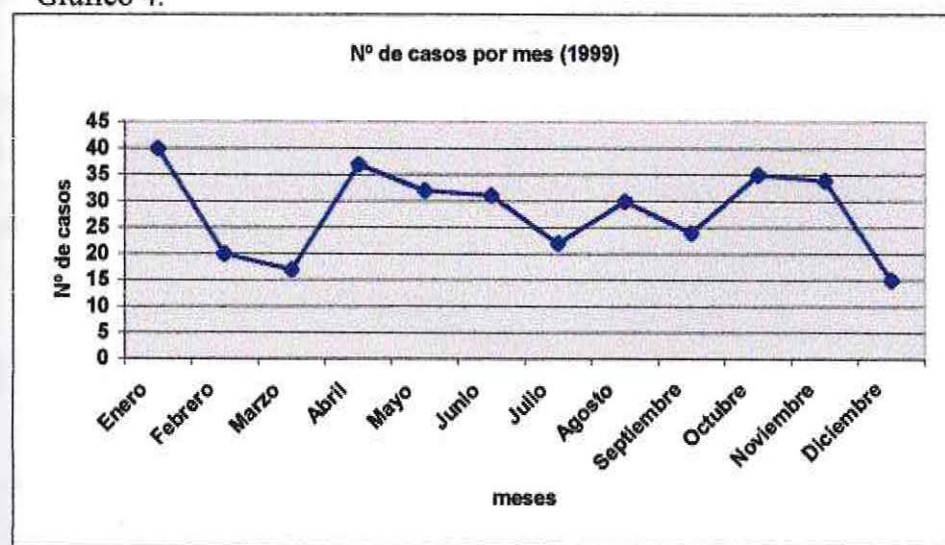


A partir de la siguiente tabla y gráfico se observa, que el número de casos de menores maltratados durante el año 1998 fue en descenso. La caída más brusca en el número de casos se registró desde el mes de marzo al mes de abril; cabe destacar que en el mes de agosto hay un brusco aumento en los casos, pero aún así sigue un descenso en los meses restantes.

Tabla IV: Resumen del año 1999.

Meses 1999	Total hojas de ingreso	Casos Maltrato Infantil	Porcentaje casos/mes	Porcentaje mes / año
Enero	7818	40	0.5116	0.1186
Febrero	6652	20	0.3006	0.0593
Marzo	7585	17	0.2241	0.0500
Abril	8010	37	0.4619	0.1097
Mayo	10764	32	0.2972	0.0949
Junio	8761	31	0.3538	0.0919
Julio	8492	22	0.2590	0.0652
Agosto	9240	30	0.3246	0.0890
Septiembre	7439	24	0.3226	0.0712
Octubre	8767	35	0.3992	0.1038
Noviembre	8679	34	0.3917	0.1008
Diciembre	8947	15	0.1676	0.0445
Total	101154	337	0.3331	

Gráfico 4.



A partir de la siguiente tabla y gráfico se observa, que el número de casos de menores maltratados durante el año 1999 fue en descenso gradualmente. Aunque se obtuvieron múltiples peak, existieron caídas bruscas en enero- febrero y noviembre-diciembre.

Tabla V: Resumen de Febrero año 2000.

Mes	Total hojas de ingreso	Casos Maltrato Infantil	% casos / mes
Febrero	8051	52	0.6458

Tabla VI: Total de casos encontrados.

Hojas de ingreso revisadas	398408
Total casos Maltrato Infantil	1725
Porcentaje	0.4329 %

Del total de hojas de ingreso a la UEI. revisadas (398408), un 0.43% correspondió a pacientes maltratados (1725).

En la información resumida en la siguiente tabla, veremos si el número de menores maltratados cambia a través del tiempo o es constante:

Tabla VII: Total de menores atendidos v/s total de menores maltratados.

Año	Total de menores atendidos	Total de menores maltratados
1996	96003	444
1997	102476	467
1998	98779	425
1999	101154	337
Total	398408	1673

Para lo cual verificamos si esta proporción es constante:

$$p_i = p = \text{constante}$$

$$1 - p_i = 1 - p$$

Para todo i , siendo p_i : proporción en el año i de menores maltratados, la alternativa es que al menos una es distinta.

Tabla VIII: Casos observados v/s esperados.

Año	Total	Maltratados		No Maltratados	
		Observados	Esperados	Observados	Esperados
1996	96003	444	403.14	95559	95599.86
1997	102472	467	430.30	102005	102041.69
1998	98779	425	414.79	98354	98364.21
1999	101154	337	424.77	100817	100729.24
Total	398408	1673	1673	396735	396735

La proporción de igualdad es: $\frac{1673}{398408} = 0.00420$

Con la cuál se obtienen los valores esperados.

Determinado el **Chi-cuadrado** (X^2) da:

$$X^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 25.7493$$

Que es significativa al nivel del 1% (comparado con el Chi-cuadrado de 3 grados de libertad), luego, significativamente podemos decir que la proporción a cambiado año a año.

La regresión de la proporción anual en relación al año es:

Tabla IX.

Año	Proporción 100P (porcentaje)
1996 (t=1)	0.4624
1997 (t=2)	0.4557
1998 (t=3)	0.4302
1999 (t=4)	0.3331

Al hacer el modelo obtenemos:

$$\text{Porcentaje} = p = 0.5237 - 0.041t$$

La tasa media es -0.041 , es decir en cada año el porcentaje de menores maltratados disminuye en 0.041% , es decir, la tasa en relación al tiempo es -0.041 .

Usando la prueba **t de student** para el modelo arroja un valor $p = 0.15$

Tabla X: Evolución del porcentaje de casos entre los años 1996 y 1999

Año	Porcentaje de casos
1996	0.462
1997	0.455
1998	0.430
1999	0.333

Gráfico 5.

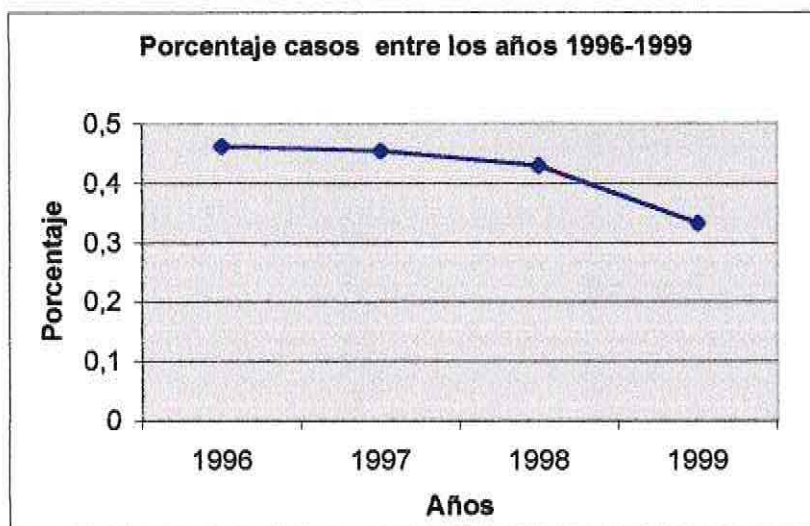
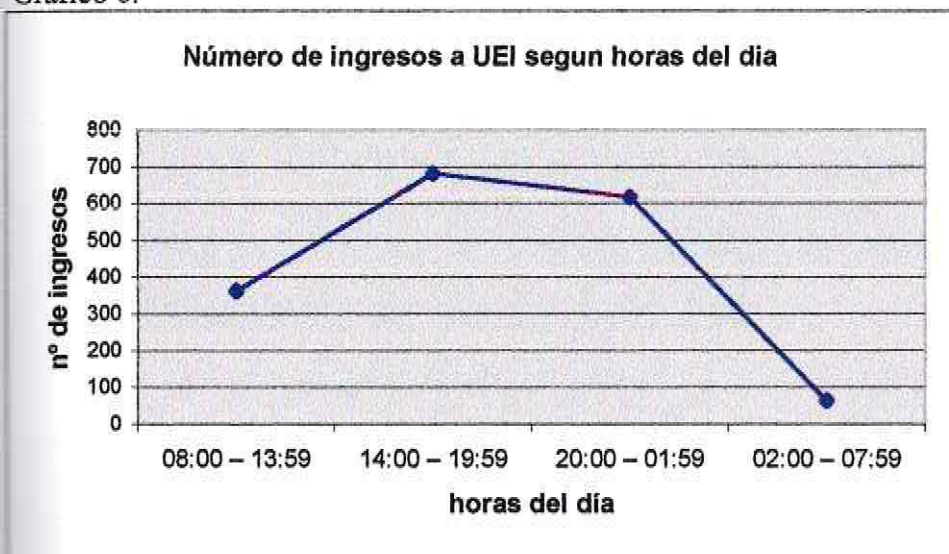


Tabla XI: Horario de ingreso de los casos de maltrato a UEI

Horas del día	Número de ingresos
08:00 – 13:59	362
14:00 – 19:59	682
20:00 – 01:59	617
02:00 – 07:59	64

Gráfico 6.

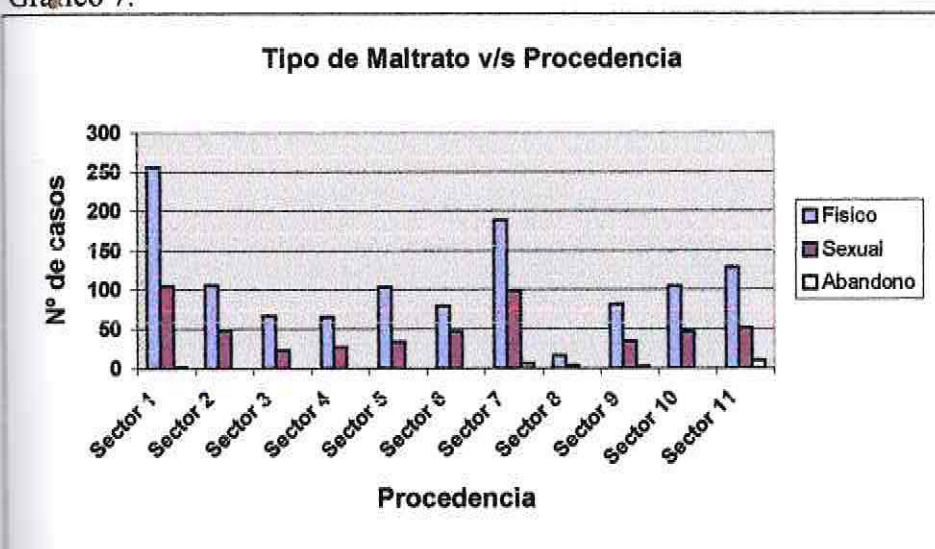


Se encontró un mayor número de casos de maltrato en el período 14:00-19:59 hrs. (682 ingresos correspondientes a 39.5%) y un menor número se registró en el período 02:00-07:59 hrs. (64 ingresos correspondientes al 3.7%).

Tabla XII: Tipos de maltrato según procedencia.

Procedencia	Físico	Sexual	Abandono	Total
Sector 1	256	105	1	362
Sector 2	106	48	0	154
Sector 3	66	23	0	89
Sector 4	65	27	0	92
Sector 5	103	33	0	136
Sector 6	79	46	0	125
Sector 7	188	98	6	292
Sector 8	16	3	0	19
Sector 9	81	34	2	117
Sector 10	104	46	0	150
Sector 11	128	51	10	189
Total	1192	514	19	1725

Gráfico 7.



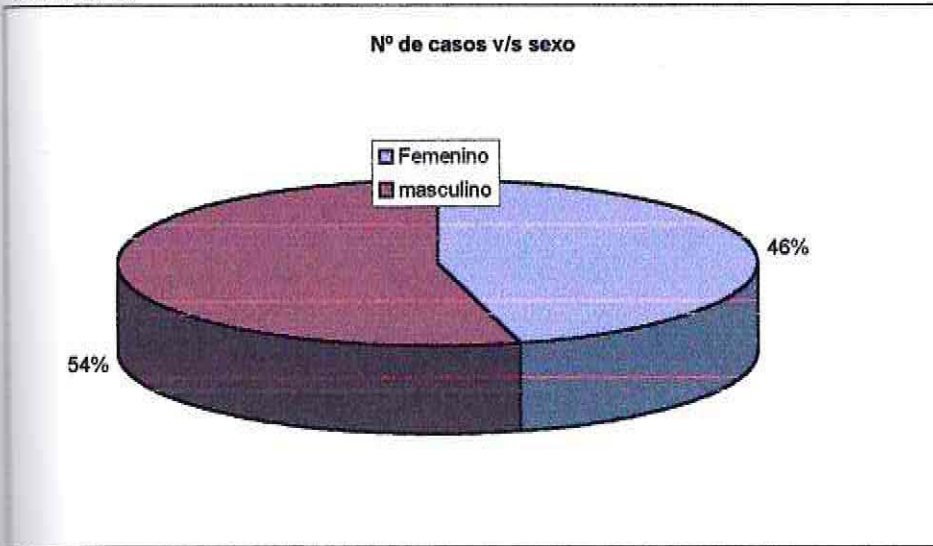
Según la procedencia del paciente, la mayoría con 362 casos (20.98%) se concentró en el sector 1 (el cual agrupa los cerros Playa Ancha y Artillería), seguido por el sector 7 con 292 casos (16.9%) (el cual incluye los cerros Rodelillo, O'Higgins, Ramaditas, Las Delicias, Placilla y San Roque) y el menor número de casos se ubicó el sector 8 con 19 (1.10%) (el cual agrupa los cerros Rodríguez, Recreo, Polanco y Molino).

En relación a tipo de maltrato/procedencia, se deduce que los tres sectores con más frecuencia de casos son: sector 1 con 256 casos de maltrato físico (21,4%), y un menor número de maltrato sexual, 105 casos (20,4%), sector 7 con 188 casos de maltrato físico (15,7%), y un menor número de maltrato sexual 98 casos (19,06%), sector 11 con 128 casos de maltrato físico (10,7%) y un menor número de maltrato sexual, 51 casos (9,9%). Si observamos individualmente cada tipo de maltrato, tendremos que el mayor número de maltrato físico se encuentra en el sector 1 con 256 casos (21,4%), al igual que la mayoría de los casos de maltrato sexual con un número de 105 (20,4); en tanto es más frecuente el abandono en el sector 11 con 10 casos (52,6%) debido a que en este se consignan los niños de origen desconocido o encontrados en la calle.

Tabla XIII: Número de casos v/s sexo.

Sexo	Casos
Femenino	792
Masculino	933

Gráfico 8.



De los 1725 casos encontrados en los cuatro años (1996-1999, más febrero del 2000), 792 casos corresponden a niñas (45.9%) y a niños 933 (54.1%).

La proporción muestral de niños maltratados es $933/1725 = 0.541$ en el total de menores maltratados.

Para verificar que $p > 1/2$ usamos: $Z = \frac{(0.541 - 0.5)}{\sqrt{0.5(1-0.5)}} \cdot \sqrt{1725} = 3.41$

Lo que da un valor p del test de 0.0003, lo cual indica que la proporción de menores de sexo masculino es significativamente mayor que el de las niñas, a todo nivel de significación mayor o igual a 0.03%.

Tabla XIV: Sexo v/s grupo etario.

Sexo	0 - 1 año	2 - 6 años	7 - 12 años	13 - 18 años	Total
Femenino	54	187	318	233	792
Masculino	46	185	415	287	933

Gráfico 9.



Gráfico 10.



Veremos si en los diferentes rangos de edad, la **proporción** de niños es igual a la de las niñas maltratadas:

p_F : proporción femenina.

p_M : proporción masculina.

Veremos si $p_F = p_M$ para un intervalo de edades, usando el **estadístico Z**, a partir de la siguiente tabla resumen.

Tabla XV.

Edad	Femenino		Masculino		Z
	total	casos	total	Casos	
0 - 1 año	792	54	933	46	1.67
2 - 6 años	792	187	933	185	1.90
7 - 12 años	792	318	933	415	1.81
13 - 18 años	792	233	933	287	0.61

En los valores de la tabla anterior, podemos observar que la diferencia en los porcentajes entre niñas y niños maltratados son significativamente diferentes al 5% ,para todos los grupos etarios; salvo para el tramo 13-18 años donde son iguales.

Al relacionar sexo v/s grupo etario, se obtiene que el grupo más afectado en el caso de las niñas fue el rango entre 7 – 12 años, con 318 casos (40.1 %), mientras que las niñas ubicadas dentro del rango 0 – 1 año son las menos afectadas con 54 casos (6.8 %). En el caso de los niños, el grupo etario más afectado también fue entre 7 – 12 años con 415 casos (44.4 %) y el grupo menos afectado fue entre 0 – 1 año, con 46 casos (4.9 %).

Se observa mayor diferencia en el número de casos entre ambos sexos en el grupo etario 7 – 12 años.

A grandes rasgos, se podría decir que hasta los seis años de edad son maltratadas más frecuentemente las niñas, y de siete años en adelante los niños.

Tabla XVI: Tipo de maltrato v/s sexo.

Sexo	Físico	Sexual	Abandono	Total
Femenino	459	323	10	792
Masculino	733	191	9	933
Total	1192	514	19	1725

Gráfico 11.



Gráfico 12.



Veremos a continuación si $p_F = p_M$ en el caso de maltrato sexual usando el estadístico Z

$$p_M = \text{proporción masculina} = 191/933 = 0.20$$

$$p_F = \text{proporción femenina} = 323/792 = 0.41$$



Lo cual arroja una valor Z de 9.4 que es significativo a todo nivel ($p=0$), por lo que concluimos que es significativa la diferencia de proporciones de niños y niñas maltratados sexualmente, donde las niñas son más maltratadas que los niños.

En el caso de maltrato físico, usando el estadístico Z

$$p_M = \text{proporción masculina} = 459/792 = 0.58$$

$$p_F = \text{proporción femenina} = 733/933 = 0.79$$

Lo cual arroja un valor Z de 9.4, por lo cuál concluimos que es significativa la diferencia de proporciones de niños y niñas maltratadas físicamente, donde los niños son más maltratados físicamente que las niñas.

Los anteriores valores de Z son similares, por lo que se concluye que el abandono no estaría influyendo en los valores estadísticos.

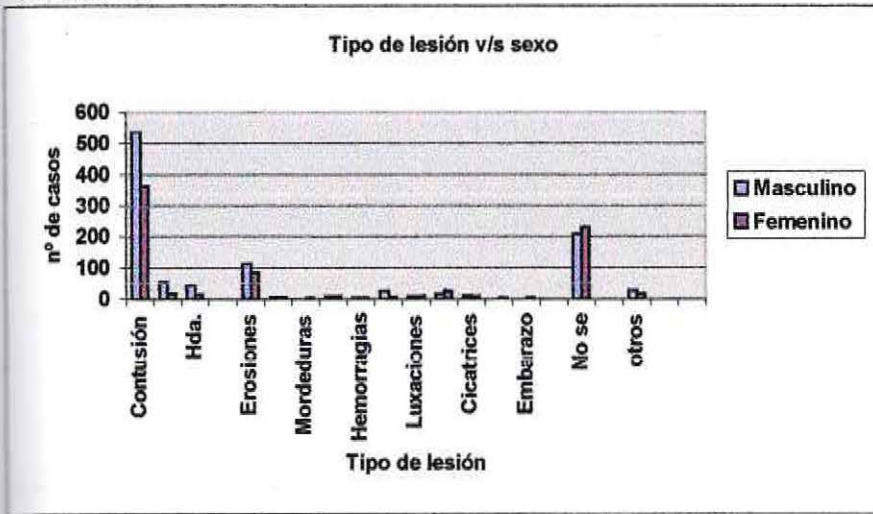
Se observa que el maltrato más relevante fue el físico con 1192 casos (69.1%), luego el sexual con 514 (29.7%) y por último el abandono (negligencia) con 19 casos (1.1%).

Al relacionar sexo v/s tipo de maltrato, se obtiene que las niñas sufren una mayor agresión sexual con 323 casos (40.7 %), comparado con el sexo masculino que tiene 191 casos (20.4%). En ambos sexos el maltrato físico es el que obtuvo un mayor numero de casos; 459 en las niñas (57.9 %) y 733 en los niños (78.5 %).

Tabla XVII: Tipo de lesión v/s sexo.

Lesión	Masculino	Femenino	Total
Contusión	536	360	896
Herida corto punzante	54	17	71
Herida contusa	43	13	56
Herida transfijante	1	0	1
Erosiones	112	83	195
Laceraciones	5	5	10
Mordeduras	0	3	3
Quemaduras	9	8	17
Hemorragias	3	2	5
Fracturas	24	7	31
Luxaciones	9	9	18
Infecciones	14	25	39
Cicatrices	10	8	18
ETS.	0	3	3
Embarazo	0	3	3
Muerte	1	0	1
No se pesquisan lesiones evidentes	207	230	437
Otros	27	17	44

Gráfico 13.

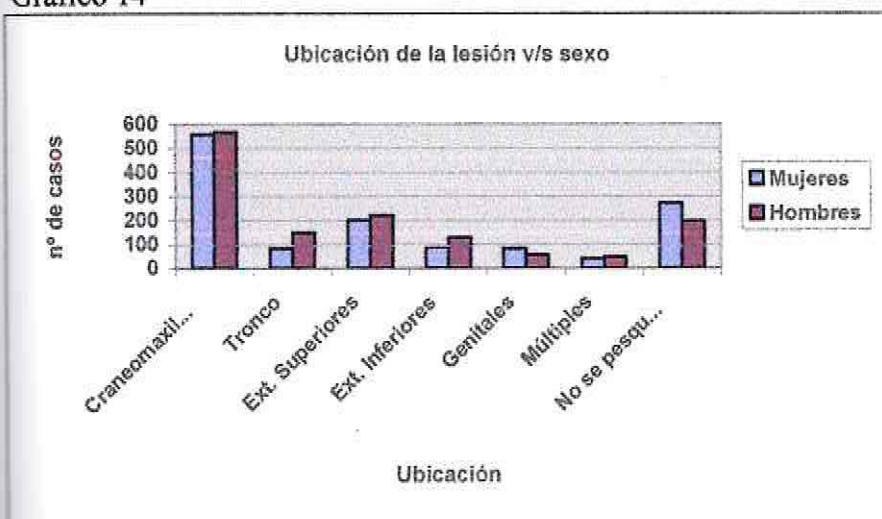


En relación a sexo/tipo de lesión, se obtiene que las niñas tienen una menor frecuencia de contusiones con 360 (40.1%) en comparación con los niños con 536 (59.8%), en cambio en las lesiones no evidentes las niñas tienen un mayor número con 230 (52.6%), mientras que los niños presentan 207 (47.3%) debido a que estas lesiones no evidentes se refieren a casos de abuso sexual, el cual es mayor en niñas.

Tabla XVIII: Ubicación de la lesión v/s sexo.

Sexo	Craneo maxilo facial	Tronco	Ext. Superiores	Ext. Inferiores	Genitales	Múltiples	No se pesquian les. evid.	Total
Mujeres	559	82	200	89	83	40	270	1323
Hombres	568	150	220	126	55	47	196	1362
Total	1127	232	420	215	138	87	466	2685

Gráfico 14

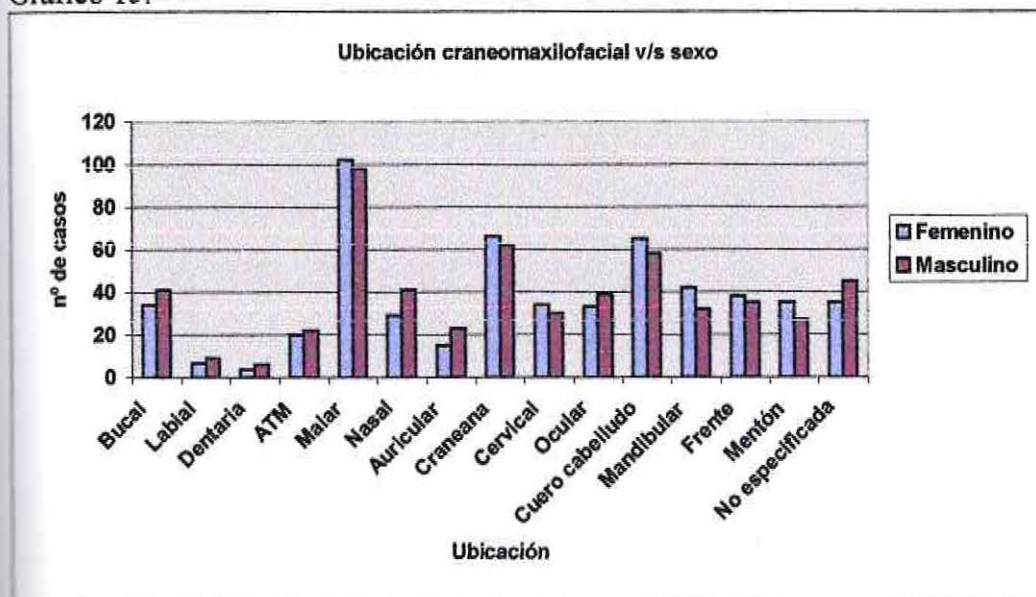


Las ubicaciones más comunes de injurias fueron: en el territorio craneomaxilofacial con 1127 lesiones (41,9%), seguido de no se pesquisan lesiones evidentes con 466 (17,3%), luego las extremidades superiores con 420 (15,6%). Al relacionar ubicación de la lesión v/s sexo, se observa que las mayores diferencias entre ambos sexos se encuentran en no se pesquisan lesiones evidentes ya que 270 de estas (57,9%) corresponden a niñas y 196 (42,0%) a niños, esto se explica por su relación con el abuso sexual más frecuente en niñas. Las lesiones en genitales también son más frecuentes en niñas con el 60,1%. Las lesiones en tronco son más frecuentes en menores de sexo masculino con el 64,6%. Y por último, en el caso de lesiones en extremidades inferiores el mayor porcentaje lo obtienen los niños con el 58,6%.

Tabla XIX: Ubicación craneomaxilofacial de lesión v/s sexo.

Ubicación craneomaxilofacial	Femenino	Masculino	Total
Bucal	34	41	75
Labial	7	9	16
Dentaria	4	6	10
ATM	20	22	42
Malar	102	98	200
Nasal	29	41	70
Auricular	15	23	38
Craneana	66	62	128
Cervical	34	30	64
Ocular	33	39	72
Cuero cabelludo	65	58	123
Mandibular	42	32	74
Frente	38	35	73
Mentón	35	27	62
No especificada	35	45	80
Total	559	568	1127

Gráfico 15.

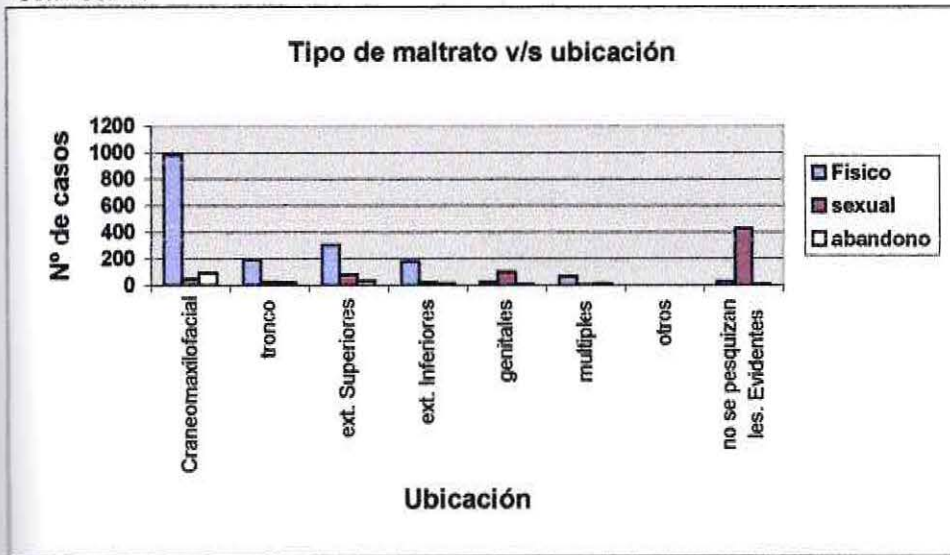


Dentro del territorio craneomaxilofacial los lugares lesionados con más frecuencia fueron: la zona malar con 200 lesiones (17.7%), luego la craneana con 128 (11.35%) y cuero cabelludo con 123 (10.9%). Al observar las ubicaciones de las lesiones, relacionadas con ambos sexos, no se aprecian grandes diferencias entre los niños y las niñas siendo prácticamente uniformes.

Tabla XX: Ubicación de la lesión v/s tipo de maltrato.

Ubicación	Físico	Sexual	Abandono	Total
Craneo maxilofacial	986	50	91	1127
Tronco	190	25	17	232
Ext. superiores	302	84	34	420
Ext. inferiores	180	20	15	215
Genitales	25	101	12	138
Múltiples	69	5	13	87
Otros	0	0	0	0
No se pesquisan les. evidentes	29	429	8	466

Gráfico 16.



Al relacionar tipo de maltrato v/s ubicación, se observa que dentro de las ubicaciones más frecuentes (en orden decreciente) tenemos: ubicación craneomaxilofacial con 986 injurias por maltrato físico (87.4%); en no se pesquisan lesiones evidentes 429 injurias son de carácter sexual (92.0%), ya que estos pacientes son los que llegan a constatar lesiones por abuso sexual; en extremidades superiores 302 injurias son por maltrato físico (71.9%).

Tabla XXI: Tipo de maltrato v/s grupo etario.

Grupo etario	Maltrato Físico	Maltrato Sexual	Abandono	Total
0 - 1	67	23	10	100
2 - 6	197	167	8	372
7 - 12	509	223	1	733
13 - 18	419	101	0	520

Gráfico 17.



Gráfico 18.

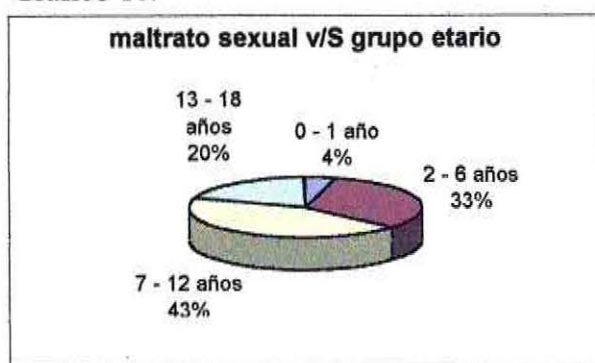


Gráfico 19.



Veremos si la edad influye significativamente en el maltrato infantil.

Si p_i = proporción de maltrato en la edad i .

$p_i = \frac{1}{4}$ para todo $i = 1, 2, 3, 4$. (cuatro tipos de edades).

Tabla XXII.

Edad	0 - 1 año	2 - 6 años	7 - 12 años	13 - 18 años
Observados	100	372	733	520
Esperados	431.25	431.25	431.25	431.25

Con estos valores obtenemos un $X^2 = 491.98$ que es significativo a todo nivel, con tres grados de libertad. Luego, la edad es un factor que influye en el maltrato, por ejemplo, aproximadamente el 40% de menores maltratados tienen edades entre 7 y 12 años, y sólo el 6% tienen edad menor que 1 año, (valor p aproximadamente cero)

En cuanto al grupo etario, se observó que el mayor número de casos se encontraba en el grupo de 7 a 12 años con 733 casos (42.49%); seguido del grupo de 13 a 18 años con 520 casos (30.14%); luego el grupo de 2 a 6 años con 372 (21.56%) y finalmente el grupo de 0 a 1 año con 100 (5.79%).

Relacionando tipo de maltrato v/s grupo etario, se observa que la mayor cantidad de maltrato físico se concentra en el grupo de 7 a 12 años con 509 casos (42.7%); seguido del grupo

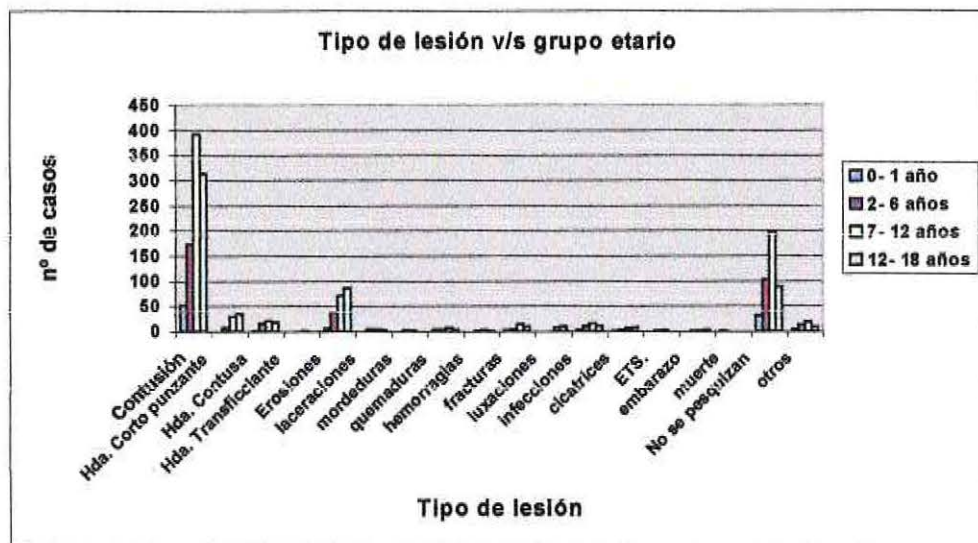
de 13 a 18 años con 419 (35.1%). El mayor porcentaje de maltrato sexual lo encontramos también en el grupo de 7 a 12 años con 223 casos (43.3%); seguido del grupo de 2 a 6 años con 167 (32.4%). El abandono lo encontramos mayormente en el grupo de 0 a 1 año con 10 casos (52.6%), luego el grupo de 2 a 6 años con 8 (42.1%).

Tabla XXIII: Tipo de lesión v/s grupo etario.

Lesión	0- 1 año	2- 6 años	7- 12 años	13 - 18 años	Total
Contusión	50	163	381	302	896
Herida corto punzante	0	8	29	34	71
Herida contusa	1	16	21	18	56
Herida Transfixiante	0	0	1	0	1
Erosiones	5	36	70	84	195
Laceraciones	0	4	4	2	10
Mordeduras	0	1	2	0	3
Quemaduras	3	3	8	3	17
Hemorragias	0	1	3	1	5
Fracturas	2	4	15	10	31
Luxaciones	0	0	8	10	18
Infecciones	2	10	16	11	39
Cicatrices	1	4	6	7	18
ETS.	0	1	2	0	3
Embarazo	0	0	1	2	3
Muerte	1	0	0	0	1
No se consignan les. evidentes	35	107	202	93	437
Otros	4	13	18	9	44
Total	104	371	787	586	



Gráfico 20.

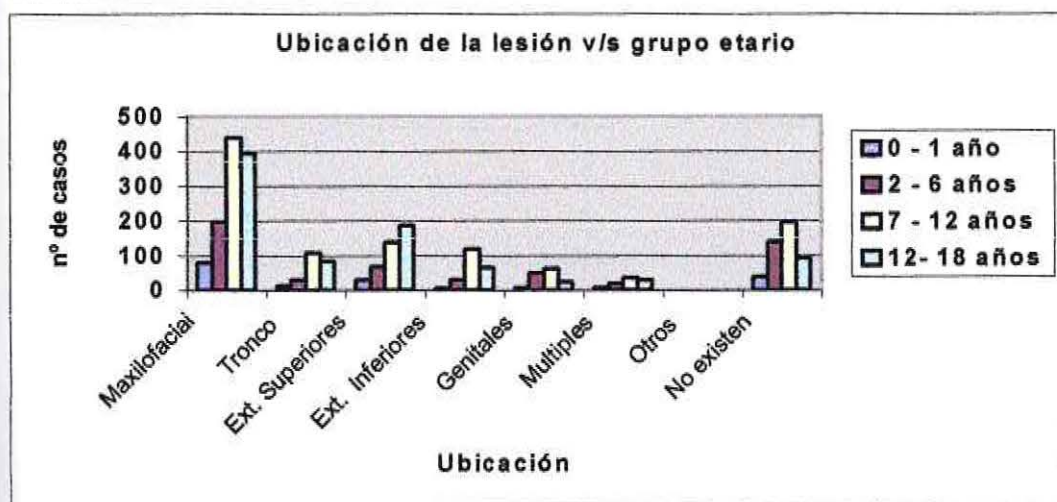


El tipo de lesión más recurrente, en todos los grupos etarios, fue la contusión con 896 lesiones (48.4%); seguido de no se pesquisan lesiones evidentes con 437 (23.6%), que se refiere mayoritariamente a lesiones de tipo sexual; luego las erosiones con 195 (10.5%); las lesiones menos frecuentes fueron las heridas transfixiantes y muerte, con 1 lesión cada una (0.05%).

Tabla XXIV: Ubicación de la lesión v/s grupo etario.

Grupo etario	Craneo Maxilofacial	Tronco	Ext. Superior	Ext. Inferior	Genitales	Múltiples	Otros	No se consignan les.
0-1 años	84	13	29	5	6	7	0	39
2-6 años	201	28	66	28	48	18	0	139
7-12 años	444	107	138	117	61	34	0	197
12-18 años	398	84	187	65	23	28	0	91

Gráfico 21.



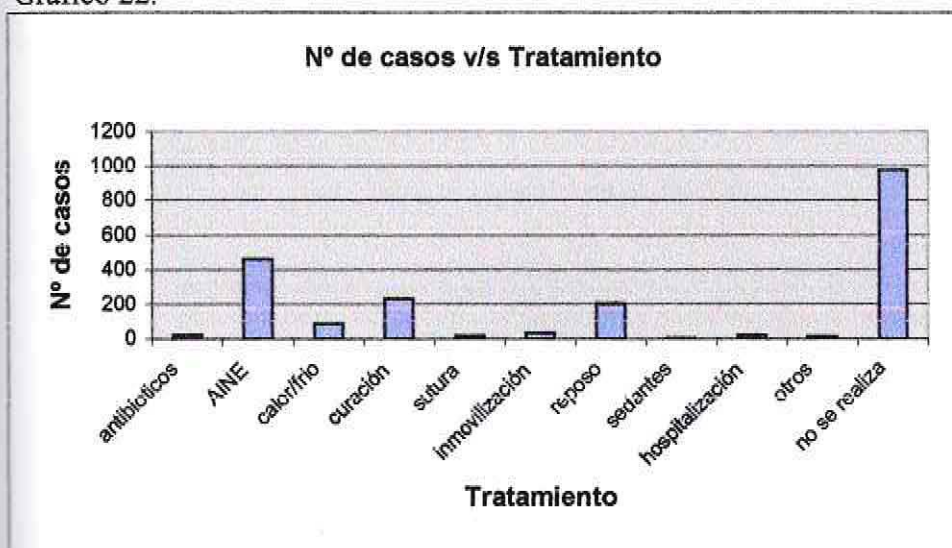
En los cuatro grupos etarios, la ubicación más frecuentemente observada fue la región craneomaxilofacial.

Al relacionar ubicación v/s grupo etario, se observa que en el territorio craneomaxilofacial el grupo más afectado fue el de 7-12 años con 444 lesiones (39,3%), en el grupo donde no se consigna la ubicación (generalmente porque no se pesquisan lesiones evidentes) también existe mayor porcentaje en el grupo 7-12 años con 197 casos (42,2%), en tanto en las extremidades superiores se presentaron más lesiones en el grupo 13-18 años con 187 (44,5%).

Tabla XXV: Número de casos v/s tratamientos realizados.

Tratamientos	Número de casos
Antibióticos	21
AINE	460
Calor / frío	85
Curación	228
Sutura	15
Inmovilización	32
Reposo	202
Sedantes	4
Hospitalización	24
Otros	11
Total	1082
No se realiza tratamiento	980

Gráfico 22.

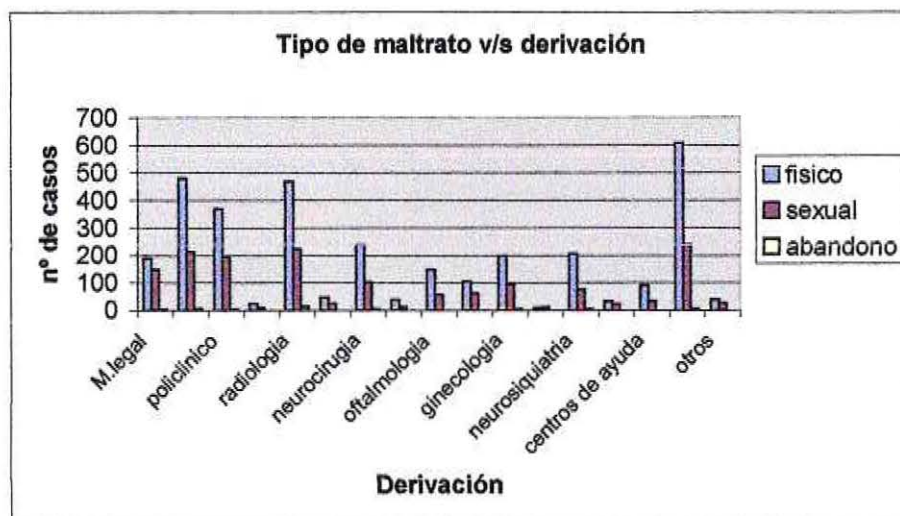


De los 1725 casos, a 980 menores no se les realizó tratamiento, lo que corresponde al 56.8%, a los restantes 745 se les pudo realizar más de un tratamiento. Del total de tratamientos (1082), el más frecuente fue analgésicos y antiinflamatorios (AINE) con 460 (42.5 %), luego curaciones con 228 (21.0%) y finalmente reposo con 202 (18.6 %).

Tabla XXVI: Tipo de maltrato v/s derivación.

Derivaciones	Físico	Sexual	Abandono	Total
Medicina legal	187	146	4	337
Carabineros	480	212	5	697
Policlínico	366	191	3	560
A. Social	21	7	0	28
Radiología	468	222	13	703
Traumatología	46	22	0	68
Neurocirugía	240	100	3	343
Maxilofacial	37	11	0	48
Oftalmología	146	56	0	202
Otorrinolaringología	104	60	0	164
Ginecología	195	95	4	294
Dermatología	8	9	0	17
Neurosiquiatría	205	74	3	282
Comisión Maltrato Infantil	33	20	0	53
Centros de ayuda	89	32	0	121
Otros	38	23	0	61
No se realiza	608	240	6	854

Gráfico 23



De los 1725 casos no fueron derivados 854 menores, lo que corresponde al 49.5%, a los restantes 871 pacientes (50.4%) se les pudo realizar más de una derivación. Del total de derivaciones (3978), la más frecuente fue radiología con 703 (17.6%), luego carabineros con 697 (17.5%), seguido de los policlínicos generales con 560 derivaciones (14.07%). Se observó que sólo el 5 % de las derivaciones correspondían a ayuda social como: Centros de ayuda, Comisión M.I y Asistente social .

DISCUSION

Existen muchas explicaciones para las discrepancias en los resultados, encontrados en los diferentes estudios realizados en el mundo sobre el maltrato infantil; tales como: diferencias legales, grado de preocupación profesional y público, compromiso de la comunidad, interpretación personal de lo que constituye abuso y negligencia, características culturales de los países, entre otros. Además, hay que tener presente que nuestros resultados sólo son comparables con estudios similares realizados en otros países, ya que en Chile los estudios existentes no son realizados a nivel hospitalario, sino que a nivel social, dándose más preponderancia a estas características que a las físicas del fenómeno. Todos estos factores causan una distorsión en los datos oficiales, que pretenden mostrar la real extensión y características del maltrato. Sin embargo, los datos usados en nuestro estudio no debieran diferir mayormente de otros, pues reflejan sólo los casos detectados y no la real magnitud de ocurrencia de estos (apoyando así la creencia general que el problema es más extensivo que lo que aparenta.)

Muchos estudios (Jessee, da Fonseca, Cameron) muestran una preponderancia en el número de menores maltratados de sexo masculino, sin embargo sus diferencias no son estadísticamente significativas, lo que no sucede en nuestro estudio ya que la proporción de niños (54%) es significativamente mayor que la proporción de niñas.

Si distribuimos a los menores de nuestro estudio en sólo dos grandes grupos etarios ; encontramos que: el 72.63% de los menores corresponden al grupo de 7-18 años y un 27.35% de los menores al grupo de 0-6 años. Lo anterior no es consistente con los resultados de otros estudios, por ejemplo da Fonseca encontró un 52.9% en el grupo de 0-4 años, Jessee encontró que el 74.8% de los menores reportados tenían bajo 3 años de edad y dentro de este grupo el 43.6% correspondían a menores de 1 año. Pareciera lógico que el maltrato físico ocurra mayormente a temprana edad por características tales como: indefensión, fragilidad física, incapacidad de escapar de un padre agresivo y falta de capacidad para pedir ayuda. Este hecho establece una carga adicional a los médicos para su detección, dado que niños tan pequeños aún no desarrollan la capacidad necesaria para comunicarse o describir como ocurrieron sus lesiones.

Encontramos que, del total de casos detectados en la UEI, el 69.1% corresponde a Maltrato físico, el 29.7% a Maltrato sexual y el 1.1% a Abandono; no se estudiaron el maltrato psicológico ni otros tipos de negligencia (además del abandono), dado que en la UEI no se consignan ni se les da la relevancia adecuada. En la literatura los estudios se centran en el maltrato físico, dejando de lado las otras formas de maltrato, por lo que sólo podemos comparar nuestros hallazgos con los del estudio de da Fonseca y con cifras entregadas por Organizaciones Internacionales (que difieren incluso entre ellas, por ende no tenemos un patrón uniforme con que comparar).

Da Fonseca encontró un 41% de Maltrato físico, un 35.4% de Abuso sexual y un 23.3% de Negligencia. La marcada diferencia de este último porcentaje con nuestras cifras de abandono (1.1%), se debe a que en la UEI solo se consignan los casos de abandono y no los otros tipos de negligencia.

El porcentaje de maltrato físico encontrado en la UEI (69.1%), es similar al 63% encontrado por la UNICEF (1994) en nuestro país y el 74% encontrado por el Ministerio de Salud (1995), pero difiere bastante del 38.2% encontrado en la estadística del Hospital Exequiel González Cortés (Gilchrist, 1982-1990)

El porcentaje de maltrato sexual obtenido en nuestro estudio (29.7%), difiere con las cifras del Ministerio de Salud (1995) el cual consigna el abuso sexual con sólo un 3%; en tanto, en el Hospital Exequiel González se encontró un porcentaje bastante mayor con un 61.7 %. Nuestro valor de maltrato sexual no es comparable con los datos de la OMS (1999), la cual no entrega una cifra sino un rango que va desde un 3 a 29% en niños y de un 7 a 34% en niñas (obtenido de datos de 19 países). Dentro del porcentaje de abuso sexual encontrado en nuestro estudio el 40.7% corresponde a niñas.

El alto porcentaje de niños que presentan injurias en el territorio craneomaxilofacial (41.9%) es similar a otros resultados encontrados en la literatura. Da Fonseca encontró un 37.5%, Skinner un 43.5%, Jessee un 45.9%, otros autores encontraron valores más elevados: Cameron un 50% y Becker un 65%.

El alto número de lesiones al territorio craneomaxilofacial, confirma la idea que son zonas fácilmente accesibles y el hecho de que aquí ocurran tiene importancia psicológica para el abusador. En nuestro estudio, dentro de la ubicación craneomaxilofacial, la mayoría de las lesiones detectadas estaban en zonas externas (malar, cráneo, cuero cabelludo); en tanto en la región intraoral (dientes, labio, mucosa) se detectaron menos lesiones. Con estos hallazgos podría especularse que el número de lesiones intraorales es realmente menor o que el número de lesiones intraorales es más alto, debido a la alta frecuencia de lesiones en cara y cráneo (que podrían conjuntamente tener lesiones intraorales) pero estas pasan desapercibidas porque los profesionales que examinan a los menores en la UEI no están familiarizados con la cavidad oral.

La lesión más comúnmente detectada fueron las contusiones con un 48.4%, lo que concuerda con otros estudios (por ejemplo Jessee, Needleman, Becker, Da Fonseca). Incluso Baetz comenta que el hecho que las contusiones sean vistas más frecuentemente que otras lesiones, como por ejemplo quemaduras, sugiere que la mayoría del maltrato físico es el resultado de una "pérdida de control espontánea" más que de un acto de premeditación. Además, el hecho que sea socialmente aceptable disciplinar a un niño con fuerza física (golpe) puede también contribuir a la alta frecuencia de las contusiones.

Es importante recalcar que del total de los tratamientos realizados a los menores maltratados un 42.5% correspondió a analgésicos y antiinflamatorios y sólo un 2.2% a hospitalización, siendo ésta una de las medidas mediante la cual se puede proteger al niño.

Lamentablemente a un alto porcentaje (49.5%) de los pacientes que ingresan a la UEI por maltrato no se les deriva quedando expuesto a agresiones repetidas por no proveerse el adecuado manejo del caso. Esto es de vital importancia si consideramos que, según Jessee, la severidad del Abuso será proporcional a la frecuencia de ocurrencia.

CONCLUSIONES

- Dentro de los ingresos a la UEI (1996-1999) se detectaron 1725 casos de Maltrato Infantil, correspondientes a un 0.43% del total de pacientes ingresados durante estos años. Se sabe que esta cifra no refleja la real magnitud del problema y que muchos casos siguen estando ocultos.
- Se aprecia una tendencia a disminuir la casuística entre los años 1996-1999 (porcentaje de disminución por año de 0.041%), esto es más marcado en el año 1999. Lo que podría deberse al éxito de la campaña contra el maltrato infantil del Ministerio de Justicia (sensibilización de la opinión pública) o que los padres por temor a la justicia consultan menos en los centros médicos asistenciales.
- No se aprecia un patrón de variación estacional, en la ocurrencia de Maltrato Infantil, durante los cuatro años de estudio.
- Del total de casos detectados un 69.1% correspondió a Maltrato de tipo físico, seguido del Maltrato sexual con 29.7%. Podríamos decir que aunque no este estipulado en ningún registro, cada uno de estos niños ha sufrido un maltrato psicológico importante pudiendo ser aún más difícil de sanar y superar .
- La lesión más frecuentemente detectada, fue la contusión con un 48.4% del total de lesiones. Esto está muy relacionado con la aceptación social de "dar un golpe al niño como disciplina".
- El territorio craneomaxilofacial recibió un 41.9% de las lesiones, dentro de las ubicaciones de este territorio la zona más afectada fue la zona malar con un 17.7%, seguido del cráneo con un 11.3%. Esto nos confirma el importante rol del odontólogo en la detección de menores maltratados, pues estas zonas son fácilmente apreciables durante un examen habitual.
- El número de injurias intraorales es especialmente bajo (7.5%), si se considera el total de injurias en la región craneomaxilofacial, debido a que muchas de ellas, pasan desapercibidas al no realizarse un exhaustivo examen de la cavidad oral.
- De los pacientes afectados un 54% correspondió a menores de sexo masculino y el grupo etario más afectado es el de 7 a 12 años con un 42.4 %. El mayor porcentaje en este grupo etario podría deberse a que se encuentran en una etapa en la que su relación con sus padres se hace más conflictiva o que el número de casos es falsamente menor en niños más pequeños, quedando los casos subnotificados por su incapacidad para defenderse y comunicar lo ocurrido, siendo aún mayor la responsabilidad del profesional en su detección.
- La mayoría de los casos detectados se concentró en el sector 1 (cerros de Playa Ancha y Artillería) con un 20.98%, seguido del sector 7 (que incluye los cerros Rodelillo, O'Higgins, Ramaditas, Las Delicias, Placilla y San Roque) con un 16.9%.
- Del total de pacientes maltratados solo el 50.4%, fueron derivados. La derivación más frecuente fue a radiología con un 17.6 %; siendo las derivaciones de tipo social de sólo un 5%. Los pacientes que no son derivados quedan expuestos a agresiones de severidad creciente, lo cual será responsabilidad del profesional que no tomó las medidas pertinentes.
- Lamentablemente los registros intrahospitalarios, no consignan toda la información necesaria para conocer en detalle la problemática del maltrato infantil. Además, los pocos datos

requeridos en los registros existentes, no son llenados en su totalidad, debido a la rapidez de la atención y a la falta de sensibilidad o compromiso de los profesionales con el tema.

- El maltrato infantil constituye un problema de la sociedad en su conjunto, donde existe un maltratador, un maltratado y numerosos cómplices. Es a esta última categoría a la que no debemos pertenecer.

SUGERENCIAS

- Crear lazos interorganizacionales, para coordinar las acciones de los diferentes organismos que se ocupan del maltrato infantil, mejorando así la distribución de esfuerzos y recursos.
- Establecer adecuados registros de Maltrato infantil (diseñados para: entregar información que ayude al trabajo entre los diferentes organismos, identificar factores de riesgo, ayudar al seguimiento del menor, proveer datos estadísticos para planificar y desarrollar medidas adecuadas para la protección de la población infantil vulnerable).
- La estipulación de criterios y categorías para definir lo que es el maltrato infantil, evitando que esto quede a criterio de una sola persona.
- Implementación de programas para sensibilizar a los profesionales de la salud; aumentando así su capacidad de detección al estar comprometidos con el tema. Además, los profesionales deben conocer los procedimientos y recursos de apoyo a su disposición, dejando de lado sus temores frente al proceso judicial.
- Que los profesionales de la salud den la atención médica pertinente y detecten el maltrato infantil; una vez detectado el caso lo deriven directamente a un asistente social, el cual se encargue de velar por la protección infantil (medidas a tomar, procedimientos judiciales, seguimiento, etc).
- La existencia, en los centros de urgencia infantil, de un odontopediatra que trate las emergencias pediátricas y realice un adecuado examen en la región craneomaxilofacial, ya que este podría ser el primer profesional en detectar un caso de maltrato, debido a la alta frecuencia de las lesiones en estas zonas.
- Presencia permanente de un carabinero de turno en la UEI, para facilitar el inicio de las denuncias pertinentes.
- Continuar con campañas a nivel nacional para sensibilizar a la opinión pública, recalcando el importante rol de los adultos en el proceso de maduración y aprendizaje de los niños, focalizando esta labor social donde existe una mayor población infantil vulnerable.



RESUMEN

Se analizaron 1725 casos de maltrato infantil, ingresados a la unidad de emergencia infantil del Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso, Chile) entre los años 1996 a 1999. Se encontraron 933 niños (54 %) y 792 niñas (46 %); el grupo etario más afectado fue el de 7 – 12 años (42.4 %). Del total de casos, el maltrato físico correspondió al 69.1 %, el maltrato sexual a un 29.7 % y el abandono al 1.1 %.

La lesión más frecuente fue la contusión (48.4 %) y el territorio craneomaxilofacial (cara, cabeza, boca y cuello) presentó el mayor porcentaje de lesiones (41.9 %); las áreas más afectadas de este territorio fueron: malar (17.7 %), craneana (11.3 %) y cuero cabelludo (10.9 %).

Los niños maltratados, lamentablemente, no fueron examinados por dentistas y a un alto porcentaje de los menores (49.5 %) no se les aplicaron medidas para intervenir o detener el maltrato, dejando a los menores vulnerables de sufrir nuevas lesiones.



BIBLIOGRAFIA.

- Arredondo, V.; Knaak, M.; Lira, G.; Silva, A.; Zamora, I. (1998). Maltrato Infantil elementos básicos para su comprensión. Centro de promoción y apoyo a la infancia Paicabí, Viña del Mar: Centro Paicabí, pp. 12-109.
- Barreto, L.; Suarez, E. (1996): Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional. *Pan Am J Public Health*; 121 (2): 123-135.
- Becker, D.; Needleman, H.; Kotelchuck, M. (1978). Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentist. *JADA*; 97: 24-28.
- Dörr, O. (1998). La familia en la crisis moral de Chile. *Rev Chil Carab*; Ag: 13.
- Dym, H. (1995). The abused patient. *Dent Clin North Am*; 39: 621-634.
- Fonseca, M.; Feigal, R.; Bense, R. (1992). Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*; 14: 152-156.
- George, M.; López, C. (1998). Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en niños y adolescentes en los servicios de urgencia. Ministerio de Salud, Santiago: Ministerio de Salud, pp. 9-46.
- Griffin, A.; Lewis, J. (1995). Dental practice considerations. *Dent Clin North Am*; 39: 861-865.
- Hazelrigg, Ch.; O Shaghnessy, P.; Poland, Ch.; Von Burg, M.; Watson, D. (1995). Child Abuse. *J Indiana Dent Assoc*; Win: 6-43.
- Hibbard, R.; Sanders, B. (1995). Malos tratos y abandono en niños. En: *Odontología pediátrica y del adolescente*. Mac Donalds, Madrid: Mosby-Doyma Libros, pp. 25-31.
- Jessee, S. (1994). Recognition of bite marks in child abuse cases. *Pediatr Dent*; 16: 336-339.
- Jessee, S. (1995). Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. *J Dent Child*; 62: 245-249.
- Jessee, S.; Rieger, M. (1996). A study of age-related variables among physically abused children. *J Dent Child*; 63: 275-279.
- Kraizer, S. Safe Child Program. 1996-1999. <http://www.safechild.int>
- Mc Donalds
- Moulden, L. (1998). The dentist s role in detecting and reporting abuse. *Quint Int*; 29: 452-454.
- Murphy, J.; Welbury, R. (1998). The dental practitioner s role in protecting children from abuse. *Br Dent J*; 184: 7-10, 61-65, 115-119.
- Novoa, F.; Barra, F.; Alvarez, P.; Gilchrist, A.; Gamboa, R. (1992). Síndrome del niño maltratado. *Rev Chil Pediatr*; 63: 1-13.
- O.M.S. (1997). Tipos-subtipos de maltrato. En: *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. OMS, Buenos Aires: OMS, pp. 126-161.
- OMS. Child abuse. April 1999. <http://www.who.int>
- Persaud, D.; Squirres, J. (1998). Abuse detection in the dental environment. *Quint Int*; 29: 459-468.
- Riú, J; Tavella, G. (1994). Lesiones sevíticas, En: *Lesiones, Aspectos médico-legales*. Lema, Buenos Aires: Editora Akadia, pp. 219-225.
- Simon, P. (1998). Oral condyloma acuminatum as an indicator of sexual abuse: dentistry s role. *Quint Int*; 29: 455-458.

- Tsang, A.; Sweet, D. (1999). Detecting Child Abuse and Neglect. *J Can Dent Assoc*; 65: 387-391.
- Von Burg, M.; Hibbard, R. (1995). Child abuse education. *J Dent Child*; 62: 57-63.
- Welbury, R. (1994). Child physical abuse. En: *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. Andreasen, Copenhagen: Munksgaard, pp. 181-191.

ANEXO

Figura 1: Hoja de ingreso UEI Hospital C. Van Buren

ATENCION DE URGENCIA INFANTIL HOSPITAL C. VAN BUREN N° 2000/05/015271

Func: salfaro Fecha Ing: 18/05/2000 Hora Ing: 21:24:33
 Fecha Egr: _____ Hora Egr: _____

FECHA ULTIMA CONSULTA: 19/12/1999 HORA: 17:17

NOMBRE: NN,N FICHA CLINICA: 0
 SEXO: M RUT: 00000000-0 F. NAC: 01/01/1988 EDAD: 12 Años 8 Meses 25 Dias
 DOMICILIO: REI MADRE: _____ PADRE: _____ FONDO: _____
 PROCEDENCIA: DOMICILIO CONS. ORIGEN: _____ PREVISION: Particular

MOTIVO CONSULTA: ENFERMEDAD, Pediatría DETALLE: _____ UBIC: _____
 LUGAR: _____ FECHA: _____ HORA: _____

SIGNOS VITALES:
 Hora: _____ P.R. _____ Resp. _____ Pulso _____ Tª Ax _____ Tª Re. _____ L.C.F. _____

TIPO ACCIDENTE: _____
 1-Tránsito 2-Movilización Colectiva 3-Labour
 4-Escolar 5-En el Hogar 6-Aguión 7-Otros

HORA AT. PROFESIONAL: _____ ALCOPOLEMIA SI () NO ()

APRECIACION CLINICA INDEBTA ALCOHOLICA: _____

DIAGNOSTICO(S) PRESUNTIVO(S): _____

PRONOSTICO: LEVE () MEDIANO () GRAVE ()

TRATAMIENTO: _____

INDICACIONES: _____

INTERCONSULTA: _____ HORA INTERC. _____

OBSERVACIONES: _____

DERIVADO A: CONTROL C/Prioridad () S/Prioridad () ()
 () Domicilio
 () Hospitalizado Ser. Clínico: _____
 () Pol. Especialidades _____
 () Consultorio Adulto _____
 () Consultorio General _____
 () Medicina Legal _____
 () Otro Hospital _____
 () Nivel Facial _____

PRESTACION URGENCIA:
 Consulta Médica
 Camilla Observación
 Flebotomía
 Curación Simple
 Nebulización
 Punción Arterial
 Punción Vena
 Punción Lumbar
 Orisectomía
 Sutura Simple
 Sutura Complicada
 Sutura Plástica Simple
 Sutura Plástica Complicada
 Curación Quemado 1x
 Curación Quemado 2x
 Curación Quemado 3x
 Vacuna
 Intubación Sonda Nasogástrica
 Intubación Traqueal
 Lavado Gástrico
 Lavado Intestinal
 Panadizo
 Taponamiento Anterior Nasal
 Sonda Vesical
 ECG Monitoreo
 Lesión Supurada de la Piel
 Intrademorección
 Extr. Cuerpo Extraño Ocular
 Extr. Cuerpo Extraño Nasal
 Extr. Cuerpo Extraño Far/Eso
 Extr. Cuerpo Extraño Udo
 Vaciamiento Manual de Fecalo
 Red. Lux. o Luxo. Art. Menor
 Red. Lux. o Luxo. Art. Media
 Red. Lux. o Luxo. Art Mayor
 Red. de Fracturas Menores

URGENCIA: SI () NO ()

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SI () NO ()



Foto 1. Múltiples lesiones en cara

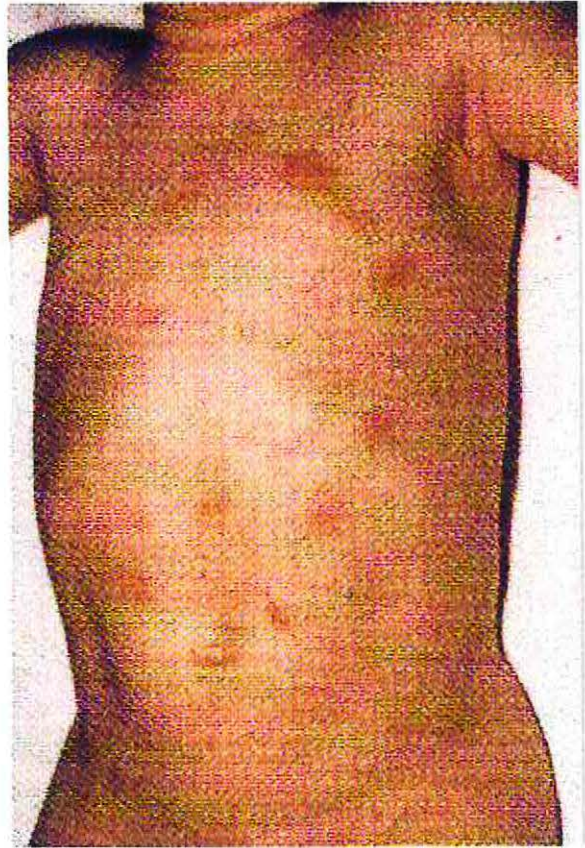


Foto 2. Múltiples contusiones corporales

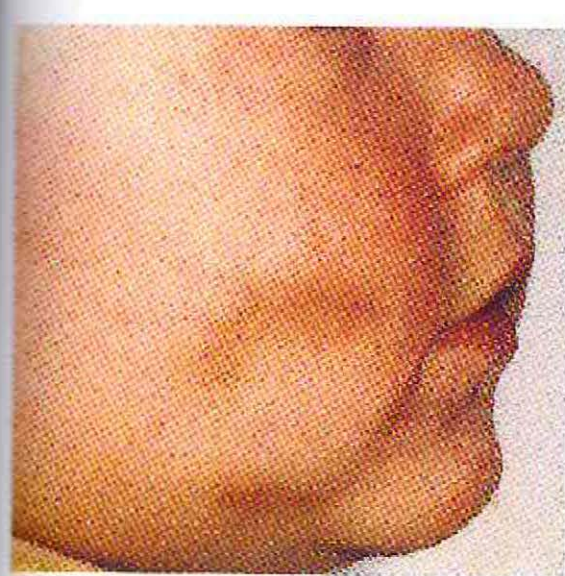


Foto 3. Mordedura humana



Foto 4. Marca de dedos en mejilla



Foto 5. Múltiples contusiones en diferentes estados de evolución

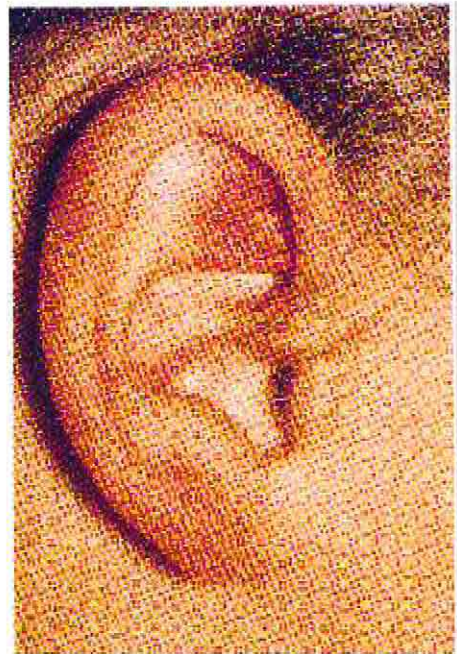


Foto 6. Lesión causada por tirón de orejas



Foto 7. Fractura etmoidal

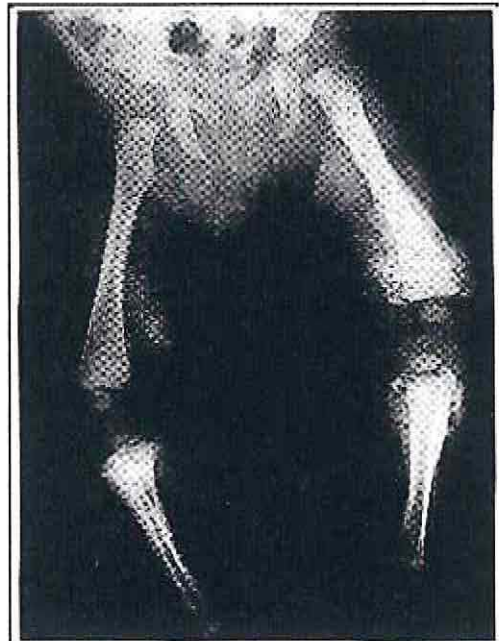


Foto 8. Fracturas consolidadas sin tratamiento



Foto 9. Herida contusa mentoniana



Foto 10. Contusión y desgarro de frenillo labial



Foto 11. Contusión vestibular



Foto 12. Múltiples contusiones y luxación de incisivos



Foto 13. Quemadura de cigarrillo.



Foto 14. Lesión impetiginosa que puede confundirse con quemadura por cigarrillo.



Foto 15. Quemadura en glúteos.



Foto 16. Alopecia traumática.