



**HALLAZGOS CLINICOS DE CABEZA Y CUELLO EN NIÑOS CON  
DIAGNOSTICO DE SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN CASOS  
REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y  
CIENCIAS FORENSES**

**MARIA TERESA CASTRO MONSALVE  
ALEJANDRA DIONISIA CUESTAS GOMEZ  
LINA PAOLA REYES RUIZ  
LUIS ANDRES SALAS ZAMBRANO  
JUAN CARLOS VARGAS ALDANA**

**ASESORES CIENTIFICOS**

**CARMEN ESTER ORJUELA  
ODONTOLOGA, COORDINADORA NACIONAL DE ODONTOLOGOS  
FORENSES**

**LUIS EDUARDO MUÑOZ PERDOMO  
MEDICO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE**

**ASESOR METODOLOGICO**

**INES AMPARO REVELO MEJIA  
ODONTOLOGA, MAGISTRA EN ADMINISTRACION DE SALUD**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES  
BOGOTA, D.C.**

**2000**

**iii**

**HALLAZGOS CLINICOS DE CABEZA Y CUELLO EN NIÑOS CON  
DIAGNOSTICO DE SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN CASOS  
REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y  
CIENCIAS FORENSES**

**MARIA TERESA CASTRO MONSALVE  
ALEJANDRA DIONISIA CUESTAS GOMEZ  
LINA PAOLA REYES RUIZ  
LUIS ANDRES SALAS ZAMBRANO  
JUAN CARLOS VARGAS ALDANA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de  
Odontólogo**

**ASESORES CIENTIFICOS**

**CARMEN ESTER ORJUELA  
ODONTOLOGA, COORDINADORA NACIONAL DE ODONTOLOGOS  
FORENSES**

**LUIS EDUARDO MUÑOZ PERDOMO  
MEDICO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE**

**ASESOR METODOLOGICO**

**INES AMPARO REVELO MEJIA  
ODONTOLOGA, MAGISTRA EN ADMINISTRACION DE SALUD**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES  
BOGOTA, D.C.**

**2000**

**iv**

**El Trabajo de Grado HALLAZGOS CLINICOS DE CABEZA Y CUELLO EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN CASOS REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES elaborado por los alumnos MARIA TERESA CASTRO MONSALVE, ALEJANDRA DIONISIA CUESTAS GOMEZ, LINA PAOLA REYES RUIZ, LUIS ANDRES SALAS ZAMBRANO y JUAN CARLOS VARGAS ALDANA, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo.**

---

**Director del Departamento de  
Investigación y Salud Pública**

**Bogotá, D.C., 2000**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Los autores expresan sus agradecimientos a:**

**Niévalo Ochoa Games, Medico Forense de la unidad local de atención al menor (ULAM)**

**Martha Janeth Mojica, Epidemióloga del departamento de investigación científica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

**José Luis Obando Martínez, Arquitecto**

**Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.**

**Unidad Local de Atención al Menor (ULAM), y a todo el personal que labora en ella.**

## LISTA ESPECIAL

Tabla 1 A	Distribución de la población según la edad
Tabla 1 B	Distribución de la población según rangos de edad
Tabla 2	Distribución de la población según género.
Tabla 3	Distribución de la población según la ocupación
Tabla 4	Distribución de la población según escolaridad.
Tabla 5	Distribución de la población según la modalidad de maltrato
Tabla 6	Epoca de ocurrencia del maltrato
Tabla 7	Lugar donde ocurrió el traumatismo
Tabla 8 A	Relación del agresor con el agredido
Tabla 8 B	Relación del agresor con el agredido (continuación)
Tabla 8 C	Relación del agresor con el agredido totalizada.
Tabla 9 A	Edad del agresor.
Tabla 9 B	Edad de los agresores según rangos de edad.
Tabla 10	Mecanismo causal de la lesión
Tabla 11	Lesión patrón
Tabla 12	Elemento causal de la lesión.
Tabla 13	Tipo de ayuda diagnóstica
Tabla 14 A	Tipo de lesión extraoral única
Tabla 14 B	Tipos de lesiones extraorales combinadas
Tabla 14 C	Tipo de lesión extraoral totalizado.
Tabla 15 A	Localización anatómica de lesión extraoral única.
Tabla 15 B	Localización anatómica de lesiones extraorales combinadas
Tabla 15 C	Localización anatómica de lesiones extraorales totalizadas.
Tabla 16 A	Tipo de lesión intraoral única
Tabla 16 B	Tipos de lesiones intraorales combinadas y otras.
Tabla 16 C	Tipo de lesiones intraorales totalizadas.
Tabla 17	Localización anatómica de lesión intraoral
Tabla 18	Tipo de lesión intraoral por negligencia
Tabla 19	Localización anatómica de la lesión peribucal
Tabla 20 A	Diente lesionado (permanentes).
Tabla 20 B	Diente lesionado (temporales).
Tabla 21	Rangos de edad para cada género.
Tabla 22	Lugar donde ocurrió el traumatismo para cada género.
Tabla 23 A	Total de lesiones extraorales para cada género.
Tabla 23 B	Total de lesiones extraorales para cada género (continuación).
Tabla 24 A	Total de lesiones intraorales para cada género.

Tabla 24 B	Total de lesiones intraorales para cada género (continuación).
Tabla 25	Localización anatómica de lesiones extra e intraorales.
Gráfica 1 A	Distribución de la población según la edad
Gráfica 1 B	Distribución de la población según rangos de edad
Gráfica 2	Distribución de la población según género.
Gráfica 3	Distribución de la población según la ocupación
Gráfica 4	Distribución de la población según escolaridad.
Gráfica 5	Distribución de la población según la modalidad de maltrato
Gráfica 6	Epoca de ocurrencia del maltrato
Gráfica 7	Lugar donde ocurrió el traumatismo
Gráfica 8 A	Relación del agresor con el agredido
Gráfica 8 B	Relación del agresor con el agredido (continuación)
Gráfica 8 C	Relación del agresor con el agredido totalizada.
Gráfica 9 A	Edad del agresor.
Gráfica 9 B	Edad de los agresores según rangos de edad.
Gráfica 10	Mecanismo causal de la lesión
Gráfica 11	Lesión patrón
Gráfica 12	Elemento causal de la lesión.
Gráfica 13	Tipo de ayuda diagnóstica
Gráfica 14 A	Tipo de lesión extraoral única
Gráfica 14 B	Tipos de lesiones extraorales combinadas
Gráfica 14 C	Tipo de lesión extraoral totalizado.
Gráfica 15 A	Localización anatómica de lesión extraoral única.
Gráfica 15 B	Localización anatómica de lesiones extraorales combinadas
Gráfica 15 C	Localización anatómica de lesiones extraorales totalizadas.
Gráfica 16 A	Tipo de lesión intraoral única
Gráfica 16 B	Tipos de lesiones intraorales combinadas y otras.
Gráfica 16 C	Tipo de lesiones intraorales totalizadas.
Gráfica 17	Localización anatómica de lesión intraoral
Gráfica 18	Tipo de lesión intraoral por negligencia
Gráfica 19	Localización anatómica de la lesión peribucal
Gráfica 20 A	Diente lesionado (permanentes).
Gráfica 20 B	Diente lesionado (temporales).
Gráfica 21	Rangos de edad para cada género.
Gráfica 22	Lugar donde ocurrió el traumatismo para cada género.
Gráfica 23 A	Total de lesiones extraorales para cada género.
Gráfica 23 B	Total de lesiones extraorales para cada género (continuación).
Gráfica 24 A	Total de lesiones intraorales para cada género.
Gráfica 24 B	Total de lesiones intraorales para cada género (continuación).
Gráfica 25	Localización anatómica de lesiones extra e intraorales.

Caso clínico 1  
Caso clínico 2  
Caso clínico 3  
Caso clínico 4  
Caso clínico 5  
Caso clínico 6  
Caso clínico 7  
Caso clínico 8  
Caso clínico 9

Anexo 1  
Anexo 2  
Anexo 3

Ficha clínica  
Consentimiento informado  
Dictámenes realizados en la ULAM entre el 6 de junio y 6 de  
septiembre de 2000

## CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN.....	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3. PROPOSITO.....	5
1.4. MARCO TEORICO.....	6
1.5. OBJETIVOS.....	41
1.5.1. General.....	41
1.5.2. Específicos.....	41
2. METODO.....	43
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	43
2.2. POBLACION DE ESTUDIO .....	43
2.3. VARIABLES.....	44
2.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	54
2.5. PROCEDIMIENTO.....	54
2.6. ANALISIS ESTADISTICO.....	56
3.RESULTADOS.....	57
4. DISCUSION.....	67
5. CONCLUSIONES.....	75
6. RECOMENDACIONES .....	79
BIBLIOGRAFIA	
MATERIAL COMPLEMENTARIO	

## INTRODUCCION

Varios autores y organismos están en la labor de, estudiar y definir; el síndrome del niño maltratado ( SDNM ); y entre muchas de estas definiciones se puede destacar aquella que lo describe como toda forma de perjuicio o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos explotación incluido el acoso o abuso sexual, las torturas, penas crueles inhumanas o degradantes de los que ha sido objeto el menor por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que tenga o no relación con este.

El maltrato infantil es un fenómeno que involucra diferentes disciplinas y ámbitos profesionales; puede ser considerado con distintos propósitos, como un problema medico que necesita ser diagnosticado y tratado (enfoque medico o psiquiátrico), como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos y perseguido (enfoque jurídico) como un problemas social que necesita ser analizado como fenómeno social (enfoque social); como un problema de protección al menor, mediante la dotación e intervención de los servicios de protección (enfoque legal); como un problema familiar que necesita entenderse en un contexto de la dinámica familiar (enfoque psicosocial); como un problema de comportamiento que necesita ser tratado terapéuticamente (enfoque sociológico); como un problema de falta de educación que necesita ser atendido a través de

capacitación a padres y comunidad en general (enfoque educativo); como un problema de la violación de derechos (enfoque ético); lo cual conlleva a la necesidad de entenderlo como un problema multifactorial que debe ser tratado de una manera integral, a través de un enfoque interdisciplinario.

Son muchas las instituciones que han hablado sobre el SDNM, cabe destacar la Organización Mundial de la Salud (OMS), por la realización de estudios multiaxiales como el protocolo para el estudio del maltrato físico e interpersonal de los niños; al igual que instituciones nacionales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Plan Nacional a Favor de la Infancia (PAFI), y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), entre otros, que velan día a día para que los derechos de los niños sean respetados;

En la Unidad Local de Atención al Menor ( ULAM ) se realizó una investigación que involucró 63 casos de pacientes diagnosticados con ( SDNM ), y que específicamente presentaron hallazgos clínicos en cabeza y cuello.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Colombia presenta altos índices de violencia, lastimosamente repercute directa e indirectamente sobre la población más desprotegida y vulnerable, los niños; ya sea en su núcleo familiar como crisis familiares, patriarcado, madres solteras, padres adolescentes, padres víctimas del maltrato en la infancia, familias donde la violencia física y verbal es aceptada como forma "normal" de vida, etc; en el colegio como formas de castigo, abusos de estudiantes mayores a menores, etc; y/o por los diferentes aspectos sociales y políticos que aquejan al país como los desplazados, el conflicto interno, pandillas juveniles, abuso de alcohol y drogas, las milicias, las comunas, satanismo, niños de la calle, niños trabajadores, niños de la guerra entre otros.

Debido a la falta de conocimiento del profesional, las lesiones presentes en los infantes son catalogadas como patologías independientes y por esto se desconoce el "Síndrome del niño maltratado" (SDNM), como una sola patología que abarca todas las formas de maltrato.

Gracias a los trabajos realizados en el Colegio Odontológico Colombiano interinstitucionalmente con el Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias

Forenses en los años 1998 y 1999 existe la necesidad de continuar con la línea de investigación trazada, revisando y ahondando aspectos tales como población, clasificación de las formas de maltrato, aspectos clínicos, cultivos microbiológicos asociados a E.T.S. en cavidad oral etc y de esta forma dar una visión más amplia sobre este grave problema.

El SDNM es un tema que no se desconoce y ha sido motivo de muchas investigaciones, sin embargo existen aún en Colombia grandes vacíos a nivel de cabeza y cuello en el campo clínico y teórico, por lo tanto es conveniente la realización de este estudio pues es preocupante su incidencia, complejidad y extensión.

## **1.2. JUSTIFICACION**

No existe un parámetro universal para categorizar una acto como maltrato; las normas sociales y culturales varían con el transcurso del tiempo según el país y aún dentro de las mismas comunidades.

En Colombia existe el SDNM, su incidencia es muy elevada y sigue aumentando de manera alarmante ya que el maltrato de menores es un problema que está escondido y se pasa por alto por importantes razones sociales y culturales, además las acciones contra este síndrome a menudo amenaza poderosos intereses políticos, religiosos y económicos, porque al mencionar este problema, su existencia se niega considerablemente ya que ésta involucra vergüenza,

indiferencia y una triste realidad, por esto es importante continuar con esta investigación logrando así aportar un granito de arena, el cual ayudará a manejar este problema.

### **1.3 PROPOSITO**

La presente investigación pretende dar a conocer específicamente cada uno de los hallazgos clínicos presentados en cabeza y cuello que hacen parte del SDNM, se busca que gracias a este documento el odontólogo, el medico o personal de salud puedan junto con la historia clínica presumir que el paciente esta siendo víctima del síndrome y con esto sugiera al acudiente del menor la elaboración de un dictamen que confirme o descarte el mismo.

Se pretende aportar un documento al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde se informe el tipo de lesiones y patologías mas representativas, su localización anatómica y evidencias clínicas que nos puedan delatar y corroborar que se esta frente a un caso de maltrato infantil.

Establecer hasta que nivel la negligencia hace parte del SDNM y hasta que punto la negligencia oral se incluye en el SDNM, cuando esta se cataloga como modalidad de maltrato.

#### 1.4. MARCO TEORICO

El término "Síndrome del Niño Maltratado" fue expuesto e introducido por Kempe en 1962, definiendo malos tratos como "una condición clínica de los niños que han sido maltratados físicamente, de forma severa generalmente por sus padres o cuidadores".

En 1963 Fontana aportó una propuesta más amplia, en el Journal of Medicine en Inglaterra, la cual incluía la deprivación emocional, la malnutrición, la negligencia y el abuso como síndrome de maltrato en los niños. (Kempe 1962)

David Gil profundiza la definición en 1970, haciendo especial hincapié en las intenciones del responsable. De acuerdo con esta definición el maltrato es "el uso intencional, no accidental de la fuerza física o actos intencionales, no accidentales de omisión, de un padre u otro cuidador... con el propósito de lastimar, dañar o destruir al niño". (David Gil 1970)

Las definiciones más amplias son aquellas que incluyen todo aquello que pueda interferir el desarrollo óptimo del niño. Así, por ejemplo, la Child Welfare League of América define el maltrato como "la negación de experiencias normales que producen sentimientos de ser amado, querido, de seguridad y de valía" y la exposición a "circunstancia desagradables y desmoralizantes". (Giovanni y Becerra, 1979)

Otras definiciones más amplias incluyen, además, formas de maltrato, como la desatención de necesidades médicas, higiénicas y educacionales, así como el permiso tácito de conductas desadaptivas. (Giovanni y Becerra, 1979)

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el maltrato infantil es un fenómeno complejo que involucra diferentes disciplinas y ámbitos profesionales, puede ser considerado, con distintos propósitos, como un problema médico que necesita ser diagnosticado y tratado (Enfoque Médico y/o Psiquiátrico); como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos y perseguido (enfoque jurídico); como un problema social que necesita ser analizado como fenómeno social (enfoque social); como un problema de protección del menor, mediante la dotación e intervención de los servicios de protección (enfoque legal); como un problema familiar, que necesita entenderse en el contexto de la dinámica familiar (enfoque psicosocial); como un problema de comportamiento, que necesita ser tratado terapéuticamente (enfoque psicológico); como un problema de falta de educación que necesita ser atendido a través de capacitación a padres y a comunidad en general (enfoque educativo); como un problema de la violación de los derechos (enfoque ético); lo cual conlleva la necesidad de entenderlo como un problema multifactorial que debe ser tratado de una manera coherente e integral, a través de un enfoque transdisciplinario. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1990)

De acuerdo con el Diario oficial, publicado en el viernes 31 de marzo de 2000, edición 43.956, define el maltrato infantil como "toda acción u omisión que interfiera negativamente en el sano desarrollo físico, mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el mismo".

Garbarino y colaboradores (1986) consideran que el maltrato es, intrínsecamente, una etiqueta social. De ésta manera, no es suficiente que un patrón de conducta sea nocivo o perjudicial, sino que debe, además, violar alguna norma de lo que se considera apropiado de acuerdo con los valores de una comunidad. Pero si se analiza estas posiciones, se debe concluir que necesariamente las definiciones surgen de lo que generalmente es acordado en una sociedad como prácticas aceptables o inaceptable de crianza y educación de los hijos.

"Los estándares de una comunidad con respecto al cuidado de los niños reflejan las actitudes públicas y diferentes puntos de vista entre distintos grupos, respecto a lo que se es esencial para un niño y lo que amenaza su bienestar y desarrollo futuro, lo cual puede ser considerado negligencia o abuso en una comunidad, o para un grupo determinado de niños, y puede no ser considerado así en otra".  
(Garbarino y colbs. 1986)

Mayhall y Norgard, en 1983, añaden a lo anterior alguno requisitos adicionales de carácter formal, que debe reunir una definición para ser clara, concisa, consistente y común:

- Que sea acordada y generalmente compartida. (Común)
- Que no sea ambigua o vaga, formulada en términos objetivos y comunes (Clara)
- Que sea breve, sin palabras o frases innecesarias. (Concisa)
- Que sea coherente, sin variaciones o contradicciones. (Consistente)
- Que sea susceptible de ser utilizada de forma fiable y consistente por investigadores y profesionales de distintas áreas. (Universal)

Cualquier daño físico o psicológico no accidental a un niño ó menor de 18 años ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño. “Los actos y las carencias que afectan gravemente el desarrollo físico, psicológico, afectivo, y moral del niño o niña, ejecutados por padres cuidadores o personas adultas alrededor de él o ella”. (Stéfano Cirilo, Niños Maltratados)

En 1998, la Federación Iberoamericana contra el maltrato infantil, define esta alteración: “Es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales y tiempos que afecten el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social”.

“Son menores de edad que enfrentan y sufren ocasional y habitualmente actos de violencia física, emocional o ambos, ejecutados por omisión o acción, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores o personas responsables de estos”. (DIF- Preman: Programa de prevención al maltrato del menor que vela por el bienestar y el desarrollo de los menores sometidos a maltrato, 1988)

“Todas las faltas de atención, cuidado y amor que puedan afectar el desarrollo físico biológico, social, mental, emocional o moral: maltrato físico, abuso y explotación sexual y las injusticias de todo orden que ejercen sobre los niños y niñas (menores de 18 años) las personas responsables de su cuidado: padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general. (Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez de Sonia Mejía, 1994)

“El maltrato infantil, considerado como cualquier daño físico o psicológico no accidental ocasionado a un menor por acción u omisión ya sea de sus padres u otras personas que interfieren en el desarrollo normal del niño. Es solo la parte emergente de un fenómeno cuyas dimensiones se desconocen, así como su incidencia real debido a la falta de un sólido cuerpo de evidencia empírica”. (Concha Carrera Manchado – 1998)

En conformidad con los antecedentes y los datos estudiados se deduce como maltrato infantil: "Toda forma de perjuicio o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el acoso y abuso sexual, las torturas, los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de los que ha sido objeto el niño/a o adolescente por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que tenga o no relación con el menor de edad". Esta definición se asocia al mal uso del poder dentro de las relaciones en las que tanto las mujeres como los niños/as son sometidos y maltratados en una sociedad todavía patriarcal. La dinámica familiar muestra una tergiversación de las relaciones de poder lo cual da como resultado: maltrato en ámbito doméstico, en las instituciones (escolares, de salud y de protección), y en la sociedad. (Plan nacional a favor de la infancia – PAFI, Bogotá 1996)

Se considera **factor de riesgo** (según el ICBF) a cualquier circunstancia, evento o persona que, a través de la práctica o la investigación se haya relacionado con la presencia del maltrato en cualquiera de sus formas y cuyo control le permite reducir la probabilidad de que aparezca. Se pueden considerar los siguientes factores de riesgo:

- Historia de los padres en la que se manifiesta la deprivación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia. Se considera que en un alto porcentaje las personas que han sido maltratadas en la infancia, tarde o temprano repiten su historia de agresión, tienden a ser como los padres y muestran dificultades en sus relaciones con otros.

- Percepción negativa del niño/a. Si los hijos/as, nietos/as, hijastros/as o alumnos/as se perciben como insoportables, feos, estorbos, malos, diferentes, diabólicos, retardados mentales, con defectos físicos, etc. Probablemente estarán en riesgo de recibir tratos inadecuados.
- Crisis familiares. Toda familia o pareja en crisis de relaciones y/o económicas, establece una relación difícil con los niños/as. Los problemas en el interior de la familia han sido considerados como posibles situaciones de riesgo para los miembros más débiles. Por esta razón son necesarios programas y proyectos que ayuden a las parejas y a las familias a resolver sus conflictos.
- Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo. Las situaciones de crisis generan incomunicación no solo con su familia cercana sino también pierden la capacidad de buscar ayuda para salir de los problemas. El aislamiento hace que los problemas familiares se acentúen y se pierdan los vínculos con las redes sociales familiares y comunitarias.
- El abuso del alcohol y la drogadicción generan situaciones de violencia. A nivel mundial y nacional, las estadísticas señalan cómo estos elementos son disparadores de violencias y producen una serie de comportamientos que pueden generar malos tratos de todo orden.

- Familias en las cuales la violencia corporal es aceptada e incuestionada como práctica cultural. La aceptación de formas de solución de los conflictos a través tanto de la violencia física como de la violencia verbal, como una forma “normal”, para el entendimiento, genera un clima de violencia que fácilmente recae sobre los niños y las mujeres.
- Enfermedades o deterioro, tanto de la salud física como mental de alguno de los padres o cuidadores.
- Padres adolescentes y en ocasiones, las madres solteras, muestran incapacidad para establecer vínculos afectivos con su hijo. El hijo representa para los adolescentes una amenaza para su proyecto de vida; les plantea una serie de dificultades tanto de orden personal como para el desarrollo profesional; por lo tanto está en permanente riesgo de ser agredido, tanto física como emocionalmente.
- Cuando los adultos no tienen capacidad para detectar las necesidades de los niños/as, de acuerdo con las etapas de desarrollo. (Sonia Mejía, Save the Children). El desconocimiento del niño, la incapacidad para aceptarlo tal como es, y las exigencias que por ello se derivan son caminos frecuentes de malos tratos, exigencias inadecuadas y negligencias. (Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil. Bogotá. 1995)

Los factores predisponentes del maltrato infantil en el hogar, según Diagnóstico de Maltrato Infantil en la Población de Niños y Adolescentes Valorada en Bogotá por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses entre julio – diciembre de 1995 y julio – diciembre del 1996, son:

- Consumo de alcohol por parte de uno o de los dos padres o cuidadores.
- Consumo de otras sustancias psicoactivas por parte de uno o de los dos padres o cuidadores.
- Familia uniparenteral.
- Desavenencias conyugales.
- Problemas de la familia reconstituida.
- Conflictos de la familia extensa.
- Estrés económico.
- Disgregación de la familia.
- Migración del campo a la ciudad.
- Indisciplina o desobediencia del menor.
- Dejar al menor al cuidado de terceros. (familiares o no)
- Menor trabajador.
- Otros.

Las causas del maltrato, según la Federación Iberoamericana Contra Maltrato Infantil – 1998, son:

- Cuando el agresor en su infancia fue agredido por sus padres o tutores.
- Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y responsabilidad de los hijos.
- Por problemas de salud en los primeros años de vida del menor.
- Por alcoholismo y/o drogadicción en los padres.
- Desempleo.
- Desintegración familiar y falta de comunicación
- Familias extensas o numerosas
- Embarazos no deseados. (Federación Iberoamericana Contra Maltrato Infantil, 1998)

Los signos de maltrato infantil según Diagnóstico de Maltrato Infantil en la Población de Niños y Adolescentes Valorada en Bogotá por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses entre julio – diciembre de 1995 y julio – diciembre del 1996, son:

- Negligencia y descuido.
- Desnutrición.
- Lesiones físicas.
- Cicatrices antiguas.
- Retardo pondoestatural y sicomotor.
- Abuso sexual.
- Mala presentación personal.

- Desaseo.
- Pediculosis.
- Mal estado dental.
- Pobre escolaridad para la edad.
- Falla en el suministro de alimentos.

Las causas del maltrato infantil según Barton D. Schmitt – C. Henry Kempe, “Para que ocurra un episodio de abuso físico se requiere no solo un determinado tipo de padres, sino también un niño y día determinados. El niño suele ser uno que efectúe excesivas demandas a sus padres; el día suele ser uno en que existe en el medio familiar una tensión evidente. Las causas más frecuentes de éstas son: la pérdida de empleo, desahucio o una enfermedad infantil que provoque un llanto inconsolable. Más del 90% de los padres han pegado a sus hijos después de un exceso de ira provocado por algún tipo de comportamiento erróneo u otra conducta que han sido incapaces de controlar a menudo tales padres sufrieron lo mismo en al infancia”. (Barton D. Schmitt – C. Henry Kempe).

A esto se añaden las circunstancias culturales y socioeconómicas que producen condiciones en la conformación familiar y que afectan negativamente las relaciones al interior de la familia y de la sociedad, tales como la pobreza, la marginalidad, la falta de servicios y de atención. Todos estos factores actúan en diferentes combinaciones para desencadenar, o no, los malos tratos o el abuso sexual. No necesariamente la presencia de uno o varios factores implica la

existencia del problema, pero pone al niño o niña en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, el protocolo para el estudio del maltrato físico interpersonal de los niños, según la Organización mundial de la salud (OMS), dice que ciertas clases de comportamientos adultos quizás no produzcan daño obvio a un niño, pero pueden poner en grave peligro la salud o la seguridad física del niño. Por ejemplo, un padre que abusa mucho de la cocaína y que está drogado durante muchas horas pone a su hijo en peligro de traumatismo o de enfermedad.

En consecuencia, el estudio de Incidencia Nacional de los Estados Unidos de 1986 adoptó una norma sobre "poner en situación de peligro" para incluir esta forma del maltrato. Sin embargo, determinar si un niño está o no en peligro es un juicio que es subjetivo y variable. Por el contrario, una norma de "daño demostrable" proporciona una definición clara y coherente de lo que constituyen casos "que pueden contarse" de maltrato de menores. Problemas similares de subjetividad ocurren en el diagnóstico de la "desatención de menores". El "descuido" puede ser intencional (privar a un niño de alimentos como castigo, por ejemplo), o no intencional (dejar a un niño sólo durante muchas horas porque ambos padres deben trabajar fuera el hogar). En las situaciones de extrema pobreza, el descuido físico, nutricional y médico suele ser más a menudo de naturaleza social que el resultado del maltrato intrafamiliar. (Organización Mundial de la Salud)

De acuerdo con Cicchetti y Rizley (Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment en 1981). Una conceptualización completa de los factores asociados con la etiología del maltrato infantil debería incluir tanto los factores de riesgo como factores de compensación o protectores. (Cicchetti y Rizley, 1981)

Si se tiene en cuenta que la conducta de los padres está determinada por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo (factores que incrementan la probabilidad de que ocurra el maltrato) y factores de compensación o protectores (factores que disminuyen) que experimentan la familia, los malos tratos tendrían lugar únicamente cuando los factores de riesgo – transitorios o crónicos – sobrepasan o anulan cualquier influencia compensatoria. Según la OMS, un aspecto muy importante de los estudios sobre el maltrato de menores es el espectro de causantes potenciales que se incluyen. Muchos estudios se centran exclusivamente en el maltrato que ocurre dentro de las familias. Esto se debe a que la dinámica de la violencia intrafamiliar, su repercusión en el niño y su manejo difieren de la violencia que es perpetrada por los individuos fuera de la familia. Por lo tanto, el proyecto multiaxial de la OMS sobre trastornos psiquiátricos de niños define el maltrato físico como “incidentes en los cuales el niño sufre traumatismos ocasionados por un grado que tiene significado desde el punto de vista médico o que incluye formas de violencia que son anormales en su forma para la subcultura.

Un "adulto en el hogar" puede interpretarse para incluir a padres naturales o adoptivos del niño, padrastros y madrastras, padres adoptivos u otros guardianes legales independientemente de su edad; los sustitutos de padres como los abuelos u otros parientes, independientemente de su edad, quienes tienen responsabilidad temporal del bienestar del niño debido a enfermedad de los padres, encarcelamiento, u otra separación; los adultos (18 años de edad o más) que vivan regularmente con el niño o visitaban el hogar de éste (como los hermanos adultos, los abuelos, el amigo de uno de los padres), etc. Todo adulto en el hogar que fuese responsable de la atención del niño (como una niñera adulta o un padre divorciado /separado que no estuviese viviendo en el hogar del niño); y por los cuidadores de cualquier edad dentro o fuera el hogar (como los empleadores, niñeras, los profesores y los trabajadores de asistencia diurna); y por otros adultos (soldados, la policía) que agreden intencionalmente un niño.

Otra dificultad surge en cuanto a la edad del causante. Obviamente, las lesiones infringidas por los hermanos o los compañeros durante una discusión no cumplen los requisitos del maltrato de menores. En consecuencia, algunos estudios han fijado un límite de edad arbitrario para el causante, que es de 18 años o más. Desde luego, esto excluye los casos donde el padre o el cuidador del niño tiene menos de 18 años de edad, una situación no poco común en muchas comunidades.

## **Los niveles de maltrato conforme la OMS son:**

### **Internacional:**

- Guerra y preparativos para la guerra.
- Prácticas comerciales
- Destrucción ambiental
- Pruebas con armas nucleares
- Deuda mundial y políticas internacionales de ayuda

### **Social:**

- Violencia aceptada por gobierno, separación familiar, confinamiento y detención
- Apartheid.
- Prioridades de presupuesto nacional (por ejemplo, gastos militares frente a gastos sociales).
- Obligación de que los niños cumplan el servicio militar
- Trabajo de los niños:
  - Sector no organizado
  - Familiar
- Explotación sexual: pornografía, prostitución, turismo de sexo.
- Guerra civil / conflictos internos.
- Secuestro y/o tráfico de niños para la venta
- Prácticas culturales:
  - Clitoridotomía / infibulación.

Disciplina física / castigo / corporal

Zarandear a lactantes

Matrimonios por contrato

Infanticidio

**Institucional:**

- Hospicios, tutelas
- Establecimientos para internar a niños con enfermedades mentales, discapacidad física o retraso en el desarrollo.
- Guarderías infantiles.
- Escuelas: castigo corporal.
- Hospitales
- Prisiones: encarcelamiento de los niños junto con adultos.
- Centros de detención para niños delincuentes o "inmanejables",

**Maltrato interpersonal y negligencia:**

- Intrafamiliar
- Extrafamiliar

La clasificación del maltrato infantil obedece a la creación de registros sobre los casos detectados y atendidos, lo cual constituye el estudio epidemiológico del fenómeno. Estos registros son muy nuevos tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, donde apenas se configuran en la década de los setenta. En Colombia

se definen los criterios para registro de una manera específica a partir del estudio de la Defensoría del Pueblo (1994 – 95) de la siguiente forma:

**Físico:** Toda forma de agresión infligida al menor por sus padres, responsables o adultos, producida por el uso de la fuerza física no accidental. Sus consecuencias pueden ser transitorias o permanentes, incluyendo la muerte.

El protocolo para el estudio del maltrato físico interpersonal de los niños define el maltrato físico como el uso intencional, no accidental de la fuerza física – por parte de un padre u otro cuidador que interactúa con un niño que está bajo su cuidado – con la finalidad de causar dolor, herir o a destruir a un niño.

Esto incluye:

- El uso no accidental de un arma, cuerpo o sustancia extraños.
- Abofetear, azotar, dar puñetazos o morder.
- Otro tipo de ataque físico – por ejemplo, empujar, quemar, sumergir, dejar caer, sacudir o arrojar a un niño.

El traumatismo puede ocurrir como resultado del castigo físico llevado al extremo o del maltrato con mala intención. El daño demostrable es físico, no emocional o conductual.

Un problema importante en cualquier estudio del maltrato es la dificultad para distinguir los traumatismos intencionales de los no intencionales. Algunos factores importantes para confirmar – o al menos plantear la posibilidad del maltrato son:

- Traumatismos o patrones de traumatismos que no son congruentes con la explicación ofrecida:
  - Hematoma subdural y hemorragia de la retina (con o sin fractura del cráneo).
  - Marcas de la presión ejercida para causar asfixia.
  - Traumatismos en circunferencia alrededor de las muñecas o tobillos.
  
- Antecedentes de maltrato documentados en la historia clínica.
  
- Aquellos traumatismos cuya apariencia misma apunta hacia el maltrato: las marcas de mordeduras, las contusiones o los desgarros que tienen la forma de las hebillas de los cinturones o de cuerdas con lazadas, el eritema que muestra la marca de un golpe con la mano abierta, las quemaduras por inmersión en agua muy caliente, etc.

El maltrato físico puede ocurrir, bien sea como consecuencia de llevar el castigo físico a los excesos, como resultado de la pérdida del autocontrol o del maltrato malintencionado y deliberado.

El causante reconoce haber participado en el castigo.

- Informes de testigos del maltrato: el niño, los hermanos, ciertas enfermedades pueden diagnosticarse equivocadamente como maltrato, cuando en realidad no lo son. Por ejemplo, pueden observarse equimosis múltiples en trastornos hemorrágicos o en ciertas enfermedades (por ejemplo, en el caso de la púrpura de Henoch – Schonlein). Las fracturas múltiples pueden ser el resultado de osteogénesis imperfecta. Estas últimas enfermedades son muy poco comunes.

Su gravedad y época de ocurrencia se gradúa de acuerdo con lo establecido por Medicina Legal: leve, moderado o grave y antigua, reciente o recurrente. En otras clasificaciones también se ha encontrado la modalidad de mortal sumada a las ya descritas. Según la OMS debe distinguirse entre la gravedad del traumatismo y la gravedad del maltrato. La gravedad de un traumatismo depende del tipo de lesión (quemadura, desgarramiento, fractura, etc.) la parte del cuerpo afectada (cabeza, tronco, extremidades, los genitales, etc.) la magnitud del traumatismo (grado de la quemadura, fractura simple o doble), y la amenaza para la vida y el bienestar físico que plantea el traumatismo.

Sólo los traumatismos de grado moderado o grave estuvieron incluidos en el estudio. Al excluir los traumatismos leves – dolor y/o signos físicos que duran menos de 48 horas como el eritema menor consecuencia de un azote pueden evitarse en su mayor parte las controversias que surgen al tratar de determinar si las formas limitadas de castigos corporales que se aplican en el hogar constituyen maltrato así mismo se concluyó que la poca incidencia de reporte de estos casos aunque siendo un dato importante pensando en el bienestar del menor no serían

muy relevantes para el estudio sobre todo por lo oculto que pueden llegar a quedar estos casos por vergüenza o evitar mayores problemas intrafamiliarmente por algo que pueden considerar como una acción sin importancia, o simplemente en las altas clases sociales por evitar algún tipo de rumor.

Con respecto al grado de daño de tipo mortal también fue excluido de este estudio ya que no es competencia directa de la ULAM sino del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses la atención de estos casos.

La gravedad del maltrato que un niño sufre se determina no sólo por la gravedad de los traumatismos específicos, sino también por la edad del niño, las formas del maltrato, si los castigos son crónicos y la relación del causante con el niño.

En la ULAM, se han tomado como base para diferenciar y delimitar entre castigo y maltrato a menores, La Normatividad Americana que dice que sólo se permite reprender a los menores en las manos y glúteos, sin objetos y sin que la lesión exceda al eritema. Por consiguiente toda lesión que no cumpla estas características se comporta como maltrato.

**Psicológico o emocional:** es aquel que se genera por carencia, exceso, alteración o combinación de las anteriores, en las relaciones que inicialmente se dan en los niños a través de los padres o cuidadores y se van extendiendo a lo

largo de la vida, produciendo alteraciones en su desarrollo psicoafectivo, motor, del lenguaje, de socialización y de adaptación.

Estas alteraciones se pueden presentar por la ausencia de los padres, por la sobreprotección o por la incapacidad del adulto para relacionarse con el niño, al no tomar en cuenta su ritmo de desarrollo individual. Se clasifican en leves, aquéllas que son reparables en un corto tiempo de tratamiento, moderadas, que requieren una intervención terapéutica prolongada al niño y su familia y graves, aquellas que no tienen retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida.

Algunos indicios son: angustia, miedos injustificados, sumisión, agresividad y negativismo, falta de confianza básica, etc.

Es la forma de maltrato mas frecuente y recurrente pero también la más difícil de comprobar ya que no deja huellas visibles.

La American Academy of Child and Adolescen Psychatry en 1998 dijo que los niños que han sido abusados pueden exhibir:

- Una pobre autoimagen.
- Reactivación del acto sexual.
- Incapacidad para depender de, confiar en o amar a otros.
- Conducta agresiva.

- Problemas de disciplina.
- Coraje y rabia,
- Comportamiento autodestructivo o autoabusivo, pensamientos suicidas.
- Pasividad o comportamiento retraído.
- Miedo en establecer relaciones o actividades nuevas.
- Problemas o fracaso escolar.
- Tristeza o depresión.
- Pesadillas.
- Abuso de drogas o alcohol.

A menudo esto no se refleja hasta la adolescencia, aún mas tarde, cuando muchos de ellos se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Sin el tratamiento adecuado el daño puede perdurar de por vida, el identificar y el tratar a tiempo son importantes para minimizar las consecuencias del abuso a largo plazo. (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998).

Los efectos psicológicos en el maltrato infantil según la Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil 1998, son:

- Fuera de lesiones, cicatrices, de diferentes épocas que han tornado al niño temeroso y suspicaz, encontramos dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas y estables.

- Los sentimientos de estima personal no se desarrollan adecuadamente.
- Los niños pueden responder con un comportamiento pasivo de aceptación, se observa tristeza y sumisión o también un comportamiento rebelde y agresivo en cual suele dirigirse a otros niños.
- A nivel intelectual suelen presentar un retardo de su desarrollo y dificultades en aprendizaje como resultado de una pobre estimulación o desinterés por parte de los padres y por el temor del niño a ser maltratado.

**Negligencia o descuido:** entendido como la privación de las necesidades básicas cuando se pueden brindar (alimentación, educación, salud, afecto, cuidado, entre otros) para garantizar al niño(a) un desarrollo biopsicosocial normal (art. 44 Constitución Nacional. Derechos fundamentales del niño). Su gravedad esta dada por las posibilidades, o no, de recuperación. Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad, o permanente, por ejemplo el abandono de un niño o niña con alguna discapacidad.

**Maltrato social:** (no acceso a la educación, salud, vivienda, etc). Situación en la que esta el niño/a o adolescente en relación con la no satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencia de la falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza, ya sean los progenitores o quienes hagan sus veces. Este se

refleja la mayoría de las veces en oferta insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integralidad en los mismos.

Resulta importante identificar este tipo de maltrato por cuanto los sujetos que no tienen sus necesidades básicas satisfechas pueden en ocasiones ser incapaces de desarrollar afecto y elementos para la crianza material del niño, entorpeciendo la capacidad para formar valores éticos y culturales.

Las modalidades más conocidas del maltrato social son: el abandono físico, el deterioro del niño, el niño de y en la calle, el niño infractor, el vinculado a la guerra o a actos terroristas, el trabajador.

Todas aquellas circunstancias que puedan ser superadas por la comunidad son mayores riesgos, serán clasificadas como leves las que necesitan de gran esfuerzo de la comunidad serán moderadas y las que a pesar de los esfuerzos comunitarios no se resuelven sino con la ayuda del Estado, se clasificarán como graves.

**Abuso sexual:** Contactos o interacciones entre un niño y uno o varios adultos, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona, mediante engaño o fuerza física. (National for Child Abuse and Neglect)

También se define como acto de tipo sexual (con o sin contacto) realizado a la fuerza, mediante engaños sobornos, por una persona mayor (con una diferencia de al menos 5 años respecto a la víctima) y un niño o niña.

Se consideran las siguientes modalidades:

Acceso carnal (con penetración), actos sexuales como tocamientos, exhibicionismo, manipulación, corrupción, inducción o constreñimiento a la prostitución, acoso. Siempre es grave dadas las complicaciones tanto físicas como psicológicas para la víctima y su familia.

**Maltrato al niño en gestación:** se consideran en esta situación, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazadas poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. La falta de atención prenatal o el suministro de drogas perjudiciales hacen parte de esta categoría, al igual que la violencia conyugal que, en ocasiones, hace daño tanto a la madre como al niño.

**Síndrome del bebé zarandeado:** Se define como las lesiones cerebrales que se producen por sacudir o zarandear severamente al bebé, generalmente menor de dos años, sin que se evidencia lesión física externa y en la cual se presenta hematoma subdural o hemorragia interhemisférica. El mecanismo por el que se produce se describe como producto de la aceleración – desaceleración que sufre

el cerebro dentro del cráneo. En el bebé esto puede ocurrir muy fácilmente por ser su cabeza mas pesada y los músculos del cuello tener una debilidad que no alcanza a defender suficientemente la cabeza. Los niños que lloran mucho o con llanto “chillón” son de alto riesgo, porque producen en el adulto desesperación por no poder controlar la situación.

**Síndrome de Munchausen by proxy:** Padres que enferman deliberadamente a sus hijos para lucrarse de ello o por otras distintas razones. La existencia de alteraciones, crisis convulsivas, depresiones del sistema nerviosa central (SNC), diarreas inespecíficas, vómitos y fiebres sin explicación razonables hacen pensar que pueden ser los padres o cuidadores quienes han actuado para enfermar deliberadamente al niño.

**Niños, niñas y adolescentes trabajadores:** “Esta categoría se define por su participación en la fuerza laboral; reciben ocupación remunerada en la producción de bienes y servicios y también aquellas personas que en su condición de ayudantes familiares trabajan sin remuneración en la empresa del respectivo/a jefe de familia o pariente”. (Dane, 1991)

Las actividades de los niños, las niñas y los adolescentes trabajadores muchas veces caen en la ilegalidad, la informalidad o el trabajo no remunerado en sus hogares.

Según el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (Bogotá, 1995): “Generalmente, los oficios del hogar no son típicamente incluidos en la definición, a pesar de que es ejercido por muchos menores, y especialmente por parte de las niñas que a menudo tienen que reemplazar a sus madres”. Estas estrategias de sobrevivencia y de utilización del tiempo tienden a afectar negativamente las posibilidades escolares del niño y del adolescente. En algunos sectores como el rural y el minero se cometen muchas injusticias y los efectos del trabajo, son devastadores para el desarrollo.

Los tipos de maltrato y negligencia interpersonal, acorde a la OMS, son:

**Maltrato físico:**

- Actos violentos: por ejemplo, golpiza, sacudida, quemaduras.
- Homicidio de niños.
- Reflejar el síndrome de Munchausen en los niños.

**Negligencia o abandono:**

- Desamparo
- Imposibilidad psicosocial para crecer
- Falta de atención a la salud.
- Desatención de riesgos evitables.
- Desatención de la higiene personal del niño, lo que conduce a enfermedad o infestación.

- No se satisfacen sus necesidades: alimentos, ropa o albergue.
- Supervisión inadecuada.
- Permitir o aceptar comportamientos de inadaptación (delincuencia, abuso de sustancias, prostitución).

### **Maltrato sexual:**

- Contacto:

Con penetración.

Estimulación solo por caricias a los genitales.

- Sin contacto:

Exhibicionismo

Pornografía

Exposición deliberada de los niños a material o actividad sexual de los adultos.

### **Negligencia en la educación:**

- Dejar de matricular al niño en la escuela.
- Incapacidad de hacer frente al ausentismo escolar crónico.
- Desatención a las necesidades educativas especiales.

### **Maltrato emocional o negligencia:**

- Ataques verbales: menospreciar al niño, convertirlo en chivo expiatorio, humillarlo.
- Ausencia psicológica del padre.
- Inversión crónica de los roles.

- Disciplina excesiva no física.
- Amenaza verbal de otras formas de maltrato.
- Encierro: atar o poner bajo llave en una habitación.
- Negativa o retraso en la prestación psicológica.

Los tipos de maltrato infantil según la Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil en 1998, son:

- Maltrato físico.
- Maltrato psicoemocional.
- Abuso sexual.

Los tipos de maltrato infantil según Barton D. Schmitt – C. Henry Kempe, son:

- Abuso físico.
- Abuso sexual.
- Abuso emocional
- Negligencia en la alimentación
- Negligencia de cuidado medico.

Los tipos de maltrato infantil según Concha Carrera Manchado – 1998, son:

- Maltrato físico.
- Abuso sexual.
- Maltrato emocional.
- Negligencia física o emocional.
- Negligencia en el cuidado físico o psicoafectivo.
- Maltrato prenatal.
- Maltrato institucional.

La Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE 10), en 1991, dice que la modalidad de maltrato es:

- Abuso sexual.
- Abuso físico.
- Abuso psicológico.
- Negligencia o abandono.
- Síndrome no especificado.
- Otros síndromes (formas mixtas).

#### **Elemento causal de la lesión:**

Estos conceptos que serán adjuntados en este estudio en las variables fueron tomados del estudio " Diagnóstico de maltrato infantil en población de niños y adultos realizado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses por la doctora María Luisa Bernal y colaboradores.

**Contundente:** Aplicase al acto o instrumento que por su masa, forma o impulso que lleva produce daño en alguna parte del cuerpo por golpe que no causa herida exterior.

**Cortante:** Aplicase al instrumento que divide o separa alguna cosa, especialmente con filo capaz de cortar, o que abre una hendidura con una superficie afilada

**Punzante:** Aplicase al instrumento agudo que se clava, que punza o hiere de punta.

**Cortopunzante:** Aplicase al instrumento que a la vez que divide o separa alguna cosa también la hiere de punta.

**Corto contundente:** Aplicase al instrumento que a la vez que divide o separa alguna cosa también produce contusión.

**Proyector de arma de fuego:** Elemento expulsado violentamente de una arma de fuego, que al contacto con un cuerpo causa lesiones de diferente magnitud.

**Químico:** Forma de agresión infligida a una persona producida por el uso de sustancias químicas.

**Físico:** Forma de agresión infligida a una persona por el uso de la fuerza física no accidental.

Otra clasificación según César Augusto Giraldo, de las armas o instrumento causante de la lesión:

- De tipo cortante: Barberas, cuchillas de afeitar, vidrios, etc.
- De tipo punzante: Puñaletas, clavos, destornilladores.
- Cortopunzantes: Cuando tiene el borde agudo que sirve para penetrar y un filo cortante. Es la más común de las armas y tienen una combinación de las anteriores; son conocidas como "armas blancas".
- Armas contusas: Estos instrumentos tienen bordes romos y causan daño al golpear el cuerpo, o al ser golpeado el organismo con una superficie dura (garrote, barilla, puño, piedra, bastón, vehículos).
- Cortocontundente: Instrumento que tiene filo cortante y romo (machete, hacha, rulas, cascos de botella).
- Arma de fuego: De cañón corto (revólveres y pistolas); de cañón largo (fusiles y carabinas); de largo alcance y gran velocidad (metralletas); de carga múltiple (escopetas de fisto).

- Agentes químicos: Ácidos fuertes o álcalis que dejen quemaduras, u otro tipo de sustancias tóxicas.
- Medios físicos: Calor, frío, electricidad.
- Por onda explosiva: Explosión atómica, dinamita, granada, pólvora, detonantes.
- Por radiación: Agentes radioactivos.

En Colombia se manejan las siguientes competencias institucionales para la atención del maltrato infantil y el abuso sexual, ya que estos, y en general la violencia intrafamiliar, son unos fenómenos complejos que afectan varias dimensiones de la vida social, familiar y personal, de ahí su atención requiera de la intervención de diferentes entidades y profesionales, por ello para tratar este tema de las competencias institucionales es conveniente agrupar en las diversas entidades con base en su misión y funciones, teniendo en cuenta además que cada caso en particular requiere de un tratamiento diferente así:

- **Entidades de protección:**

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Comisarías de familia.

- Jueces de familia y promiscuos.
- Secretaría de bienestar social (en gobernaciones y alcaldías).

- **Entidades de investigación penal:**

- Fiscalía General de la Nación.
- Policía Nacional.
- Departamento Administrativo de Seguridad (DAS).
- Inspecciones de policía.
- Jueces de menores, jueces penales de circuito.

- **Entidades de control:**

- Procuraduría General de la Nación.
- Defensoría del Pueblo.
- Personería municipal.

- **Entidades de apoyo:**

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Entidades de salud: EPS, Secretaría de Salud, Hospitales, CAMIS.

La anterior agrupación es válida en la medida en que permite a los servidores públicos y a la comunidad en general, en cada caso en particular, visualizar los diferentes servicios que presta cada entidad y verificar qué tipo de atención requiere la víctima para acceder de manera inmediata y efectiva a los servicios que brinda el Estado.

En cuanto a las entidades de apoyo, la Resolución número 000132 de 29 de abril de 1999, por la cual se asignan funciones a los Grupos, Subgrupos y Unidades Locales de la Dirección Regional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Según el Director General en ejercicio de sus facultades legales, en especial con las conferidas en el Decreto Extraordinario 2699 de 1991, artículo 167 numerales 1, 3 y 4, resuelve en el Artículo Primero, las siguientes funciones:

- **Subgrupo Unidad Local de Atención al Menor (ULAM)**

Realizar dictámenes médico-legales en el área de Clínica Forense en personas vivas en maltrato infantil, dictamen sexológico y violencia intrafamiliar; elaborar procedimientos estandarizados de trabajo para las actividades del área; realizar los análisis de interconsulta solicitados por otras dependencias del INMLCF; asegurar a las autoridades en el área Clínica Forense; cumplir con los procedimientos de Cadena de Custodia sobre documentos y muestras objeto de investigación judicial; establecer mecanismo de comunicación permanente con la

autoridades para diseñar procedimientos de trabajo interinstitucional; contribuir al mejoramiento de la calidad científica de los dictámenes del área.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. GENERAL**

Determinar los hallazgos clínicos en cabeza y cuello en niños con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado en casos reportados en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

### **1.5.2. ESPECIFICOS**

- Determinar los aspectos sociodemográficos de los niños afectados.
- Establecer los datos sobre el agresor.
- Establecer la modalidad, época y lugar de ocurrencia del maltrato.
- Determinar la localización anatómica, el tipo de lesión de extraoral , intraoral, peribucal y dental.
- Determinar el mecanismo y el elemento causal de la lesión y reconocer las determinadas lesiones patrón que las produzcan.

- Determinar el tipo de lesión ocasionado cuando la modalidad de maltrato es negligencia.

## **2 METODO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo

### **2.2 POBLACION DE ESTUDIO:**

63 niños que durante el 6 de junio y el 6 de septiembre de 2000 llegaron a la (ULAM) para la realización de dictámenes de medicina forense y que se encontraron bajo los siguientes criterios de inclusión:

Rango de edad entre los 0 y 17 años.

Aceptación voluntaria a participar en el estudio (anexo 2).

Que presenten lesiones en cabeza y cuello y que el perito forense determine que hacen parte de padecimiento del SDNM en el paciente.

## **2.3 VARIABLES:**

### **2.3.1. ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS DEL MENOR:**

#### **2.3.1.1 EDAD:**

- Menores de 1 año
- De 1 a 4 años
- De 5 a 14 años
- De 15 a 17 años

#### **2.3.1.2.GÉNERO:**

- Masculino
- Femenino

#### **2.3.1.3.OCUPACIÓN:**

- Estudiante
- Menor Trabajador
- Ninguno

#### **2.3.1.4 NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO:**

- Preescolar
- Primaria
- Bachillerato
- Ninguno

#### **2.3.2 .MODALIDAD DE MALTRATO:**

- Abuso Sexual
- Abuso Físico
- Abuso Psicológico
- Negligencia o Abandono
- Síndrome no especificado
- Otros síndromes (Formas Mixtas)

#### **2.3.3 DATOS SOBRE EL AGRESOR:**

##### **2.3.3.1 RELACION DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO:**

- Madre (biológica)
- Padre (biológico)
- Padrastro

- Madrastra
- Cónyuge
- Abuela
- Abuelo
- Madre adoptiva
- Padre adoptivo
- Pareja de la madre
- Pareja del padre
- Hermano
- Otro pariente
- Empleado domestico
- Agente público
- Maestro
- Empleador del niño
- Cuidador del niño
- Compañero/amigo
- Otro

#### **2.3.3.2 EDAD DEL AGRESOR:**

- Cual ?

#### **2.3.4. EPOCA DE OCURRENCIA DEL MALTRATO:**

- Primera vez
- Repetida

#### **2.3.5. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO:**

- Residencia
- Lugar de trabajo
- Escuela
- Vía pública
- Hogar del pariente
- Hogar del cuidador
- Desconocido
- Otros

#### **2.3.6. MECANISMO CAUSAL DE LA LESIÓN:**

- Contundente
- Cortante
- Cortopunzante
- Cortocontundente
- Arma de fuego

- Químico
- Físico
- Punzante
- No definido

### **2.3.7. LESIÓN PATRÓN:**

- Cuales?

### **2.3.8. ELEMENTO CAUSAL DE LA LESIÓN:**

- Cuales?

### **2.3.9. TIPO DE AYUDA DIAGNÓSTICA:**

- Radiografía
- Exámenes de laboratorio
- Diagnósticos

### **2.3.10. TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL:**

- Escoración
- Quemadura

- Mordedura
- Laceración
- Eritema
- Edema
- Herida
- ETS
- Fractura - Dislocación
- Hemorragia de retina
- Contusión
- Equímosis
- Hematoma
- Otros traumatismos internos
- Otros

### **2.3.11. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN EXTRAORAL:**

#### **CRANEO:**

- Contenido cerebral

- Huesos:

- Hueso temporal
- Hueso parietal
- Hueso esfenoides

- Hueso etmoides
- Hueso frontal
- Hueso occipital

## **CARA:**

### **- Huesos**

- Hueso cigomático
- Hueso unguis
- Huesos cornetes
- Huesos palatinos
- Huesos nasales
- Hueso vómer
- Huesos maxilar superior
- Hueso maxilar inferior

- Nariz

- Ojos

- Oreja/s

- Cuello

- ATM

- Cuero cabelludo

### **2.3.12. TIPO DE LESIÓN INTRAORAL:**

- Escoriación
- Quemadura
- Línea alba
- Laceración
- Eritema
- Edema
- Herida
- ETS
- Fractura - Dislocación
- Caries
- Contusión
- Equímosis
- Hematoma
- Fascetas de desgaste
- Otras

### **2.3.13. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN INTRAORAL:**

- Mucosa vestibular inferior
- Mucosa vestibular superior
- Mucosa labial superior

- Mucosa labial inferior
- Carrillo derecho
- Carrillo izquierdo
- Lengua
- Paladar duro
- Paladar blando
- Encía superior
- Encía inferior
- Frenillo labial superior
- Frenillo labial inferior
- Frenillo lingual
- Frenillos lateral superior
- Frenillo lateral inferior
- Mucosa lingual
- Piso de boca
- Porción corona
- Porción radicular
- Diente completo

#### **2.3.14. MODALIDAD DE MALTRATO POR NEGLIGENCIA:**

- Caries Extensas
- Restos radiculares

- Enfermedad periodontal
- Zonas de infección
- Tratamientos deficientes
- Higiene oral deficiente
- Enfermedad pulpar
- Otras

**2.3.15. LUGAR DE LESIÓN PERIBUCAL:**

- Labio superior
- Labio inferior
- Comisura

**2.3.16. LUGAR DE LA LESIÓN DENTAL:**

**- PERMANENTES:**

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28  
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

**- TEMPORALES:**

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

## **2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para el proceso de recolección de datos se diseñó una matriz de variables, la cual fue adecuada en un instrumento llamado "Ficha Clínica" (anexo No 1)

## **2.5 PROCEDIMIENTO:**

La investigación se realizó por estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, desde el mes de enero de 1.999 hasta septiembre de 2.000, periodo en el cual se realizaron actividades que correspondieron a:

Elaboración de protocolo, correcciones y aprobación del mismo por cada una de las instituciones pertinentes a la realización del estudio.

Calibración en la ULAM por parte de los asesores científicos, durante un periodo de dos semanas para ultimar detalles sobre el proceso de toma de fotografías y el diligenciamiento de la ficha clínica para que así existiera unificación de criterios, teniendo en cuenta que los datos tomados estuvieron siempre sujetos al dictamen médico.

El procedimiento de recolección de datos se realizó entre el 6 de junio y el 6 de septiembre de 2.000, proceso realizado en la ULAM con la colaboración del médico de turno y en turnos que cumplieron los investigadores de lunes a viernes de 8 de

la mañana a 7 de la noche quienes se distribuyeron por parejas en las fechas mencionadas.

Durante este tiempo llegaron a la ULAM 1.457 pacientes de los cuales a 785 se les realizó dictamen de lesiones personales, los cuales fueron en su gran mayoría la base para seleccionar a 63 menores de edad con hallazgos clínicos en cabeza y cuello, los cuales diagnosticados con síndrome del niño maltratado por peritos forenses se incluyeron como la población de estudio.

Se diligenció el instrumento de recolección de datos el cual, solo fue ejecutado previo consentimiento del padre o acudiente del menor, quien firmo el permiso para que el menor participe en el estudio. " Consentimiento Informado " (anexo No 2).

Los investigadores firmaron un compromiso con el (INMLCF) de mantener la información recolectada en el estudio, al igual que las fotografías, en absoluta reserva, ocultando los ojos y la nariz de los menores que mostraban su rostro en las diapositivas, y utilizando este material solamente con fines de docencia e investigación.

A cada uno de los menores participantes en el estudio se les hizo una donación de un cepillo de dientes e instrucción de higiene oral por parte de los alumnos que se encontraban en turno en los días en que se realizaba el estudio.

## **2.6 ANALISIS ESTADISTICO:**

El análisis de los datos se hizo con medidas de tendencia central tipo promedios y porcentajes para algunas variables, los cuales fueron graficados en histogramas y pasteles utilizando el programa Excel. El cruce de variables se realizo de forma directa.

### 3.RESULTADOS

- La edad de la población evaluada osciló entre 0 y 17 años, con un promedio de 8 años, siendo el rango más afectado el de 5 a 14 años con un número de 35 casos, en segundo lugar el de 1 a 4 años con 16, en tercer lugar se encontró el de 15 a 17 años con un número de 11 y por último el de menores de 1 años con 1 caso. (Tabla 1A, 1B y gráfica 1A , 1B)
- El género más agredido entre el total de los casos fue el masculino con un número de 38 afectados, que corresponde a un porcentaje de 60.31%, seguido por el femenino con un número de 25 afectadas y un porcentaje de 39.68%. (Tabla 2 y gráfica 2)
- La ocupación que más se presentó correspondió al estudio con un total de 41 casos, que equivalen al 65.07% de la población analizada, en segundo lugar se encontró los que no tienen ocupación con un total de 20 casos que representan el 31.74% y en último lugar el menor trabajador con 2 casos que equivalió al 3.17%. (Tabla 3 y gráfica 3).

- Dentro de la población analizada, la mayoría de menores no estudian, con un número de 22 casos para un porcentaje de 34.92%; en segundo lugar primaria con 21 y un 33.33%; en tercer lugar bachillerato con 15 y un 23.80%, seguido por preescolar con 5 para un 7.93%. (Tabla 4 y gráfica 4).
- En la distribución de la población según la modalidad de maltrato, 51 casos fueron abuso físico; 6 negligencia o abandono, al igual que formas mixtas con el mismo número; abuso sexual, psicológico y síndrome no especificado no se reportaron. (Tabla 5 y gráfica 5)
- La época de ocurrencia del maltrato, se presentó en primer lugar como repetida con un número de 38 para un porcentaje de 60.32% y en un segundo lugar primera vez con 25 y un 39.68%. (Tabla 6A, 6B y gráfica 6A y 6B)
- El lugar donde ocurrió el traumatismo lo ocupa en primer lugar la residencia del menor con un número de 46 casos, en segundo lugar la vía pública con un número de 8, en tercer lugar desconocido con un número de 3, seguidos por el hogar del pariente y otros con un número de 2 cada uno, estos otros fueron: tienda y hogar de ICBF (Villa Javier) y con 1 caso se encontró: hogar del cuidador y escuela; y en el lugar de trabajo hubo ausencia de casos. (Tabla 7A, 7B y gráfica 7A y 7B).

- La relación del agresor con el agredido que más se observó fue el padre y la madre biológicos, cada uno con 21 casos; en segundo lugar se encontró desconocido con 7; en el tercero otros con 6 casos discriminándolos así: animales 2, vecina 2 y compañero de trabajo del padre y hermanastra con 1 cada uno; seguido por otro pariente con un número de 4 y compañero o amigo con 3 cada uno, le sigue el padrastro con un número de 2 y por último abuela, abuelo, agente público, cuidador del niño cada uno con 1. En el estudio no se encontraron casos donde el menor hubiese sido agredido por madrastra, cónyuge, madre adoptiva, padre adoptivo, pareja de la madre, pareja del padre, hermano, empleado doméstico, maestro y empleador del niño. (Tabla 8A , 8B y gráfica 8A, 8B).
- La edad de los agresores se comportó dentro de los 63 casos así: en primer lugar edad desconocida con 28; el segundo 15 con un rango entre 25-34 años; en tercer lugar los de 35-44 años con un número de 9; seguidos los de 45-59 con 4; en igual número de 2 se presentaron los rangos entre 15–17, 18-24 y los mayores de 59; el rango entre 5-14 se presentó con 1 caso; finalmente, se encontraron 2 casos de agresores no humanos los cuales fueron un perro y un rata, por lo cual la edad de estos es no aplicable. (Tabla 9A, 9B y gráfica 9A, 9B).

- El mecanismo causal más utilizado por el agresor, dentro de los 63 casos, fue el contundente con 35, en segundo lugar contundente y cortocontundente con un número de 10, ocupando el tercer lugar los cortocontundentes con 8, seguido por 6 con mecanismo no definido, 2 por mecanismo físico; finalmente el mecanismo cortante, y el mecanismo contundente y cortante en forma combina con 1 cada uno de ellos. No se presentaron mecanismo cortopunzante, químico, arma de fuego y punzante. (Tabla 10 y gráfica 10).
- De los 63 casos, 57 no presentaron lesión patrón, y cada uno de los siguientes patrones presentaron 1 caso: correa, diente de roedor, arañazos, mano, mordedura humana y mordedura de perro. (Tabla 11 y gráfica 11).
- En la población estudiada, no se presentó elemento causal de lesión en 26 casos, el puño y las manos cada una con 10, seguido de las uñas con 9, se presentó la correa con 5 y el palo con 4; zapato, piedra y hebilla de correa cada uno con 2 casos y cable de plancha, cuchara caliente, puerta, tabla, diente de roedor, lavamanos, diente humano, diente de perro, líquidos calientes y chapa de la puerta cada uno con 1 caso. En esta variable el número de casos aumenta ya que varios patrones de lesión se presentaron combinados. (Tabla 12 y gráfica 12).

- De los 63 casos reportados, en sólo 1 se utilizó ayuda diagnóstica para la elaboración del dictamen, siendo esta una tomografía axial computarizada, por presencia de fractura lineal de temporal y trauma en contenido cerebral, los demás no necesitaron ayuda diagnóstica. (Tabla 13 ).
- El tipo de lesión extraoral más significativo entre los 63 casos fue la escoria con 28 casos, en segundo lugar la equimosis con 22, en tercer lugar el edema con 14, en cuarto lugar el eritema con 9, en quinto lugar cicatriz y herida con 5 cada uno, seguido por hematomas con 4 casos al igual que sin lesiones, con 4; mordedura con 3 y por último con 1 caso en: laceración, fractura y desnutrición. No se encontraron casos con ETS, hemorragia de retina y otros. El número de casos se aumentó en esta variable ya que varias lesiones se presentaron combinadas. (Tabla 14A, 14B y 14C y gráfica 13A, 13B y 13C)
- La localización anatómica de la lesión extraoral que más se presentó en la población fue la cara con un número de 38 casos, aclarando que las estructuras anatómicas, nariz, ojos y labios fueron estudiadas como opciones separadas de la cara, esto indica que las lesiones presentadas en la piel de la cara son diferentes a las excluidas anteriormente, y se anotan como presentadas en cara; en segundo lugar en cuello se encontró 10 casos, en tercer lugar en cuero cabelludo y nariz se reportaron 8, en cuarto lugar con un número de 7 los ojos, luego las de cráneo con 4 y finalmente con 1 para cada

uno las lesiones en orejas, en contenido cerebral y el hueso frontal respectivamente para cada uno. Debido a que hay lesiones que se presentaron combinadas en varias zonas extraorales se tomaron de manera individual sumándose al ítem único correspondiente. (Tabla 15A, 15B y 15C y gráfica 14A, 14B y 14C).

- De los 63 casos, 44 no presentaron lesión intraoral; la totalidad de lesiones intraorales presentadas correspondieron a un número de 23; debido a su importancia se tomó éste dato como el 100%. De estos casos 6 presentaron caries para un 26.08% ; en segundo lugar se encontró el edema y la equimosis con un número de 4 casos y un porcentaje del 17.39% para cada uno de ellos, en tercer lugar se presentó la escoriación y otras lesiones con un número de 3 casos, y un porcentaje de 13.04% para cada uno de ellas, el grupo de otras lesiones se discrimina así: 1 avulsión , 1 hipometría y 1 secuencia de erupción alterada, en cuarto lugar se presentó fractura, laceración, y quemadura con un caso y un porcentaje del 4.34% para cada una de ellas. No se presentó contusión, eritema, ETS, hematoma, herida, línea alba y Fascetas de desgaste. (Tabla 16A, 16B y 16C y gráfica 15A, 15B y 15C)
- La localización anatómica de la lesión intraoral que más se presentó fue en la mucosa labial superior con 5 casos, continuado por mucosa labial inferior con 2, seguido por la porción coronal, diente completo y la combinación de mucosa labial superior e inferior, con 1 caso cada uno. No se hallaron lesiones intraorales en las 53 opciones restantes. (Tabla 17 y gráfica 16)

- Respecto a la modalidad de maltrato por negligencia, 39 casos no la reportaron mientras que 24 sí; considerando su importancia, así mismo se tomó a los 24 casos, como el 100% de los producidos por negligencia, en primer lugar 8 casos presentaron higiene oral deficiente, para un 33.33%; en segundo lugar se presentaron caries extensas con un número de 7 para un 29.16%; en tercer lugar restos radiculares con 5 casos para un 20.83%; seguidos de tratamientos deficientes con 2 casos, para un 8.33% y finalmente zonas de infección y secuencia de erupción alterada con 1 caso cada una, que corresponden al 4.16% respectivamente . (Tabla 18 y gráfica 17)
- Entre los 63 casos, 57 no presentaron lesión en la región peribucal, 3 la tenían en labio superior, 2 en labios superior e inferior simultáneos y 1 en labio superior, inferior y comisura labial simultáneamente; en el labio inferior y en la comisura labial independientemente, no se presentó ningún caso. (Tabla 19 y gráfica 18)
- El diente mas lesionado en la dentición permanente fue el incisivo central superior derecho con un numero de 3, le siguen con un numero de 2 el incisivo lateral superior derecho e izquierdo, el incisivo central superior izquierdo y el primer molar inferior izquierdo y derecho, en tercer lugar se reporto al primer molar superior derecho, en los 25 dientes restantes no se presentaron lesiones. (Tabla 20A y gráfica 19A).

- El diente mas lesionado en la dentición temporal fue tanto el primero y segundo molar inferior derecho e izquierdo con un numero de 4, en segundo lugar con un numero de 3 se encuentra cada uno de los siguientes: incisivo central superior derecho, incisivo lateral superior derecho e izquierdo y el primer molar superior derecho, en tercer lugar se encontró al segundo molar superior izquierdo y al incisivo central superior izquierdo con un numero de 2, finalmente el primer molar superior derecho se reportó con un caso, en los 9 dientes restantes no se presentó ningún tipo de lesión ( tabla 20B y gráfica 19B)
- Los rangos de edad para cada género que mas se afectaron fueron en primer lugar el de 5 a 14 años con un numero de 23 para el masculino y de 12 al femenino, en segundo lugar el de 1 a 4 años para el masculino con un numero de 12 y el 15 a 17 años para el femenino con un numero de 6, en tercer lugar el de 15 a 17 años para el masculino con un numero de 5 y de 1 a 4 años para el femenino con un numero de 4, finalmente se encuentra el de menores de un año donde no se reportaron casos para el masculino y se dio 1 para el femenino. (tabla 21 y gráfica 20).
- El lugar donde mas se presento el traumatismo para cada género fue la residencia con un numero de 30 para el masculino y de 16 para el femenino, en segundo lugar la vía publica con un numero de 5 para el masculino y 3 al femenino, el tercer lugar del masculino lo ocupa la escuela, desconocidos, y otros lugares con un numero de uno respectivamente, y al femenino el hogar

del pariente y los desconocidos con un numero de 2 respectivamente, seguidos de estos, para el masculino en el hogar del pariente y del cuidador no se presento ningún caso, y al femenino en el hogar del cuidador y en otros lugares con un numero de uno, finalmente no se presento ningún caso en la escuela para el género femenino.(tabla 22 y gráfica 21).

- Las lesiones extraorales que mas se presentaron para cada género son: en primer lugar para el masculino la escoriación con un numero de 16 y la misma patología para el femenino con un numero de 12, en segundo lugar para el masculino la equimosis con un numero de 13 y al femenino el eritema y el edema con un numero de 4 para cada uno de ellos, en tercer lugar del masculino lo ocupa el edema con un numero de 8 y en el femenino la equimosis y la cicatriz con un numero de 3 para cada uno de ellos, la sigue al masculino la herida con un numero de 7 y al femenino el hematoma con un numero de 2, le sigue al masculino el eritema con un numero de 6 y al femenino la mordedura y la desnutrición con un numero de 1 para cada uno de ellos, le sigue al masculino la cicatriz con un numero de 3 y al femenino la quemadura, laceración, herida, traumatismos internos, y fractura con ninguna lesión reportada, le sigue al masculino la quemadura, mordedura, laceración, hematoma, traumatismos internos y fractura con un numero de 1, finalmente en el género masculino no se reportaron casos de desnutrición. ( tabla 23A 23B y gráfica 22A y 22B ):

- Las lesiones intraorales que mas se presentaron para cada género fueron en primer lugar para el masculino la equimosis con un numero de 6 y la caries para el femenino con un numero de 2, en segundo lugar para el masculino la escoriaación, edema y caries con un numero de 4 para cada una de ellas y la fractura y la secuencia de erupción alterada con un numero de uno respectivamente para el femenino, en tercer lugar para el masculino la quemadura, avulsion, laceración e hipometría con un numero de uno para cada uno de ellos y en el femenino donde el edema, equimosis, quemadura, escoriaación, avulsion, laceración e hipometría no se presentaron, finalmente en el género masculino no se encontró fractura, ni secuencia de erupción alterada. ( tabla24A 24B y gráfica 23A y 23B ).
- La localización anatómica de las lesiones extra e intraorales que mas se presento fue en cara y mucosa labial superior con un numero de 4, seguidos de cara y porción coronal, cara y mucosa labial inferior, cara y mucosa labial superior e inferior, cara y diente completo, cara y cráneo y mucosa labial superior con un numero de 1 para cada uno de ellos. ( tabla 25 y gráfica 24).

#### 4. DISCUSION

- Es muy importante que se conozca que en los tres meses de recolección de datos del estudio, los investigadores tuvieron acceso a 1457 dictámenes, discriminados así: 5 de embriaguez que correspondieron a un 0.34%, 284 de edad para un 19.49%, 383 sexológicos para un 26.29% y 785 que correspondieron a Lesiones personales, con un 53.88% convirtiéndose estos últimos en la base principal del estudio, ya que de aquí fueron extractados los 63 pertenecientes a lesiones clínicas en cabeza y cuello, y con diagnóstico de SDNM que aunque correspondieron solamente al 8% del total de dictámenes realizados a lesiones personales se consideran de vital importancia en la información que ellos proporcionaron y aunque su porcentaje no los hacen relevantes en cantidad, la esencia del estudio no es dejar datos en un acopio estadístico, sino tenerlos en cuenta como ejemplos disidentes de esta patología (SDNM) para crear "país".
- Es necesario concientizar al odontólogo como profesional de la salud, responsable de cabeza y cuello, para que como perito de esta zona anatómica se comprometa a velar por la salud de los menores para proporcionarles un mejor mañana. Teniendo en cuenta la totalidad de casos examinados durante el tiempo del estudio; un alto porcentaje fue ubicado dentro de lesiones

personales y de éstos sólo una pequeña parte manifestó hallazgos clínicos en cabeza y cuello, con diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado.

- La federación Iberoamericana contra el maltrato infantil, dice que “el maltrato infantil es una enfermedad social que afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado del menor comprometiendo su educación y desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización”, esto da como objetivo principal que el maltrato ocasiona en el menor un conflicto emocional que no lo deja progresar a nivel social y escolar.
- La Defensoría del Pueblo define maltrato físico como toda forma de agresión infligida al menor por sus padres, acudientes, etc. producida por el uso de la fuerza física no accidental con la finalidad de causar dolor, herir o destruir al niño. Lo cual en realidad fue la confirmación de los casos estudiados, pues los menores demostraron con los hallazgos clínicos la severidad del trato por parte de los padres o agresores.
- Garbarino considera el maltrato como la violación de alguna norma establecida en la sociedad; pero, la pregunta es ¿la sociedad sabe hasta donde se incumple?, o aún mejor ¿conoce la norma?. Es por eso que el (ICBF) propone un enfoque educativo a nivel nacional, donde se prevenga este fenómeno.

- En el estudio se tomó el maltrato físico y psicológico como modalidades de maltrato diferentes, el ICBF también lo clasifica como dos puntos independientes, la cuestión es que el hecho de causar maltrato físico también está afectando en forma directa o indirecta la parte psicológica; estos menores, aunque aparentemente sólo presentaban lesiones físicas, mostraban en sus actitudes apatía, pasividad y expresiones de tristeza, los resultados de la privación de afecto y la necesidad del mismo, son palpables.
- En la Constitución Nacional (Art. 44) se define como gravedad en la recuperación de un menor, las lesiones causadas por negligencia; evidenciándose en el estudio muchos casos que podían comprometer la salud de los menores tanto en la parte asistencial como en la prevención. A través del SISBEN y por medio de las Administradoras de régimen subsidiado (ARS) en el país se protege a las personas de muy bajos recursos, lo cual no debería enmascarar la negligencia de los padres. En la Constitución Nacional y en los Derechos Fundamentales del Niño, se entendió negligencia o descuido, como la privación de las necesidades básicas cuando se pueden brindar (alimentación, educación, salud, cuidado). Pero en Colombia no se tiene en cuenta esto, ya que existen las ARS y los padres no asisten a estos servicios.
- En las situaciones de extrema pobreza que menciona la OMS podemos destacar que la falta de cultura en las familias en cuanto a planificación

familiar, puede influir en que esta situación siga su marcha convirtiendo así a sus hijos siempre en víctimas.

- La Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil en 1998 habla sobre el maltrato social, e incluye en sus modalidades al menor trabajador. ¿Pero será que con la actual situación económica y social del país muchos menores se ven obligados a trabajar para aportar económicamente en sus “casas”? ¿Qué muchas veces esta “familia” es integrada por una madre soltera, menor de edad y sus dos hijos?. En este punto se debe considerar hasta donde el maltrato infantil y el problema social están comprometidos y entran a ser uno solo.
- El ICBF dice que la percepción negativa por parte de los padres o acudientes hacia el niño aumenta el riesgo de recibir malos tratos; tal fue el caso de un menor con retardo mental, víctima de constante y drástico abuso físico y psicológico. Esto podría hacer de él, un agresor en potencia, continuando así el ciclo y haciendo de esta una conducta repetitiva.
- El lugar donde ocurrió el traumatismo fue una variable estudiada mostrando que este tipo de violencia no solo se presenta en el hogar o residencia del menor, sino que las vías públicas, sitios desconocidos y otros hogares sirvieron de escenario para el desarrollo del conflicto que demuestra no sólo los problemas intrafamiliares sino también la problemática social que vive el país y

que impregna a la comunidad en general; lo cual concuerda con el planteamiento del Plan Nacional a favor de la Infancia ( PAFI) que muestra la tergiversación de las relaciones de poder en la dinámica familiar lo cual da como resultado maltrato doméstico, institucional y social.

- Los investigadores están en desacuerdo con Kempe y el Diario Oficial, ya que estos en las definiciones de maltrato infantil dicen que el agresor puede ser únicamente un adulto cuidador o padres del menor; ya que en el estudio realizado se observó que hay agresores diferentes a los mencionados anteriormente. Stefano en su definición anexa y generaliza a cualquier adulto como otro agresor, pero no menciona el agresor, que en el estudio se vio, como los menores de edad, Con respecto a Giovanni y Becerra cuando habla sobre formas de maltrato, como son las necesidades médicas, higiénicas y educacionales se esta de acuerdo, ya que en el estudio se evidenció la carencia de las mismas. Según el ICBF el maltrato infantil lo estudian y lo consideran como un problema médico que necesita ser diagnosticado y tratado. De acuerdo con Fontana al aportar una propuesta amplia e importante, la cual incluía la deprivación emocional, la malnutrición, la negligencia y el abuso, resaltando la negligencia, ya que en el estudio se observaron casos correspondientes a este tipo de maltrato, al igual que la malnutrición como parte de esta.
- En Colombia específicamente en la ULAM, se encontró diversidad de nexos del agresor con la víctima o menor agredido, ya que en los casos

diagnosticados como SDNM se observo situaciones en las que sujetos sin ningún vínculo familiar (vecinos, agente público, empleador, compañero, etc.) eran los maltratantes; es importante resaltar que en mayor medida estos agresores formaban parte del núcleo familiar (madre, padre, tía, hermano, etc.). Lo cual puede confirmar o coincidir en la definición que Sonia Mejía argumentó que "son aquellos abusos, explotaciones o maltratos que ejercen sobre los niños (as) las personas responsables de su cuidado: padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general ." El Plan Nacional a favor de la infancia (PAFI Bogotá) complementa la anterior discusión ya que incluye a representantes legales o cualquier otra persona que tenga o no relación con el menor de edad.

- La persona causante del maltrato reconoce haber participado en el castigo según la Defensoría del Pueblo, lo cual no coincide con este estudio pues en mayor medida las denuncias realizadas fueron elaboradas por personas ajenas al conflicto, pocas situaciones involucraban el hecho de que el niño fuera acompañado por el agresor y que él se culpaba del acto.
- Se coincide con el ICBF en que las edades más propensas a agredir son las edades pertenecientes a adultos jóvenes, aunque los más atacados son los adolescentes. En los casos estudiados no se presentó esto, pero hay coherencia al argumentar que es cierto que en el estudio la mayoría fue conformada por los de menor edad en el grupo de los agresores.

- La doctora María Luisa Bernal, directora de investigación científica del INMLCF en su estudio en el estudio realizado en esa institución en el año 1.995 a 1.996 conceptualizó los elementos causales de la lesión ( que para este estudio se llaman mecanismos causales ) en un grupo de ocho de los cuales coincidieron en este estudio seis de ellos, y a su vez la doctora propone varios signos de maltrato, que en su totalidad fueron evidenciados en esta investigación.
- En este estudio se pudo comprobar que lo expuesto por la Defensoría del Pueblo en los años 1994 y 1995 sobre el problema para distinguir los traumatismos intencionales de los no intencionales es cierto, por que en algunos casos las huellas, como marcas de mordeduras, desgarros, contusiones, marcas de hebillas de cinturones o cuerdas lanzadas y eritemas que muestran la marca de un golpe con la mano o las quemaduras intencionales producto de malos cuidados, correspondían a maltrato infantil. En otros el menor llegaba con hematomas, equímosis, eritemas o escoriaciones derivadas de cualquier golpe, así haya sido por maltrato, es muy difícil determinar si el menor ha sido maltratado o se ha golpeado accidentalmente.
- Conociendo las normas americanas, que son las manejadas en la ULAM para establecer el límite entre castigo y maltrato, se vio que en Colombia la magnitud del supuesto castigo es severa, supera las mismas y pasa a clasificarse como maltrato infantil, que junto con todas las demás condiciones intra y extra familiares conforman el SDNM.

- Finalmente es necesario referir los estudios realizados anteriormente en esta línea de investigación, ya que fueron base para ahondar en el diagnóstico de esta patología (SDNM), y aunque sabiendo que cabeza y cuello, (en el cual se incluye el sistema estomatognático) es un campo en el cual las manifestaciones clínicas del maltrato son escasas, se evidenció que su presencia es una alerta para el odontólogo con el fin de colaborar en la disminución de esta patología.

## 5 CONCLUSIONES

- El rango más afectado de edad de la población fue de 5 a 14 años.
- El género más afectado fue el masculino.
- La ocupación de los menores que más se presentó fue el estudio.
- Respecto al nivel de escolaridad la mayoría de menores se encontraban cursando la primaria.
- La modalidad de maltrato que más se presentó fue el abuso físico.
- La ocurrencia del maltrato que más se presentó fue de manera repetitiva.
- La residencia del menor es el lugar más frecuente donde ocurrió el traumatismo.
- El padre y la madre biológicos son los agresores que más se presentaron.

- El estudio reportó que en la mayoría de los casos se desconocía la edad específica de los agresores. Pero el rango de los 25 -34 años fue dentro de los reportados el que más se presentó.
- El mecanismo causal más utilizado por el agresor fue el contundente.
- De la población estudiada la mayoría no reportó lesión patrón. Pero se evidenciaron claramente, huellas de mordedura humanas y animales y lesiones con uñas y correas.
- El elemento causal de la lesión que más se presentó correspondió al puño y la mano.
- El tipo de lesión extraoral que más se presentó fue la escoriaación.
- La localización anatómica de la lesión extraoral que más se presentó en la población fue la cara.
- De la población estudiada la mayoría no presentó ningún tipo de lesión intraoral, pero la caries fue reportada como la mayor lesión de los pocos casos reportados.

- La localización anatómica de la lesión intraoral que más se presentó fue la mucosa labial superior.
- El tipo de maltrato por negligencia no fue reportado en la mayoría de los casos, pero la higiene oral deficiente fue la que más se presentó en los casos donde la negligencia fue la etiología del SDNM.
- El labio superior fue la región anatómica peribucal más afectada.
- El diente más lesionado de la dentición permanente fue el incisivo central superior derecho y en la temporal fueron los cuatro molares inferiores.
- Según el género el rango de edad que más se afectó fue el de 5 a 14 años tanto para el masculino como para el femenino.
- El lugar donde más ocurrió el traumatismo fue la residencia tanto para el género masculino como para el femenino.
- La lesión extraoral que más se presentó fue la escoriación tanto para el género masculino como para el femenino.
- Las lesiones intraorales que más se presentaron fueron la equimosis para el masculino y la caries para el femenino.

- La localización anatómica de lesiones extra e intraorales que más se presento fue en cara y en mucosa labial superior.

## **6. RECOMENDACIONES**

Los autores recomiendan:

Realizar un estudio sobre la incidencia de la mortalidad ocasionada por el síndrome del niño maltratado.

Realizar un estudio que correlacione el consumo de sustancias psicoactivas con el síndrome del niño maltratado..

## BIBLIOGRAFIA

ALCALDIA DE MANIZALES, Secretaría de Salud y Seguridad Social. Maltrato Infantil. Manizales. 1997.

BERNAL, María. Diagnóstico de Maltrato Infantil en la Población de Niños y Adolescentes Valorada en Bogotá por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses entre julio – diciembre de 1995 y julio – diciembre del 1996.

CONSEJERIA PRESIDENCIAL PARA LA POLITICA SOCIAL, El maltrato infantil y la cultura. Bogotá 1998

DEFENSORIA DEL PUEBLO. La clasificación del maltrato infantil según la Defensoría del Pueblo (1994-95) en Colombia. [www.Colombia.com/deporte](http://www.Colombia.com/deporte) 7 Vol. 161 inactividad 3. Htm. 10 de julio de 1999.

GIRALDO G. César. Medicina Forense. Estudio Biológico de ciencias forenses para uso de médicos juristas y estudiantes. Editorial Jurídica, 7 edición, 4 reimpresión.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, FUNDACION FES. Investigación sobre maltrato infantil en Colombia. Tomo I 1985-1986

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Medicina Legal en Cifras. Santafé de Bogotá. 1998-1999.

LEYT, SAMUEL. Temas de odontología pediátrica. Buenos aires. Ediciones odonto, 1980

McDONALD, E Ralph. Odontología pediátrica y del adolescente. Buenos aires. Editorial medica panamericana, 1990

MEJIA C., Sonia. Investigación Sobre el Maltrato Infantil en Colombia. 1ª Edición. Santafé de Bogotá. 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Documento Marco para el Desarrollo de Acciones contra el Maltrato infantil. Santafé de Bogotá. 1996.

OMS, Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. 1991

OMS, OPS Protocolo para el estudio de l maltrato físico interpersonal de los niños 1990

RODRIGUEZ L. Alexander, TORRES, D. Ana Milena. Hallazgos clínicos del sistema estomatognático en el síndrome del niño maltratado reportados en la Unidad de Atención al Menor (ULAM). Tesis. Santafé de Bogotá, 1998.

STHEPEN, Ludwig. El Niño Maltratado. 2ª Edición. Madrid. 1994.

VAUGHAN, Víctor C. Tratado de Pediatría. 7ª Edición. México. Ediciones Salvat Mexicana. Tomo I, 1980.

# **MATERIAL COMPLEMENTARIO**

**TABLA 1 A**

# **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>
0	1	6	6	12	2
1	3	7	6	13	8
2	6	8	3	14	2
3	4	9	2	15	3
4	3	10	2	16	5
5	1	11	3	17	3



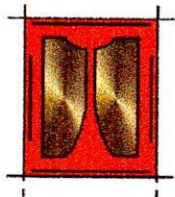
**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**



**TABLA 1 B**

# **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RANGOS DE EDAD**

MENORES DE 1 AÑO	1
DE 1 A 4 AÑOS	16
DE 5 A 14 AÑOS	35
DE 15 A 17 AÑOS	11
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>



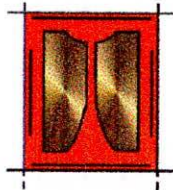
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 2**

# **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO**

MAS CULINO	38
FEMENINO	25
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>



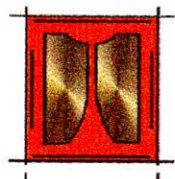
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 3**

# **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN**

MENOR TRABAJADOR	2
ESTUDIA	41
NINGUNO	20
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>



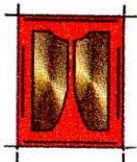
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 4**

# **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD**

PRE-ESCOLAR	5
PRIMARIA	21
BACHILLERATO	15
NO ESTUDIA *	22
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>



\* Por edad escolar no apta o enfermedad mental.

**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**



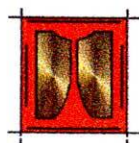
## TABLA 5

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MODALIDAD DE MALTRATO

ABUSO SEXUAL	0	FORMAS MIXTAS	6
ABUSO FÍSICO	51		
ABUSO PSICOLÓGICO	0	Físico, Psicológico y Negligencia	3
NEGLIGENCIA	6	Físico y Psicológico	2
NO ESPECIFICADO *	0	Sexual y Negligencia	1
<b>TOTAL 63</b>			

\* Modalidad diferente a la antes contempladas..

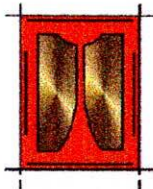
**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**



**TABLA 6**

# **ÉPOCA DE OCURRENCIA DEL MALTRATO**

<b>PRIMERA VEZ</b>	<b>25</b>
<b>REPETIDA</b>	<b>38</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>



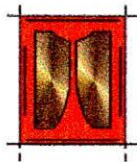
**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**



## TABLA 7

# LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO

RESIDENCIA	46	HOGAR DEL CUIDADOR	1
LUGAR DE TRABAJO	0	DESCONOCIDO	3
ESCUELA	1	OTRO	2
VÍA PÚBLICA	8	Tienda	1
HOGAR DEL PARIENTE	2	Hogar del ICBF (Villa Javier)	1
<b>TOTAL 63</b>			



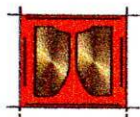
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 8 A**

# RELACIÓN DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO

MADRE BIOLÓGICA	17	MADRE ADOPTIVA	0
PADRE BIOLÓGICO	17	PADRE ADOPTIVO	0
PADRASTRO	2	PAREJA DE LA MADRE	0
MADRASTRA	0	PAREJA DEL PADRE	0
CONYUGE	0	HERMANO	0
ABUELA	1	COMP AÑERO / AMIGO	3
ABUELO	1	AGENTE PÚBLICO	1



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 8 B**  
**RELACIÓN DEL AGRESOR**  
**CON EL AGREDIDO**

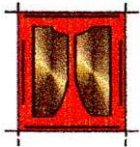
**CONT...**

EMPLEADO DOMÉSTICO	0	CUIDADOR DEL NIÑO	1
EMPLEADOR DEL NIÑO	0	DESCONOCIDO	7
PADRE Y MADRE BIOLÓGICOS	4	OTROS	6
MAESTRO	0	Hermanastra	1
OTRO PARIENTE	3	Compañero trabajo del padre	1
Primos	1	Vecina	2
Tía	1	Perro	1
Tía carnal y tío político	1	Rata	1

**TABLA 8 C**

# **RELACIÓN DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO TOTALIZADO**

MADRE BIOLÓGICA	21	AGENTE PÚBLICO	1
PADRE BIOLÓGICO	21	OTRO PARIENTE	4
PADRASTRO	2	CUIDADOR DEL NIÑO	1
ABUELA	1	DESCONOCIDO	7
ABUELO	1	OTROS	6
COMPAÑERO/AMIGO		3	
<b>TOTAL DE AGRESORES</b>		<b>65</b>	



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## TABLA 9 A

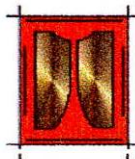
# EDAD DEL AGRESOR

EDAD	AGRESORES	EDAD	AGRESORES	EDAD	AGRESORES
17	1	32	3	46	1
20	1	33	3	48	1
24	1	34	1	50	1
25	2	35	3	55	1
27	1	36	1	60	2
30	4	37	2	17 Y 11	1
31	1	40	1	43 Y 39	1
DESCONOCIDA		28	NO APLICABLE		2

## TABLA 9 B

# EDAD DE LOS AGRESORES SEGÚN RANGOS DE EDAD

DE 5 A 14 AÑOS	1	DE 35 A 44 AÑOS	9
DE 15 A 17 AÑOS	2	DE 45 A 59 AÑOS	4
DE 18 A 24 AÑOS	2	MAYORES DE 59	2
DE 25 A 34 AÑOS	15	EDAD DESCONOCIDA	28
NO APLICABLE 2 *			
TOTAL 65			



\* El total no corresponde al número de la población estudiada, ya que en dos casos hubo 2 agresores.

Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 10**

# MECANISMO CAUSAL DE LA LESIÓN

CONTUNDENTE	35	FÍSICO	2
CORTANTE	1	PUNZANTE	0
CORTOPUNZANTE	0	NO DEFINIDO	6
CORTOCONTUNDENTE	8	COMBINADAS	11
ARMA DE FUEGO	0	Contundente y Cortocontundente	10
QUÍMICO	0	Contundente y Cortante	1
<b>TOTAL 63</b>			



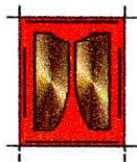
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# TABLA 11

## LESIÓN PATRÓN

NO PRESENTAN	57	HUELLAS DE MORDEDURA	3
CORREA	1	Mordedura de roedor	1
ARAÑAZOS	1	Mordedura de perro	1
MANO	1	Mordedura Humana	1
TOTAL 63			



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.

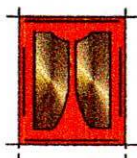


## TABLA 12

# ELEMENTO CAUSAL DE LA LESIÓN

LÍQUIDOS CALIENTES	1	MANOS	10	CORREA	5
CUCHARA CALIENTE	1	PALO	4	LAVAMANOS	1
DIENTE DE PERRO	1	PATADA	2	ZAPATO	2
DIENTE DE ROEDOR	1	PIEDRA	2	TABLA	1
DIENTE HUMANO	1	PUERTA	1	UÑAS	9
HEBILLA DE CORREA	2	PUÑO	10	CABLE PLANCHA	1
CHAPA DE PUERTA 1					
TOTAL 54					

\* Los nueve casos faltantes al total de la población, corresponden a modalidad por negligencia, donde no se especifica elemento causal.



**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**

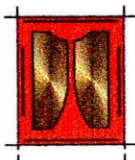


## TABLA 13

# TIPO DE AYUDA DIAGNÓSTICA

	RADIOGRAFICA	1
Dx	Fractura Lineal de Frontal	
	LABORATORIO	0
Dx	Ninguno	

En los casos restantes no fue requerida ayuda diagnóstica.



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 14 A**

# TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL ÚNICA

CICATRIZ	3	HEMATOMA	0
CONTUSION	0	HEMORRAGIA DE RETINA	0
EDEMA	3	HERIDA	3
EQUÍMOSIS	8	LACERACIÓN	0
ERITEMA	3	MORDEDURA	1
ESCOREACIÓN	11	QUEMADURA	1
ETS	0	OTROS TRAUMATISMOS INT.	1
FRACTURA	0	NO SE PRESENTO	4
<b>TOTAL DE LESIONES ÚNICAS 35</b>			



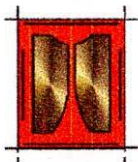
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## TABLA 14 B

# TIPOS DE LESIONES EXTRAORALES COMBINADAS

CICATRIZ Y ERITEMA	1	ESCOREACIÓN, EQUÍMOSIS, EDEMA Y CICATRIZ	1
DESNUTRICIÓN	1	ESCOREACIÓN, EQUIMOSIS, EDEMA Y LACERACIÓN	1
EDEMA Y EQUÍMOSIS	1	ESCOREACIÓN, ERITEMA, EDEMA Y HERIDA	1
EDEMA Y ERITEMA	1	ESCOREACIÓN, ERITEMA Y EQUÍMOSIS	2
EDEMA Y ESCOREACIÓN	4	ESCOREACIÓN Y EQUÍMOSIS	7
ERITEMA Y EQUÍMOSIS	1	HEMATOMA Y ESCOREACIÓN	1
FRACTURA Y HEMATOMA	1	HEMATOMA, EDEMA Y EQUÍMOSIS	1
HERIDA Y EDEMA	1	MORDEDURA Y HEMATOMA	1
<b>TOTAL DE LESIONES COMBINADAS 26</b>			



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 14 C**

**TIPO DE LESIÓN  
EXTRAORAL TOTALIZADO**

CICATRIZ	5	HEMATOMA	4
CONTUSIÓN	0	HEMORRAGIA DE RETINA	0
EDEMA	14	HERIDA	5
EQUÍMOSIS	22	LACERACIÓN	1
ERITEMA	9	MORDEDURA	3
ESCOREACIÓN	28	QUEMADURA	1
ETS	0	OTROS TRAUMATISMOS INT.	1
FRACTURA	1	NO SE PRESENTO	0
<b>TOTAL DE LESIONES</b>		<b>89</b>	

**TABLA 15 A**

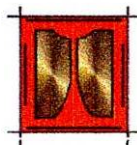
# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESION EXTRAORAL ÚNICA

CRÁNEO	1	CIGOMÁTICO	0
CONTENIDO CEREBRAL	0	CORNETES	0
ESFENOIDES	0	UNGUIS	0
ETMOIDES	0	VÓMER	0
FRONTAL	0	NASALES	0
OCCIPITAL	0	PALATINOS	0
PARIETAL	0	NARIZ	2
TEMPORAL	0	OJOS	3
CARA	25	OREJAS	1
MAXILAR SUP	0	ATM	0
MAXILAR INF	0	CUERO CABELLUDO	6
CUELLO	2	NO PRESENTAN	7
<b>TOTAL 40</b>			

## TABLA 15 B

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIONES EXTRAORALES COMBINADAS

CARA Y CRÁNEO	1	CARA, CUELLO, OJO Y NARIZ	1
CARA Y CUELLO	6	NARIZ Y CARA	1
CARA Y CUERO CABELLUDO	1	CRÁNEO, OJO, NARIZ Y CUERO CABELLUDO	1
CARA Y NARIZ	2	OJOS, NARIZ Y CUELLO	1
CRÁNEO Y CONTENIDO CEREBRAL	1	OJOS Y CARA	1
TOTAL 16			



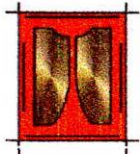
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 15 C**

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN EXTRAORAL TOTALIZADA

CRÁNEO	4	OJOS	7
CONTENIDO CEREBRAL	1	OREJAS	1
CARA	38	CUELLO	10
NARIZ	8	CUERO CABELLUDO	8
FRONTAL	1		
<b>TOTAL DE LESIONES 78</b>			



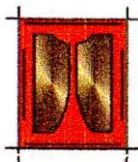
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 16 A**

# TIPO DE LESIÓN INTRAORAL ÚNICA

CARIES	6	HEMATOMA	0
CONTUSIÓN	0	HERIDA	0
EDEMA	0	LACERACIÓN	1
EQUÍMOSIS	1	LINEA ALBA	0
ERITEMA	0	QUEMADURA	1
ESCOREACIÓN	1	FASCETAS DE DESGASTE	0
ETS	0	SIN LESIONES	44
FRACTURA	1		
<b>TOTAL DE LESIONES 14</b>			



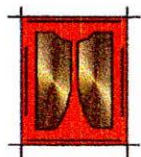
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 16 B**

# TIPOS DE LESIONES INTRAORALES COMBINADAS Y OTRAS

COMBINADAS	5	OTRAS	3
Edema y equímosis	2	Hipometría	1
Equímosis y escoreación	1	Avulsión	1
Escoreación y edema	1	Secuencia alterada de erupción	1
Escoreación, edema y equímosis	1	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>		



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## TABLA 16 C

# TIPO DE LESION INTRAORAL TOTALIZADA

CARIES	6	HEMATOMA	0
CONTUSIÓN	0	HERIDA	0
EDEMA	4	LACERACIÓN	1
EQUÍMOSIS	4	LINEA ALBA	0
ERITEMA	0	QUEMADURA	1
ESCOREACIÓN	3	FASCETAS DE DESGASTE	0
ETS	0	OTRAS	3
FRACTURA	1	SIN LESIONES	44
<b>GRAN TOTAL 23</b>			



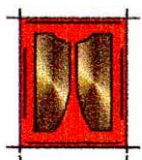
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## TABLA 17

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN INTRAORAL

CARRILLO DERECHO	0	FRENILLO LATERAL INF	0	MUCOSA LINGUAL	0
CARRILLO IZQUIERDO	0	FRENILLO LATERAL SUP	0	PALADAR BLANDO	0
DIENTE COMPLETO	1	FRENILLO LINGUAL	0	PALADAR DURO	0
ENCÍA INFERIOR	0	LENGUA	0	PISO DE BOCA	0
ENCÍA SUPERIOR	0	MUCOSA (v) SUP e INF	1	CORONA DENTAL	1
FRENILLO LABIAL INF	0	MUCOSA LABIAL INF	2	RAIZ DENTAL	0
FRENILLO LABIAL SUP	0	MUCOSA LABIAL SUP	5		
<b>TOTAL 10</b>					



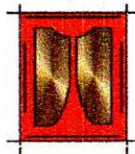
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 18**

# TIPO DE LESIÓN INTRAORAL POR NEGLIGENCIA

CARIES EXTENSAS	7
RESTOS RADICULARES	5
ENFERMEDAD PERIODONTAL	0
ZONAS DE INFECCIÓN	1
TRATAMIENTOS DEFICIENTES	2
HIGIENE ORAL DEFICIENTE	8
ENFERMEDAD PULPAR	0
SECUENCIA DE ERUPCIÓN ALTERADA	1
<b>TOTAL DE LESIONES</b>	<b>24</b>



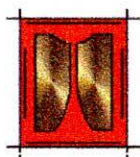
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 19**

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN PERIBUCAL

NO PRESENTARON	57	LABIO SUPERIOR	3
		COMBINADAS	3
LABIO INFERIOR	0	Labio Sup. E Inf.	2
COMISURA	0	Labio Sup, Inf y Comisura	1
<b>TOTAL DE LESIONES PERIBUCALES</b>			<b>6</b>



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.

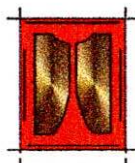


## TABLA 20 A

# DIENTE LESIONADO

### PERMANENTES

11	3	21	2	31	0	41	0
12	2	22	2	32	0	42	0
13	0	23	0	33	0	43	0
14	0	24	0	34	0	44	0
15	0	25	0	35	0	45	0
16	1	26	0	36	2	46	2
17	0	27	0	37	0	47	0
18	0	28	0	38	0	48	0



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.

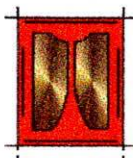


## TABLA 20 B

# DIENTE LESIONADO

### TEMPORALES

51	3	61	2	71	0	81	0
52	3	62	3	72	0	82	0
53	0	63	0	73	0	83	0
54	1	64	3	74	4	84	4
55	0	65	2	75	4	85	4



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 21**

# **RANGOS DE EDAD PARA CADA GÉNERO**

<b>RANGOS DE EDAD</b>	<b>GÉNERO</b>	
	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>
<b>MENORES DE 1 AÑO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>1 - 4 AÑOS</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>5 -14 AÑOS</b>	<b>23</b>	<b>12</b>
<b>15 - 17 AÑOS</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>23</b>



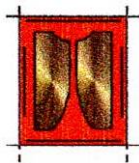
**Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.**



**TABLA 22**

# LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO PARA CADA GÉNERO

LUGAR DEL TRAUMATISMO	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
RESIDENCIA	30	16
VÍA PÚBLICA	5	3
HOGAR DEL PARIENTE	0	2
HOGAR DEL CUIDADOR	0	1
DESCONOCIDO	1	2
ESCUELA	1	0
OTRO	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>25</b>



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 23 A**

**TOTAL DE LESIONES EXTRAORALES  
PARA CADA GÉNERO**

TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
ESCOREACIÓN	16	12
EQUÍMOSIS	13	3
CICATRIZ	3	3
QUEMADURA	1	0
MORDEDURA	1	1
LACERACIÓN	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>19</b>

**TABLA 23 B**

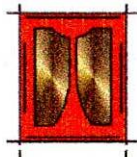
**TOTAL DE LESIONES EXTRAORALES  
CONT... PARA CADA GÉNERO**

TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
HEMATOMA	1	2
ERITEMA	6	4
EDEMA	8	4
HERIDA	7	0
DESNUTRICIÓN	0	1
TRAUMATISMOS INTERNOS	1	0
FRACTURA	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>11</b>

**TABLA 24 A**

# TOTAL DE LESIONES INTRAORALES PARA CADA GÉNERO

TIPO DE LESIÓN INTRAORAL	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
FRACTURA	0	1
ERUPCIÓN ALTERADA	0	1
EDEMA	4	0
CARIES	4	2
EQUÍMOSIS	6	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>4</b>



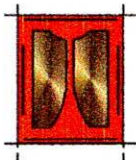
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## TABLA 24 B

# TOTAL DE LESIONES INTRAORALES CONT... PARA CADA GÉNERO

TIPO DE LESIÓN INTRAORAL	GÉNERO	
	MASCULINO	FEMENINO
QUEMADURA	1	0
ESCOREACIÓN	4	0
AVULSIÓN	1	0
LACERACIÓN	1	0
HIPOMETRÍA	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>0</b>



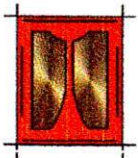
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



**TABLA 25**

# LOCALIZACIÓN ANATOMICA DE LESIONES EXTRA E INTRAORALES

LOCALIZACIÓN EXTRAORAL	LOCALIZACIÓN INTRAORAL	CANTIDAD
CARA	PORCIÓN CORONAL	1
CARA	MUCOSA LABIAL SUPERIOR	4
CARA Y CRÁNEO	MUCOSA LABIAL SUPERIOR	1
CARA	MUCOSA LABIAL INFERIOR	1
CARA	MUCOSA LABIAL SUP E INF.	1
CARA	DIENTE COMPLETO	1
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>

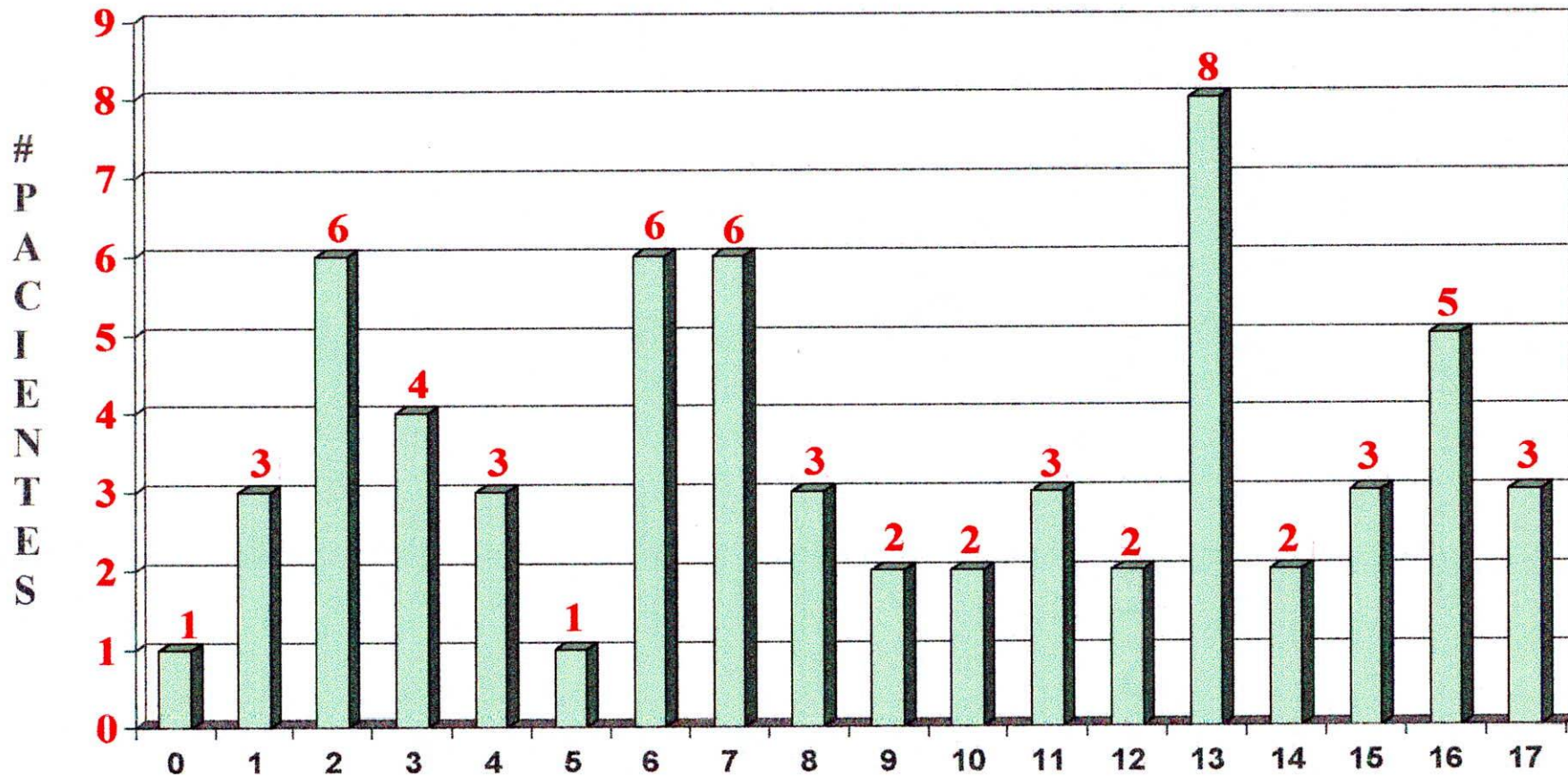


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 1 A

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD

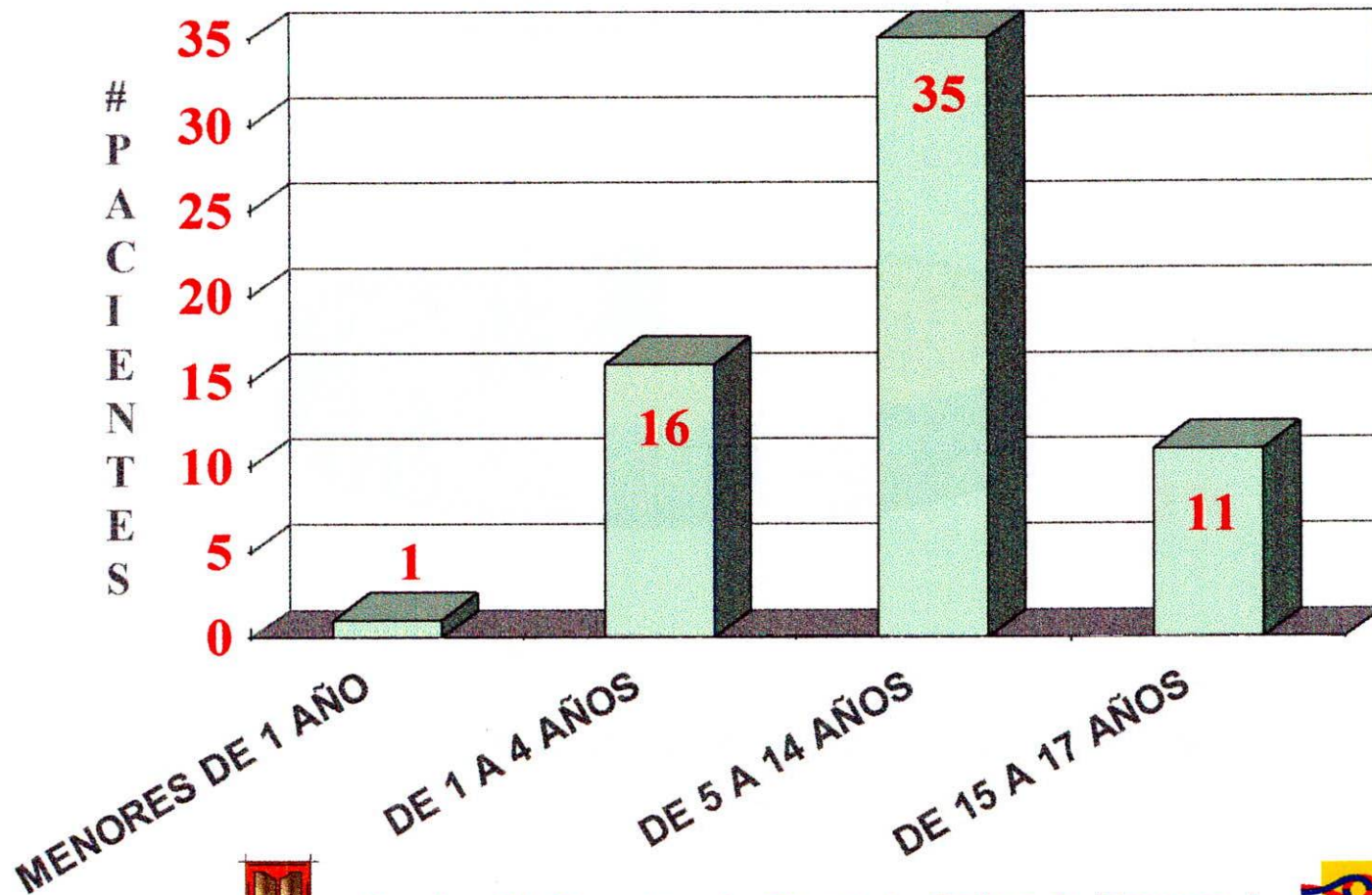


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 1 B

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RANGOS DE EDAD

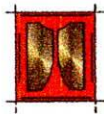
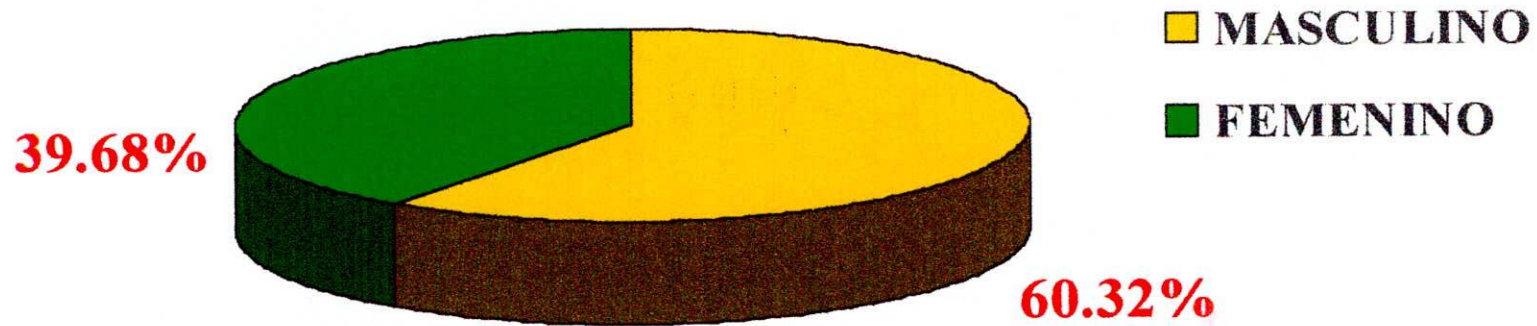


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 2

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO

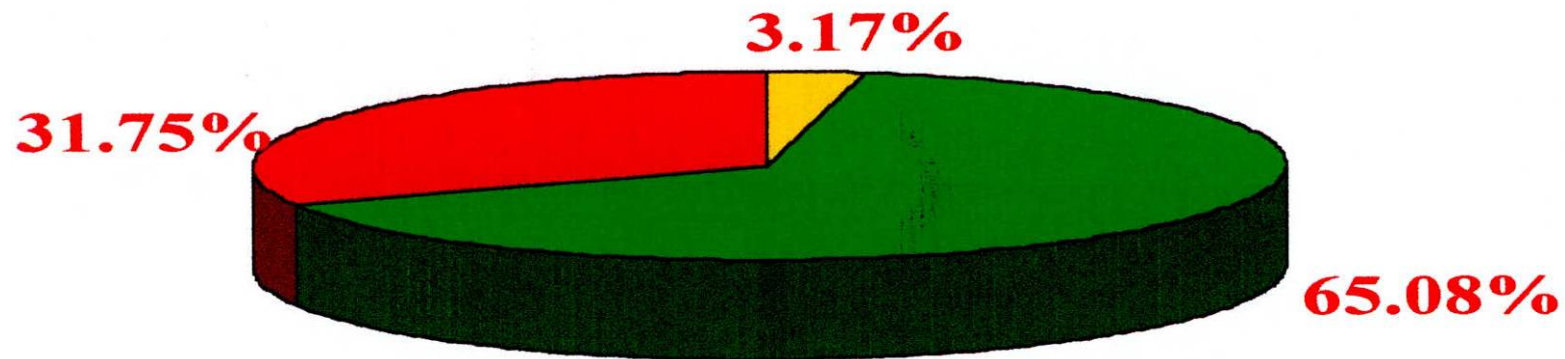


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



### GRÁFICA 3

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN



■ MENOR TRABAJADOR ■ ESTUDIA ■ NINGUNO

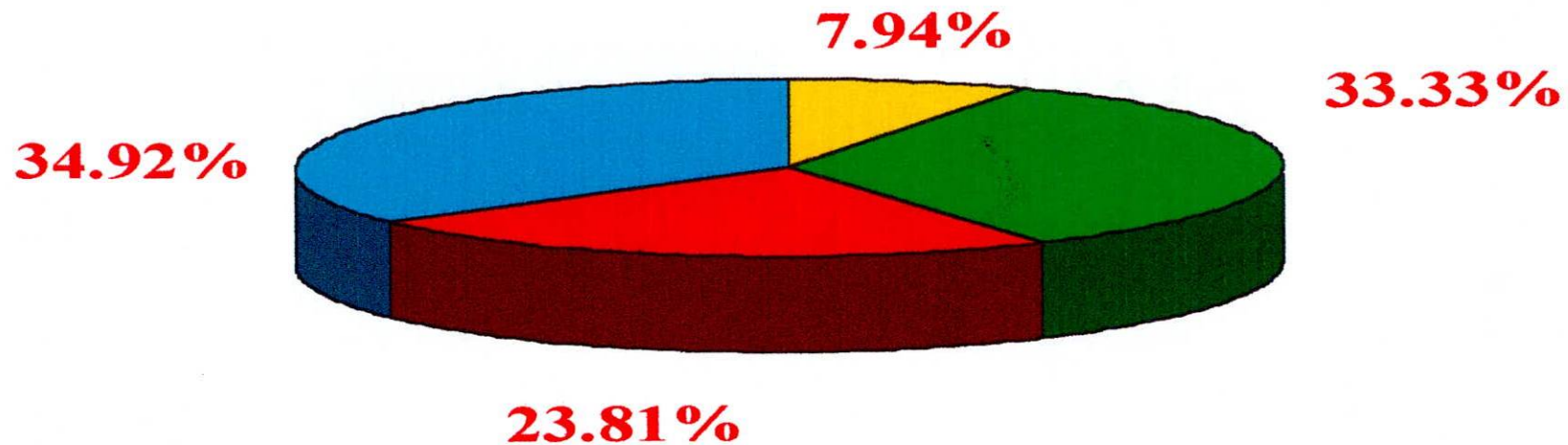


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 4

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD



■ PRE-ESCOLAR ■ PRIMARIA ■ BACHILLERATO ■ NINGUNO

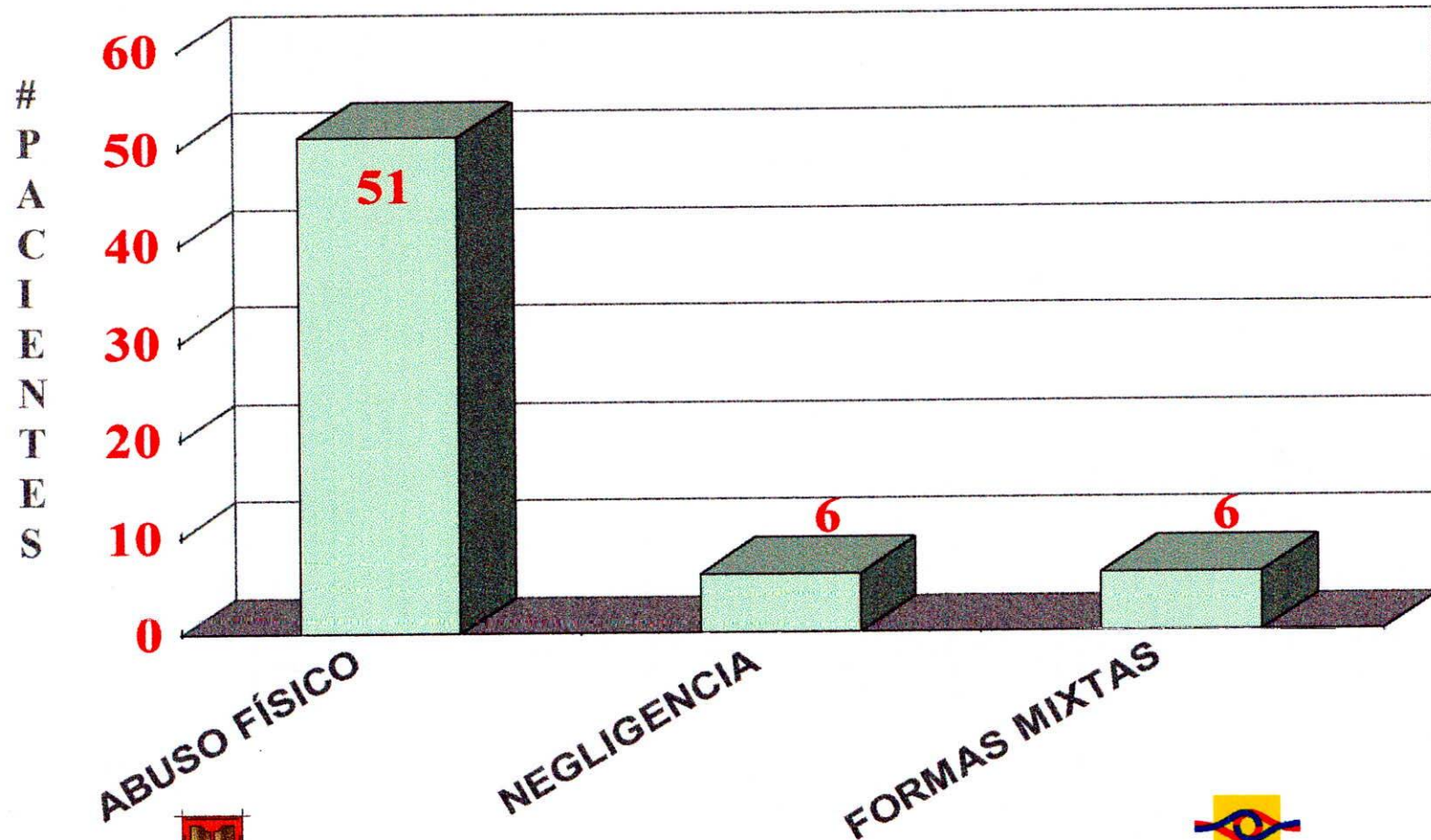


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 5

# DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN MODALIDAD DE MALTRATO

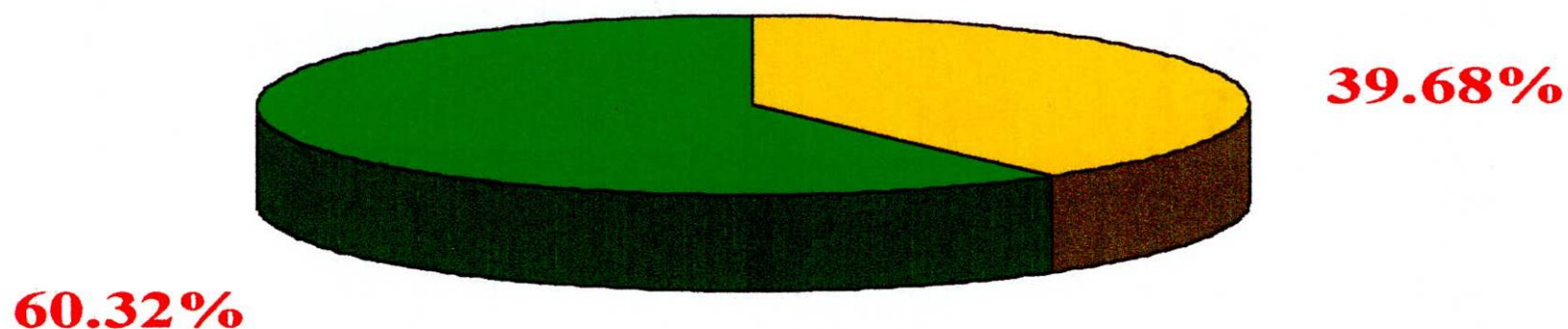


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.

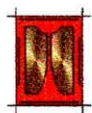


## GRÁFICA 6

# ÉPOCA DE OCURRENCIA DEL MALTRATO



■ PRIMERA VEZ ■ REPETIDA

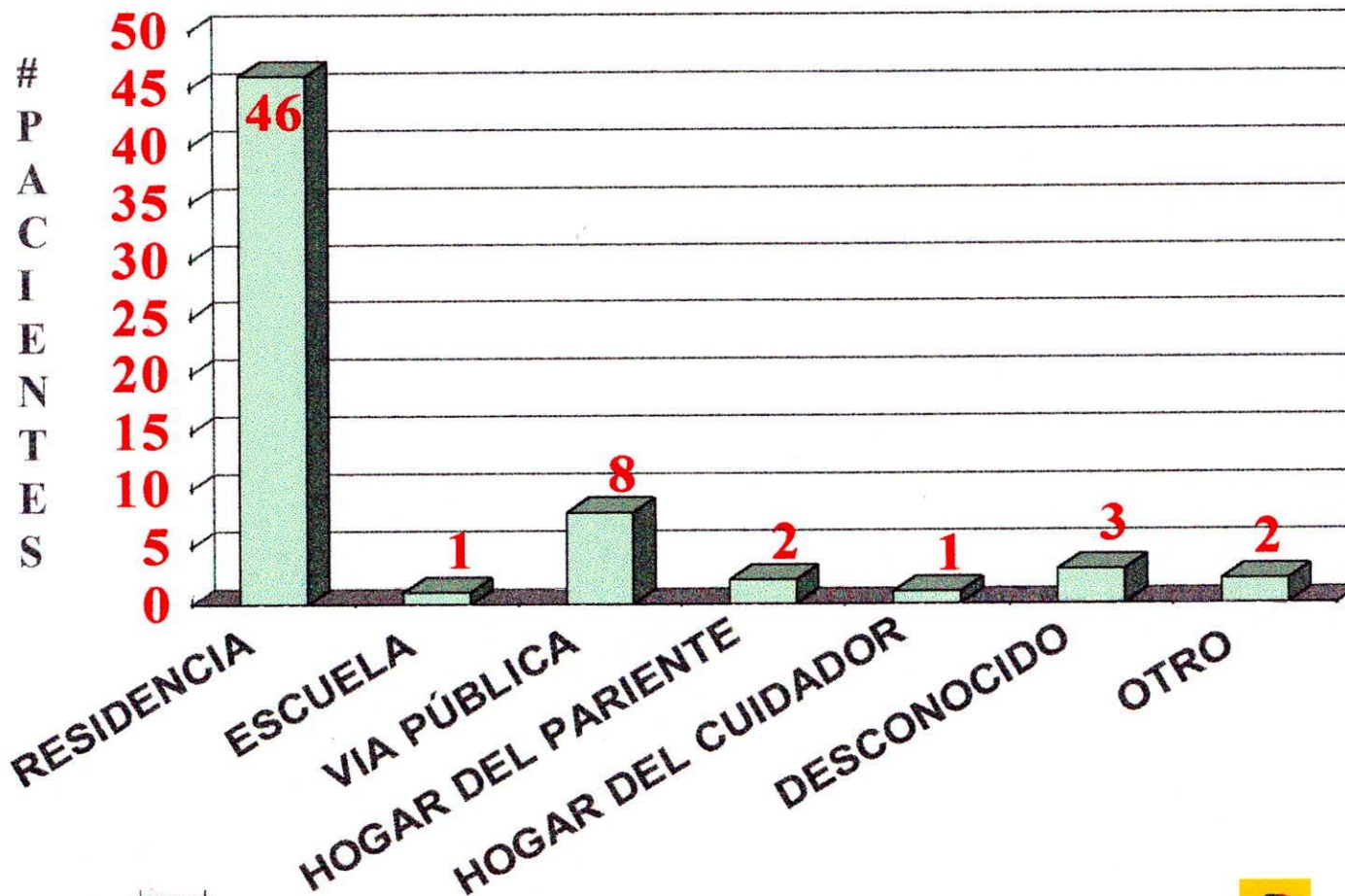


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 7

## LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO

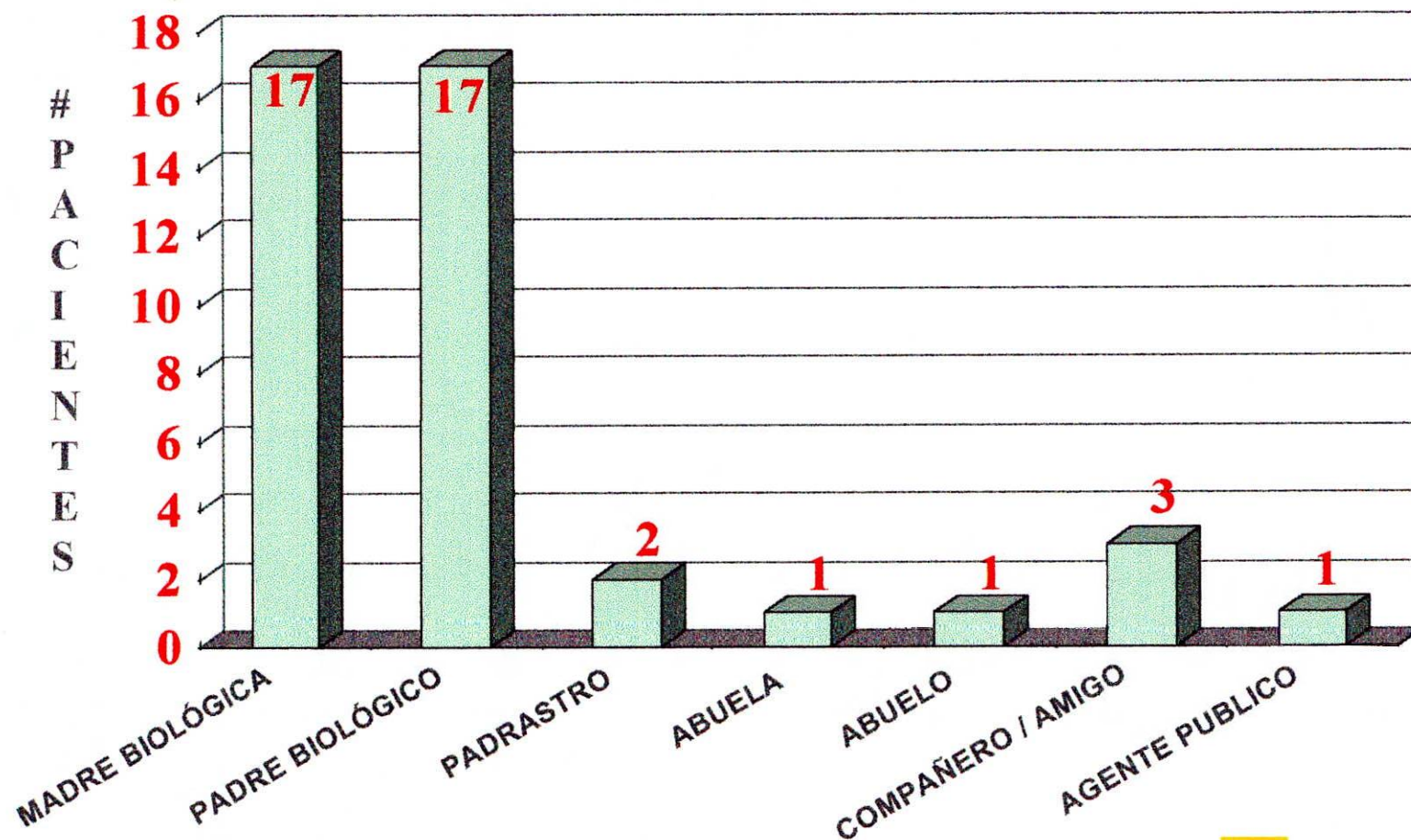


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 8 A

## RELACIÓN DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO



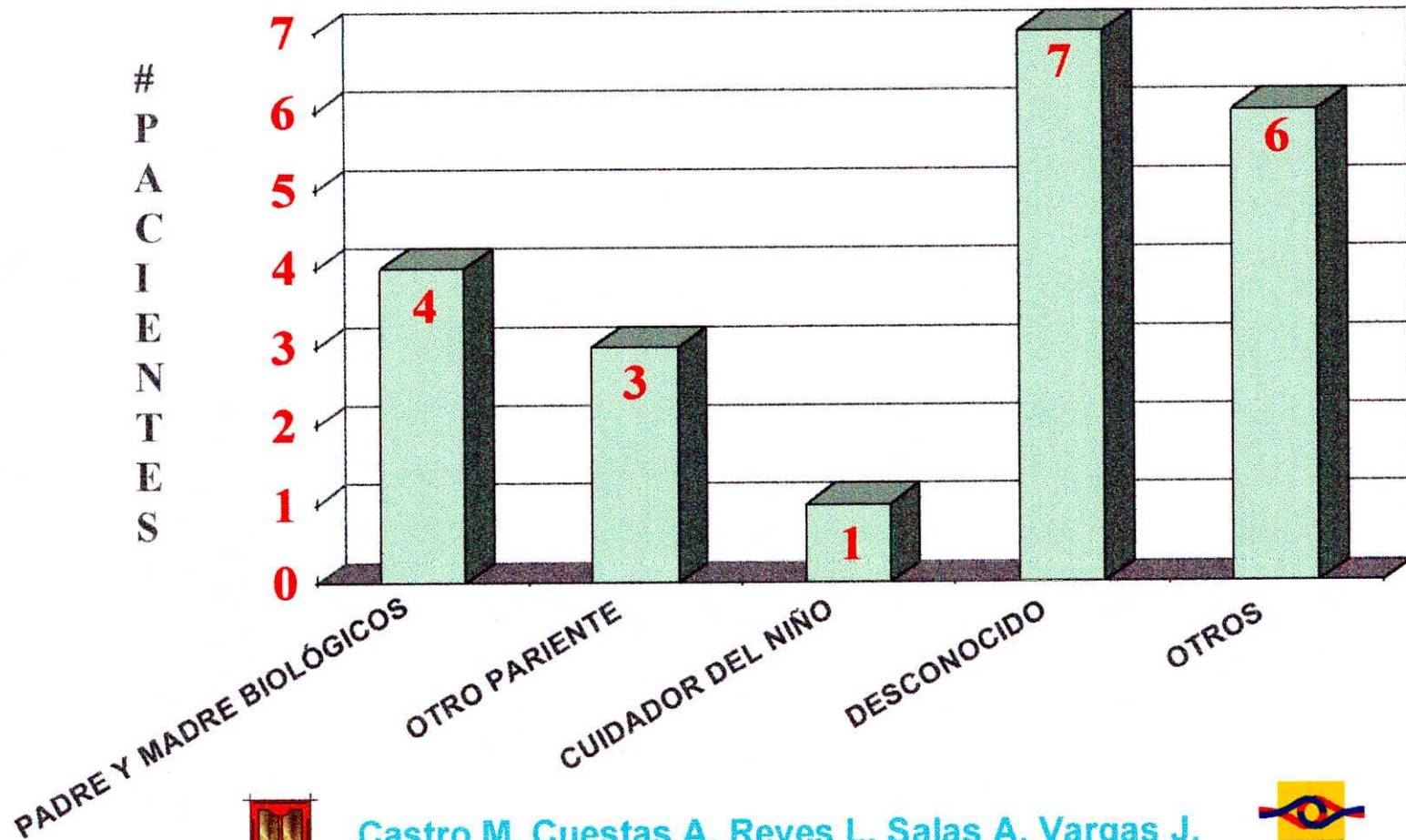
Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 8 B

# RELACIÓN DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO

CONT...

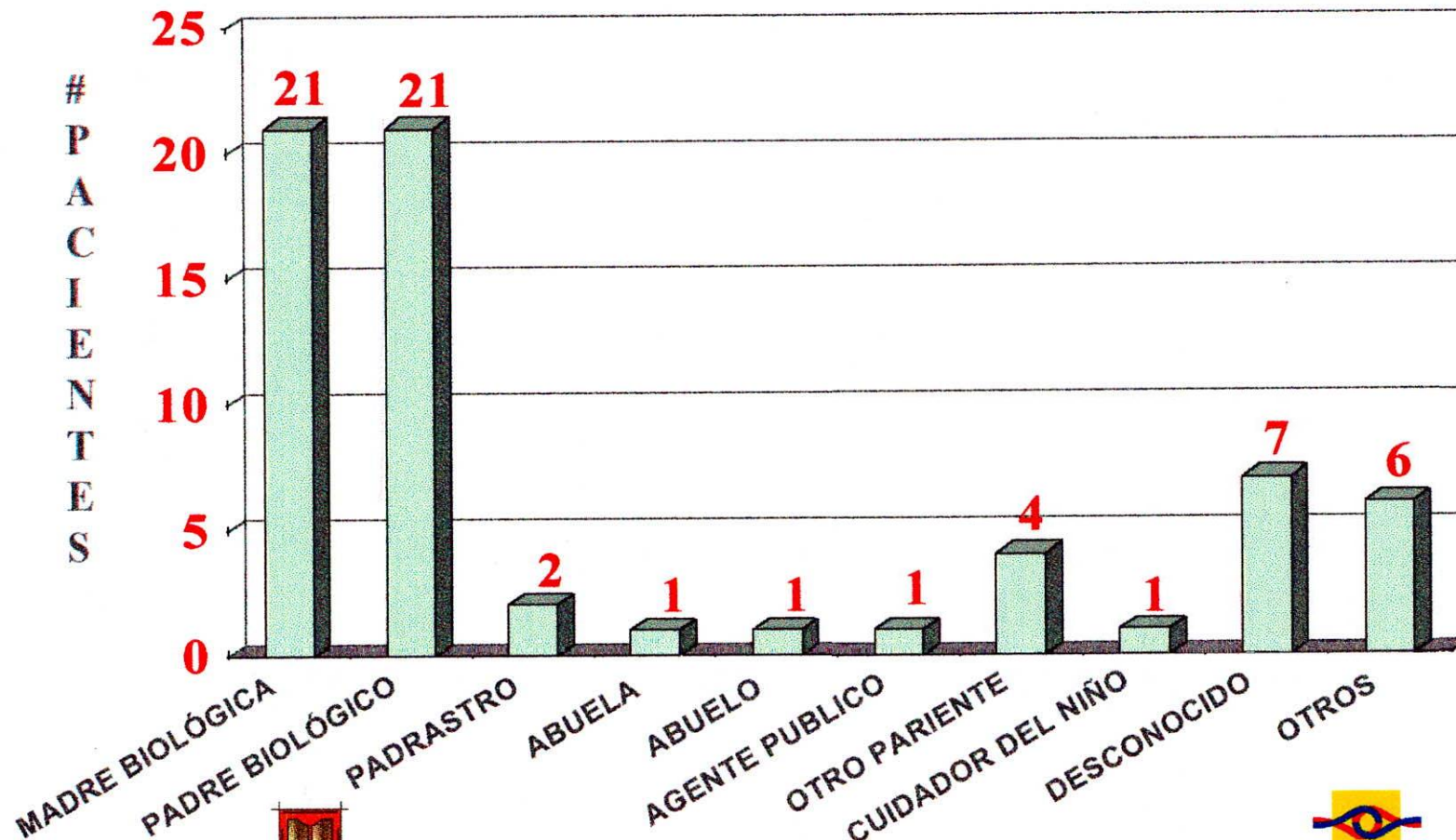


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 8 C

# RELACIÓN DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO TOTALIZADO

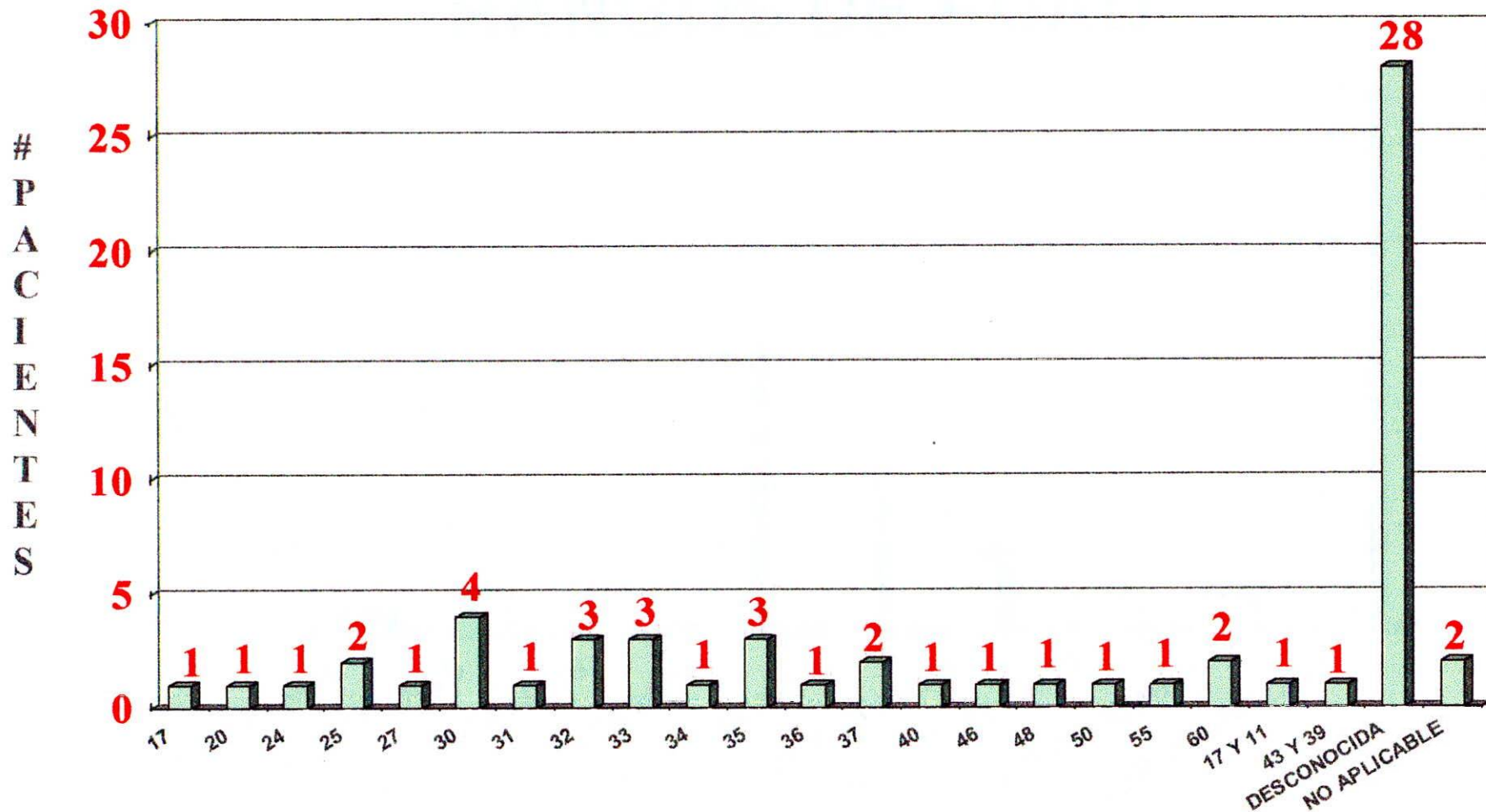


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 9 A

## EDAD DEL AGRESOR

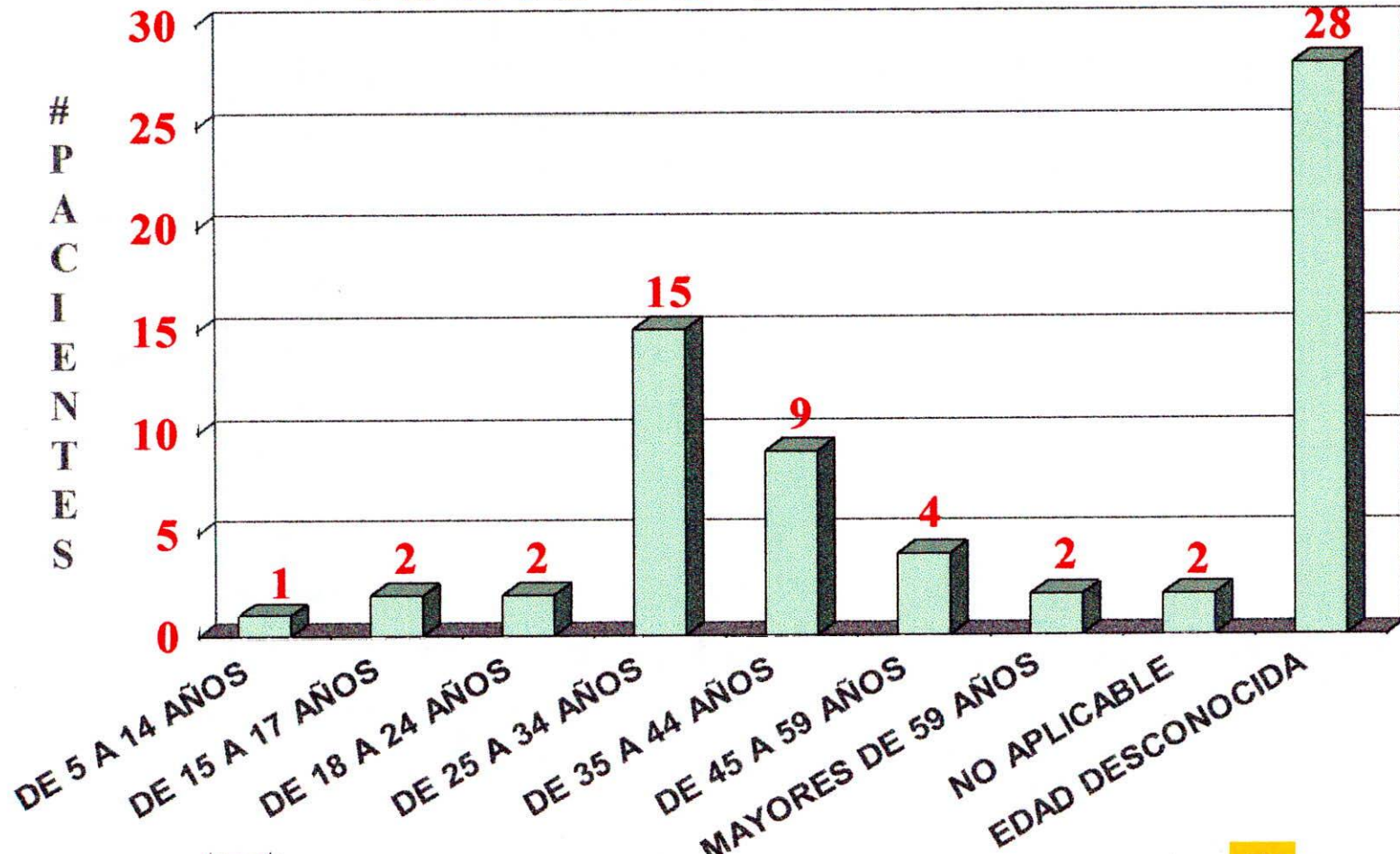


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 9 B

## EDAD DE LOS AGRESORES SEGÚN RANGOS DE EDAD

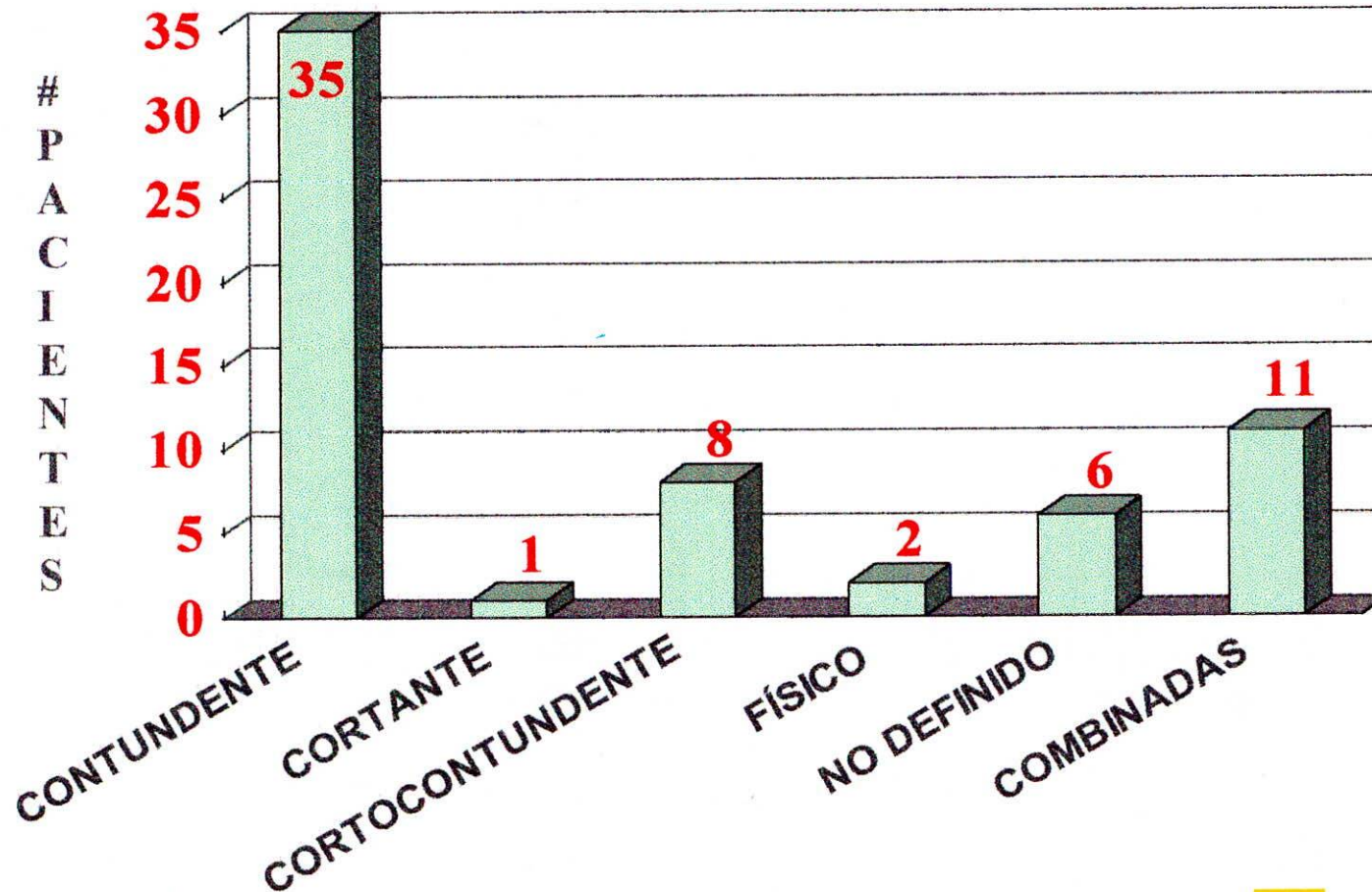


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 10

# MECANISMO CAUSAL DE LA LESION

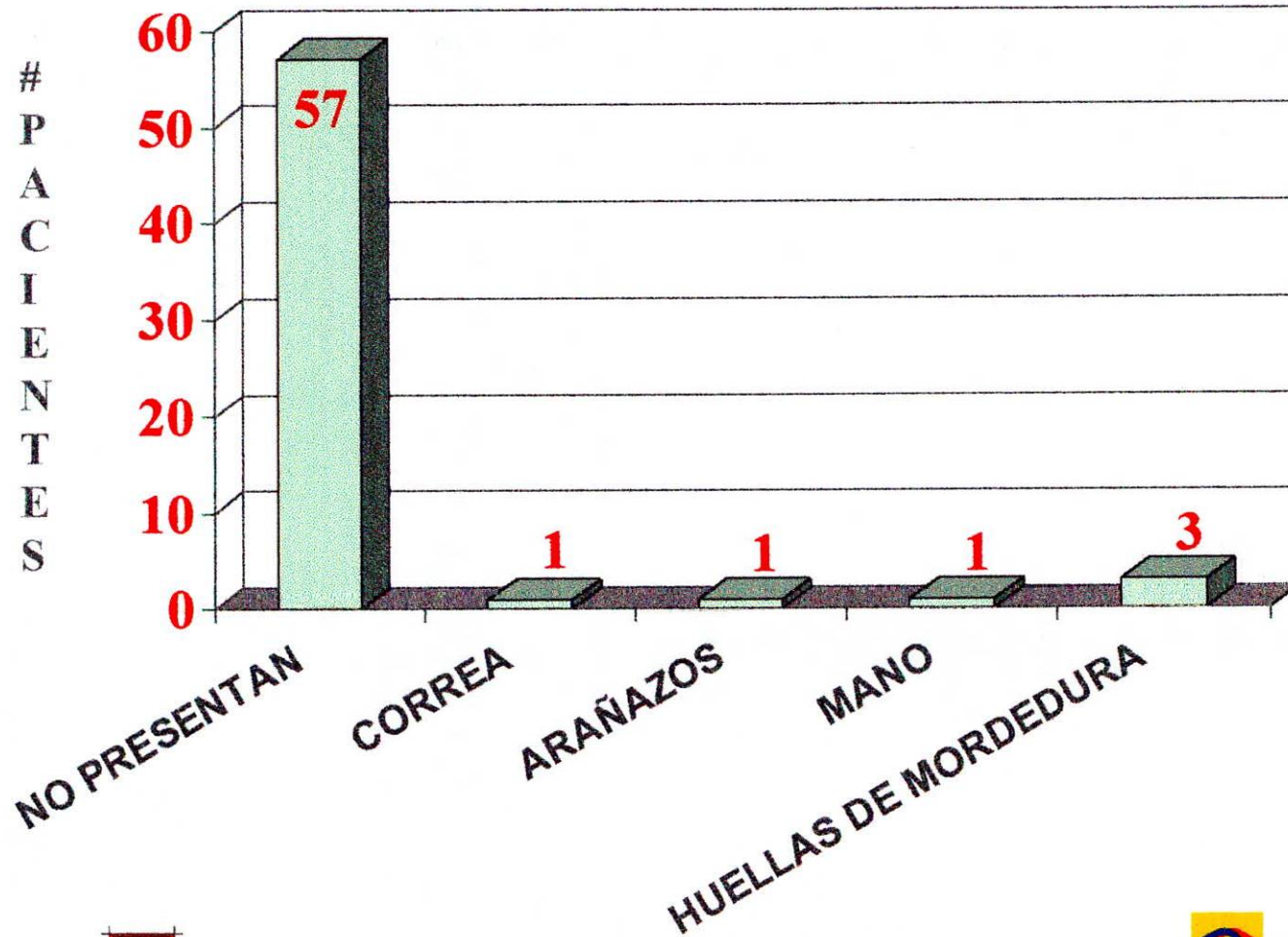


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 11

## LESIÓN PATRÓN

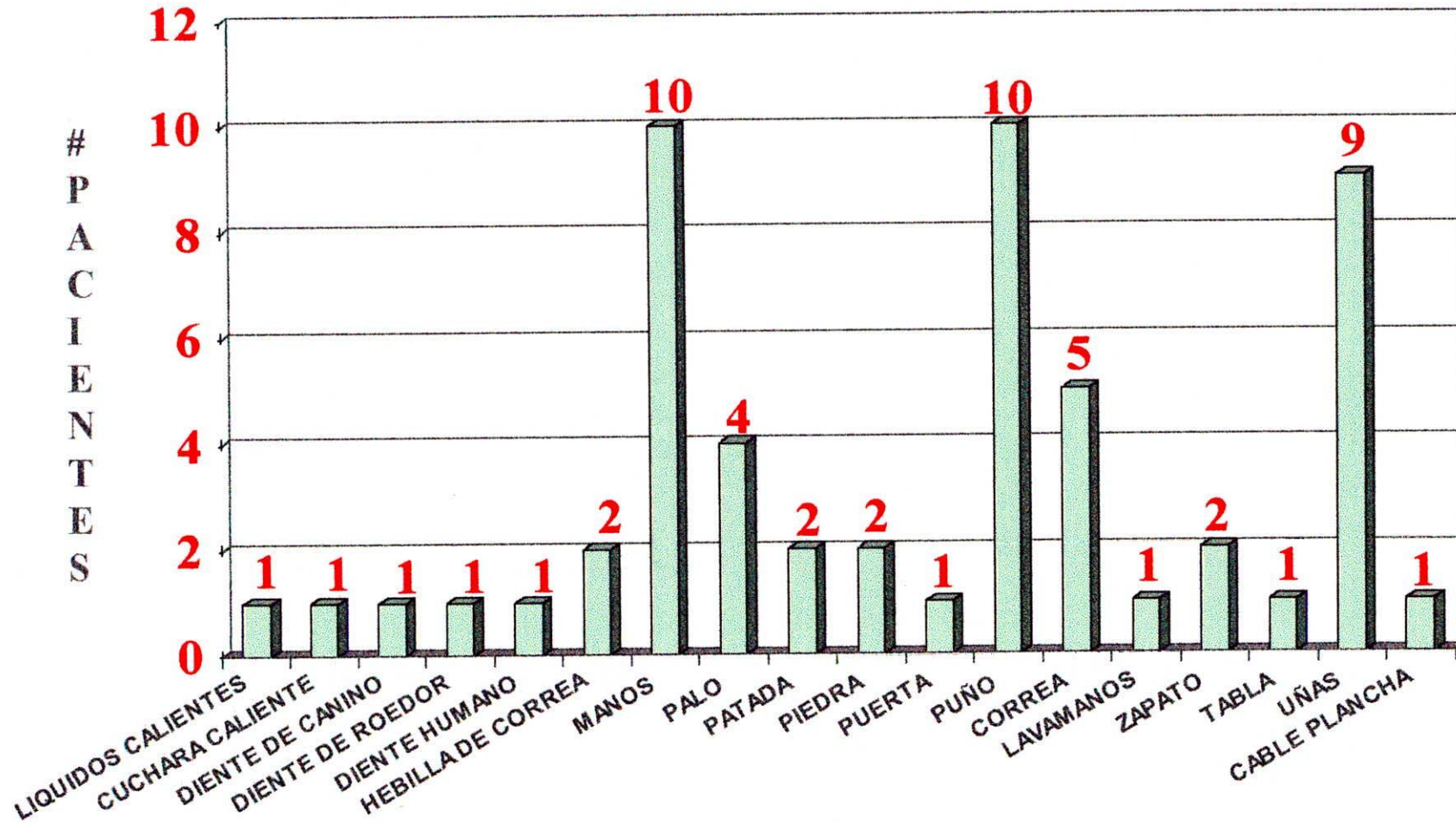


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 12

# ELEMENTO CAUSAL DE LA LESIÓN

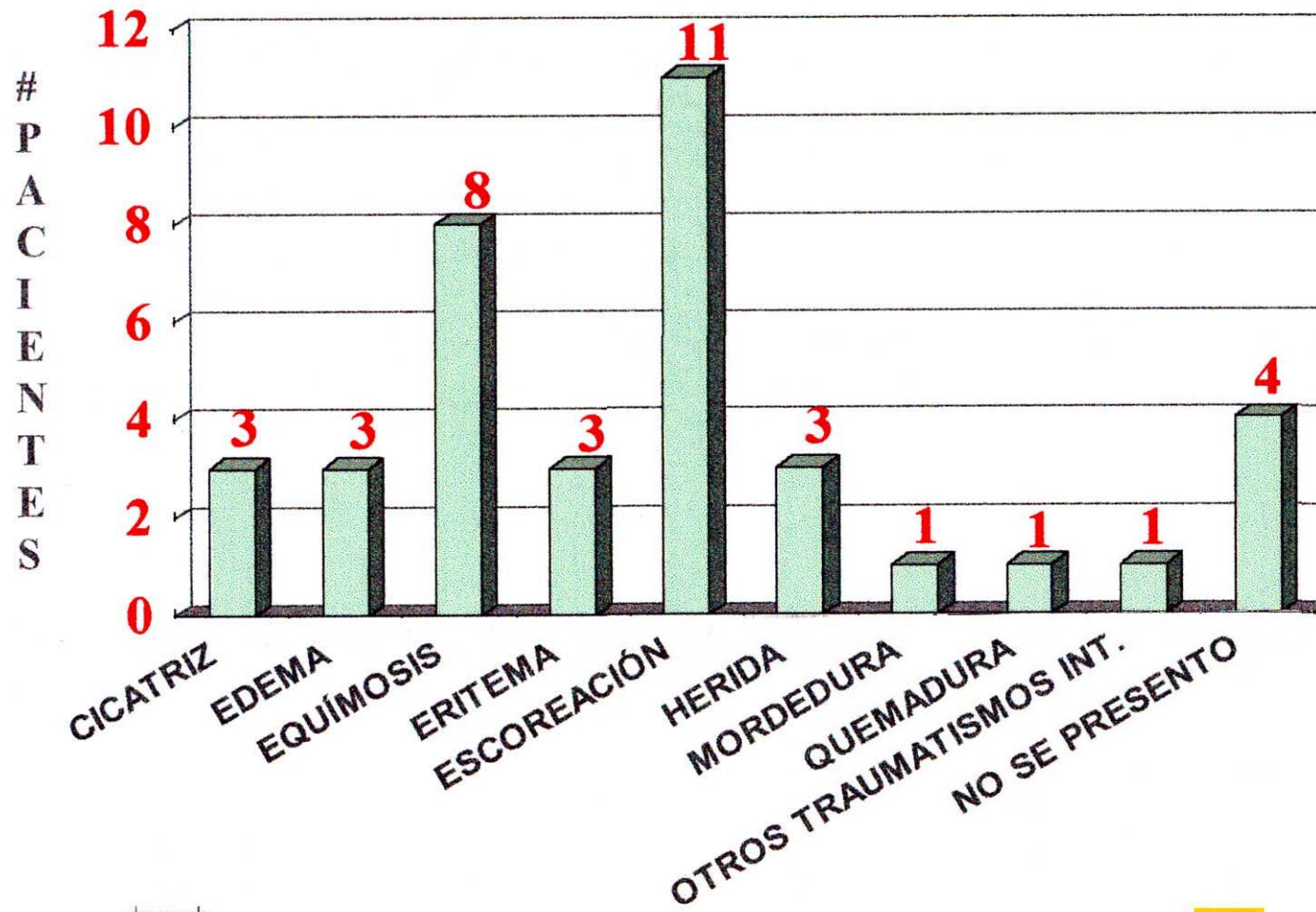


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 13 A

# TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL ÚNICA

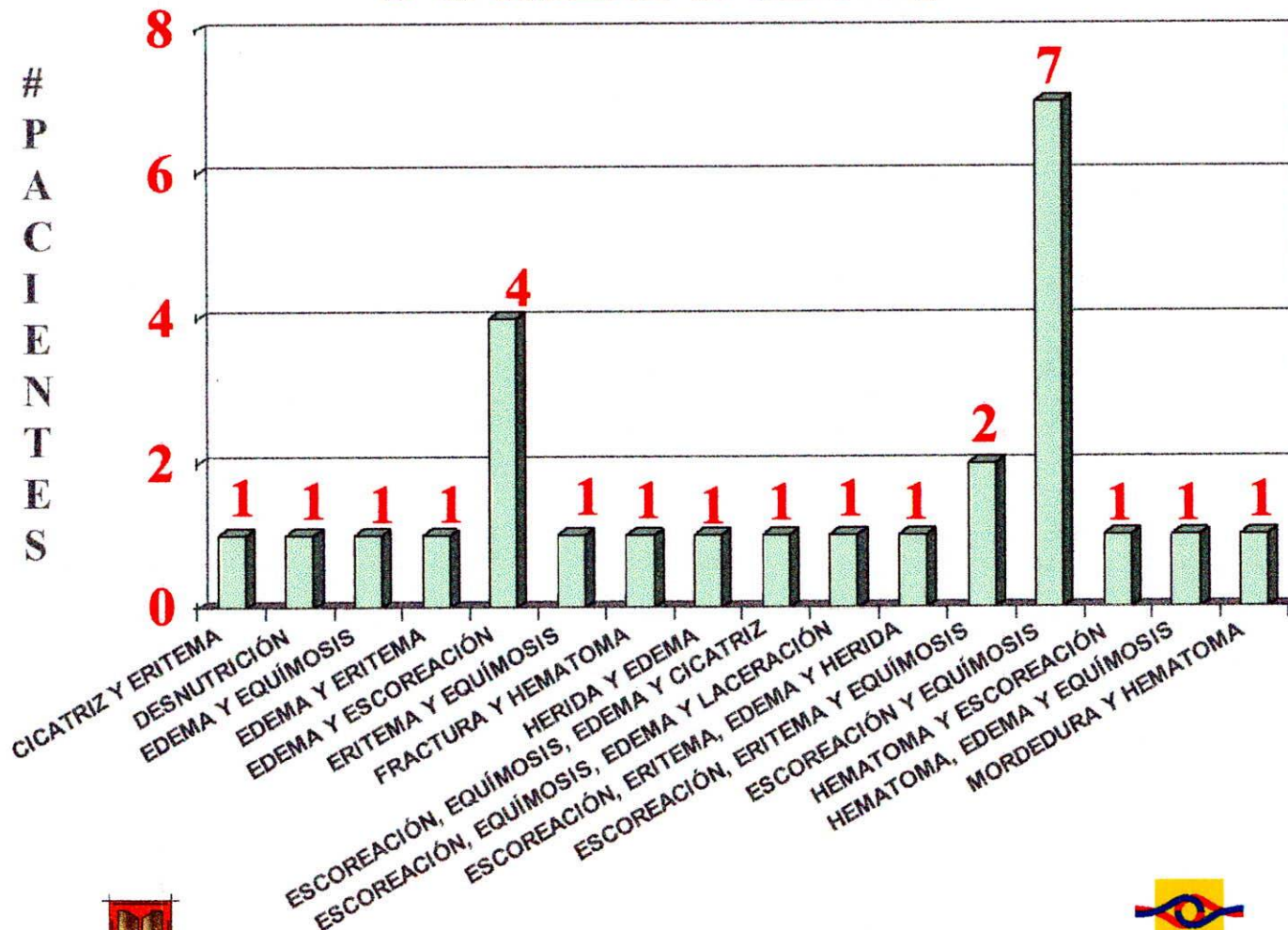


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 13 B

## TIPOS DE LESIONES EXTRAORALES COMBINADAS

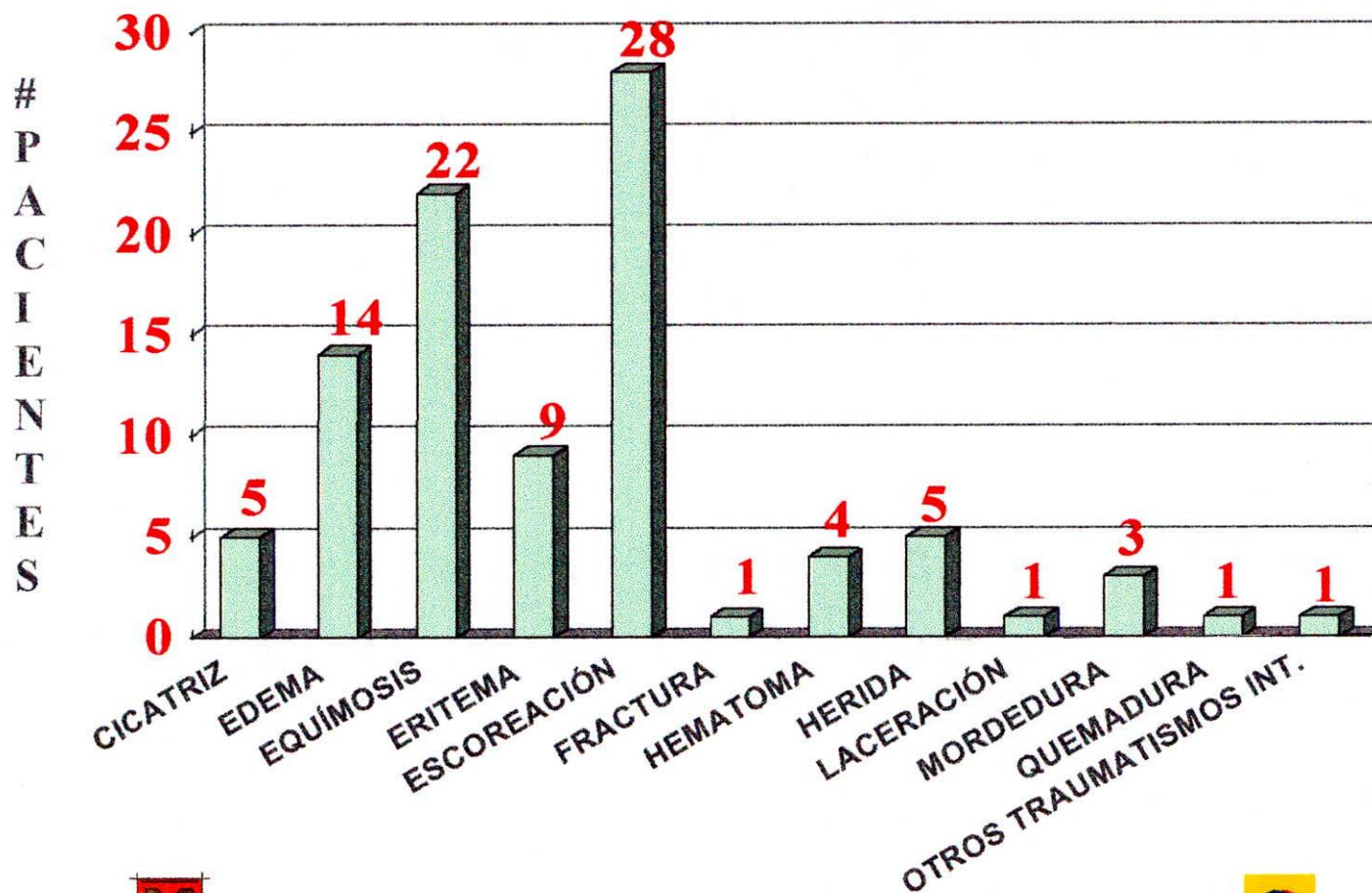


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 13 C

# TIPO DE LESIÓN EXTRAORAL TOTALIZADO

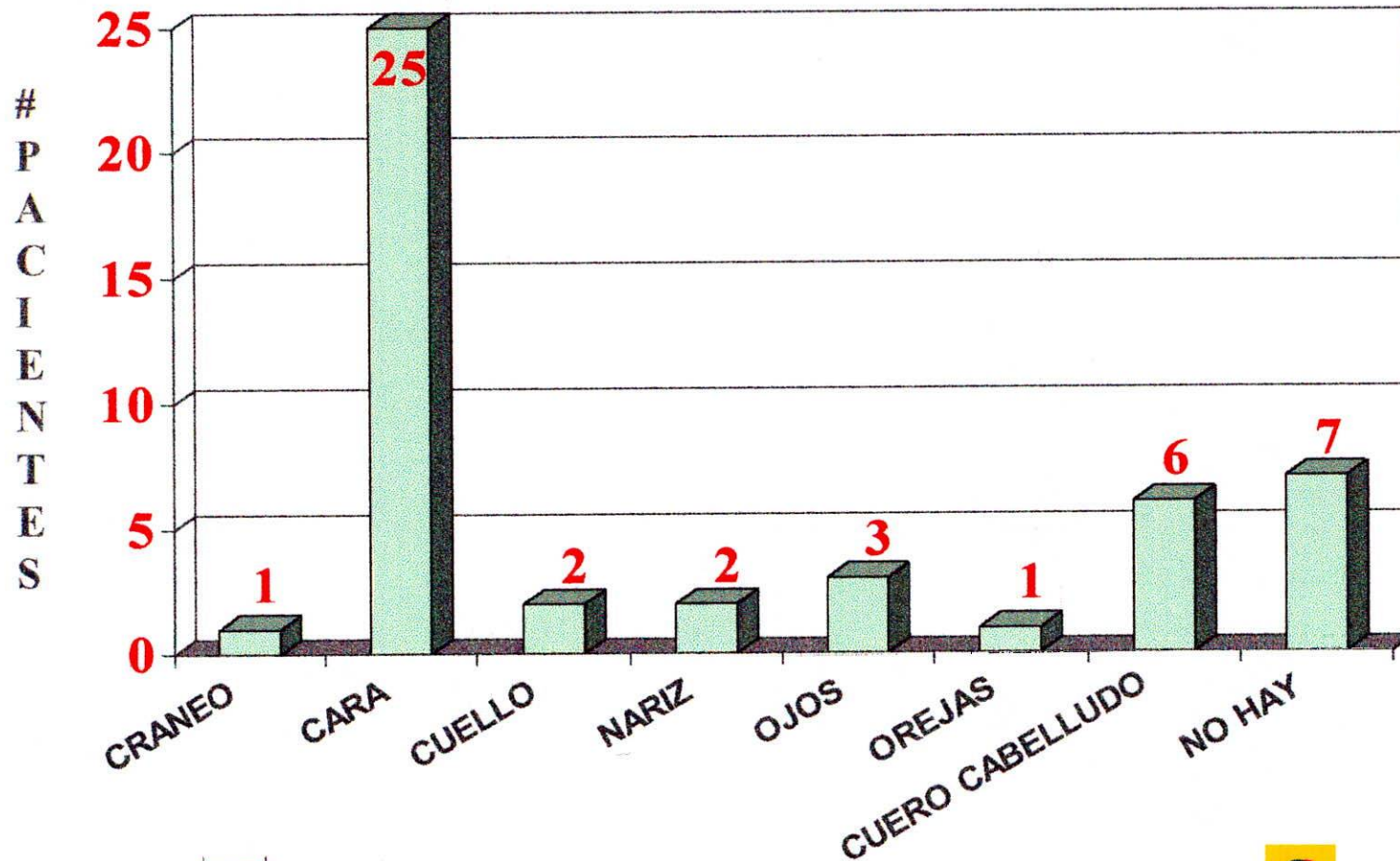


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 14 A

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN EXTRAORAL ÚNICA

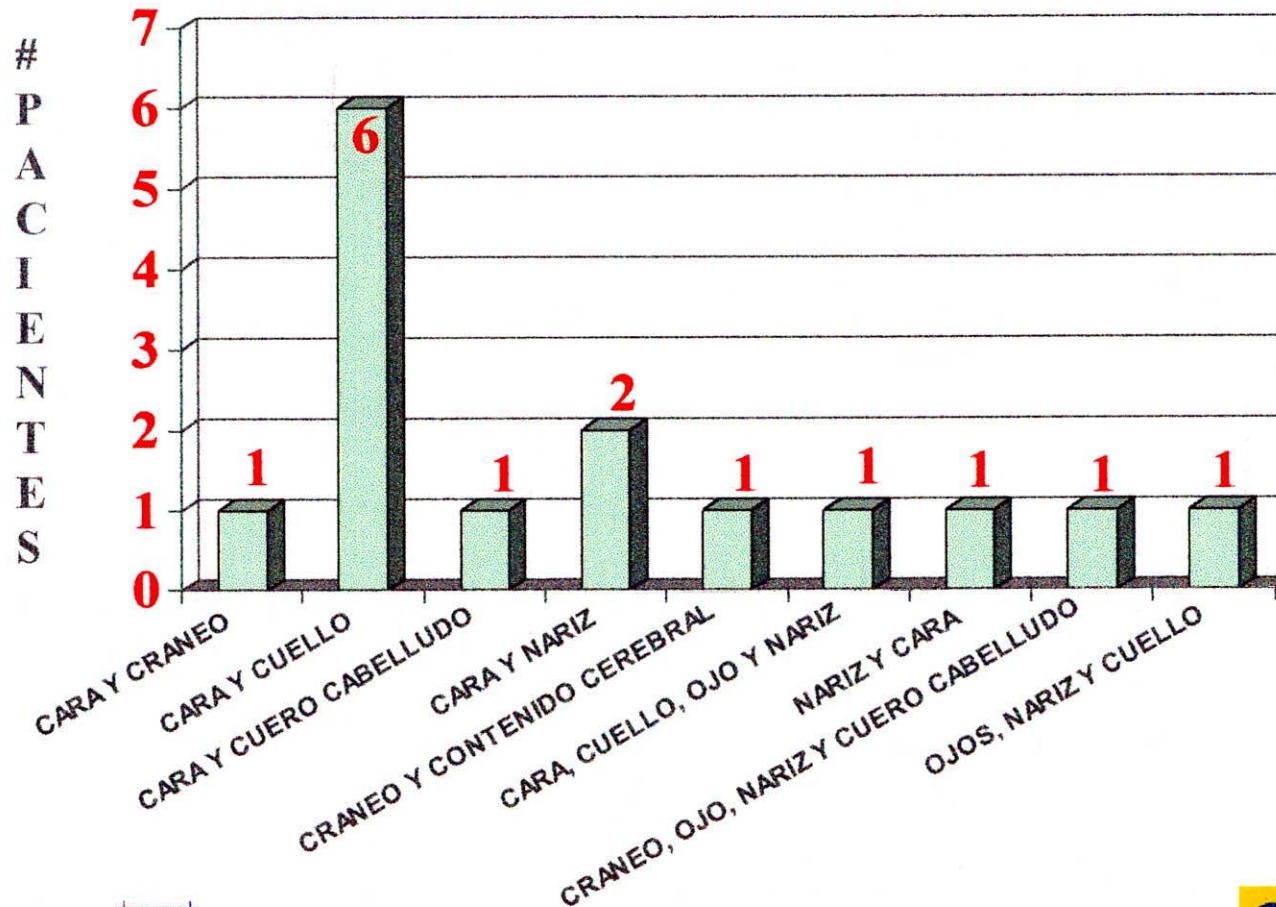


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 14 B

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIONES EXTRAORALES COMBINADAS

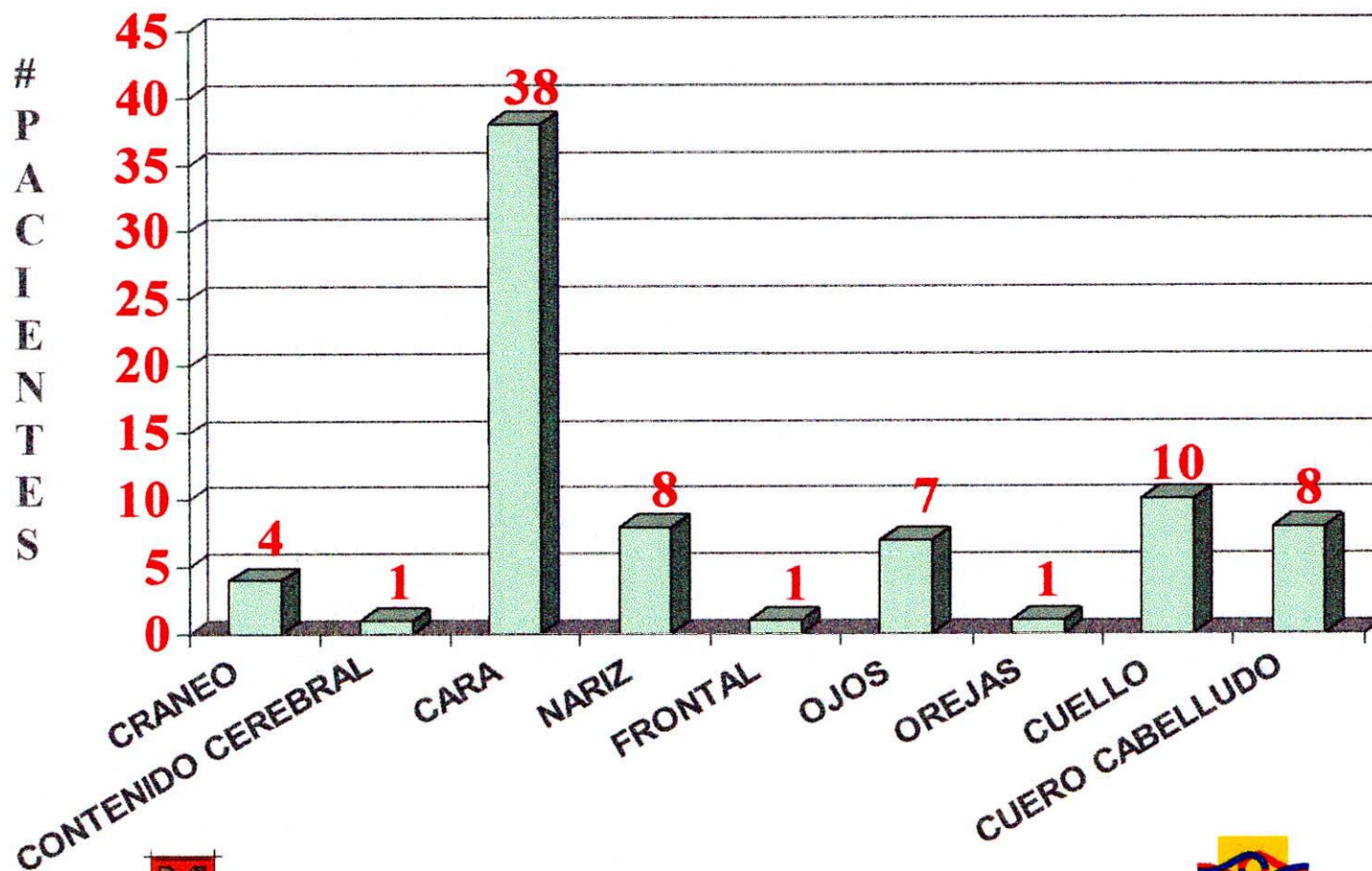


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 14 C

## LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN EXTRAORAL TOTALIZADA

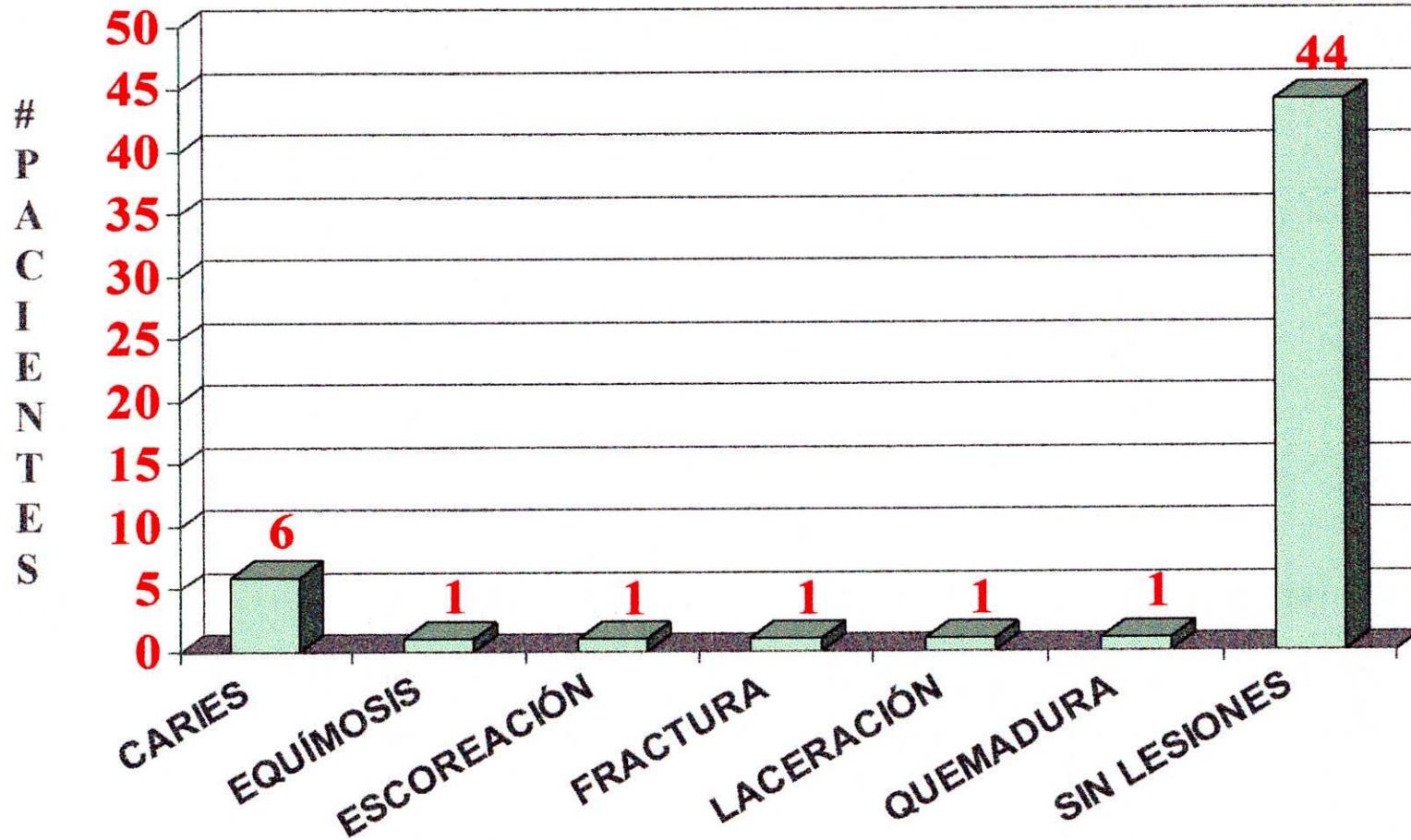


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 15 A

# TIPO DE LESIÓN INTRAORAL ÚNICA

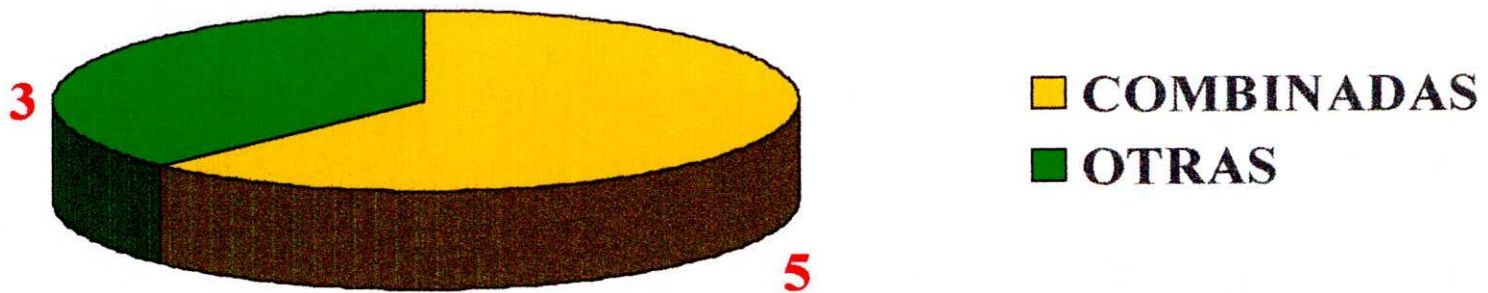


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 15 B

# TIPOS DE LESIONES INTRAORALES COMBINADAS Y OTRAS

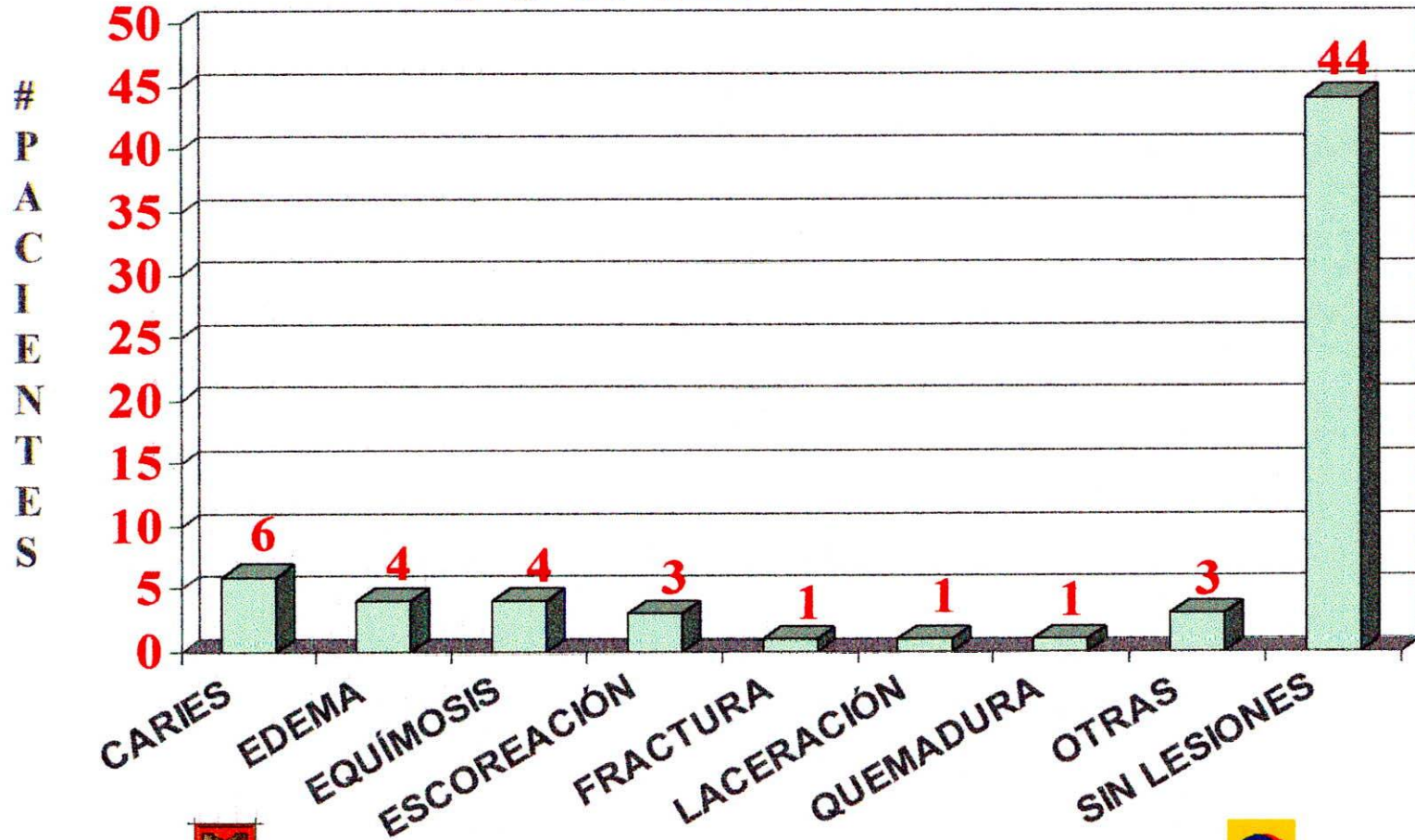


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 15 C

# TIPO DE LESIÓN INTRAORALES TOTALIZADAS

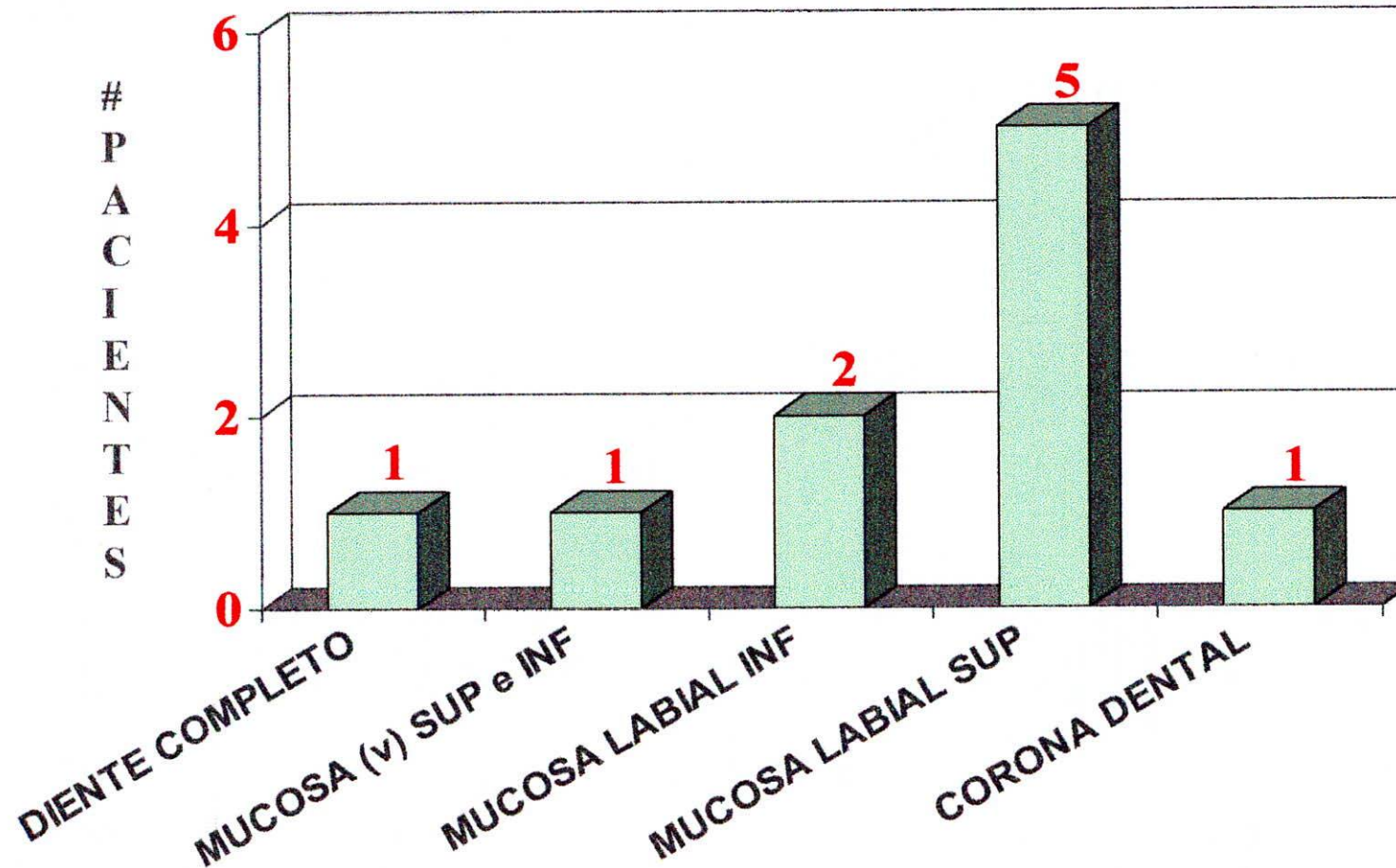


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 16

## LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIÓN INTRAORAL

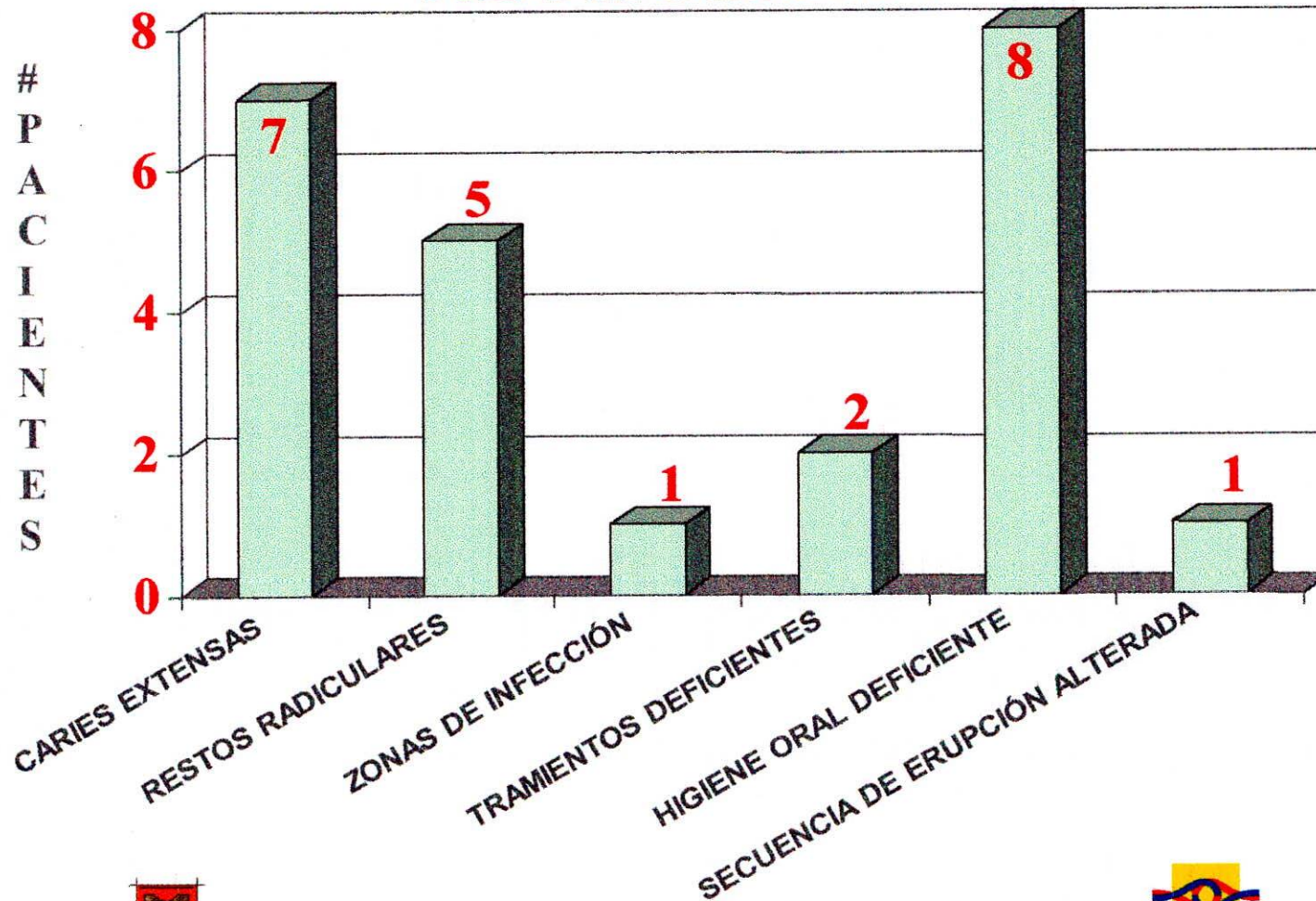


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 17

## TIPO DE LESIÓN INTRAORAL POR NEGLIGENCIA

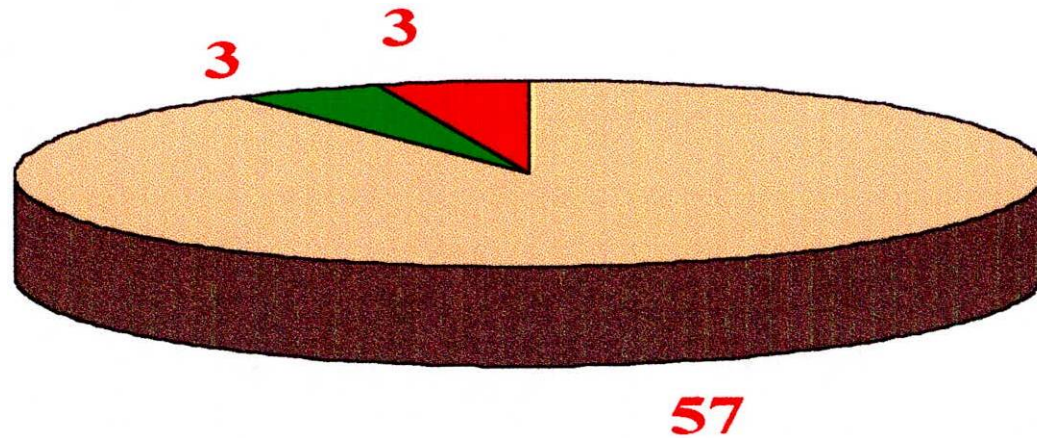


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 18

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN PERIBUCAL



■ NO PRESENTARON ■ LABIO SUPERIOR ■ COMBINADAS

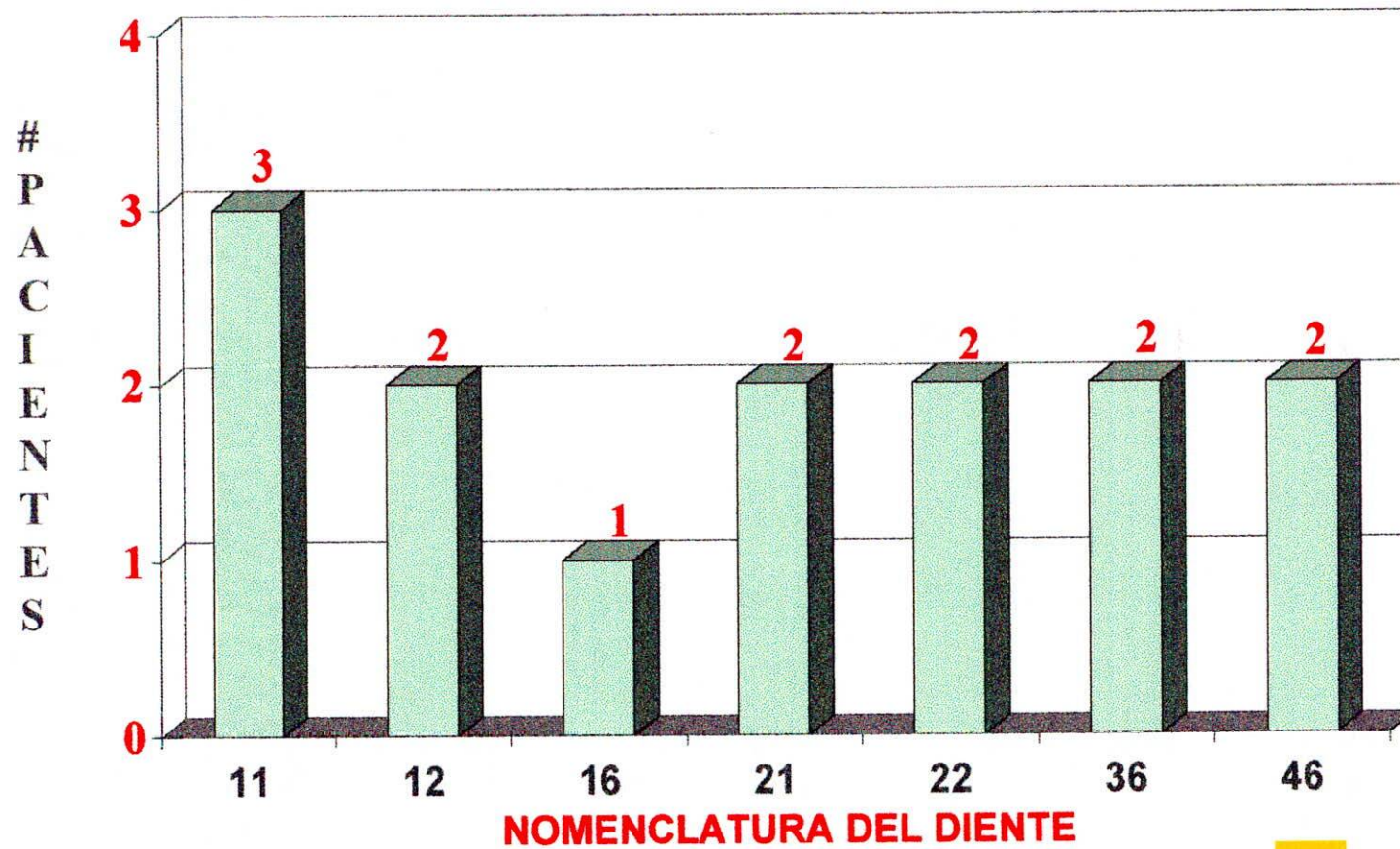


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



# GRÁFICA 19 A

## DIENTE LESIONADO PERMANENTE

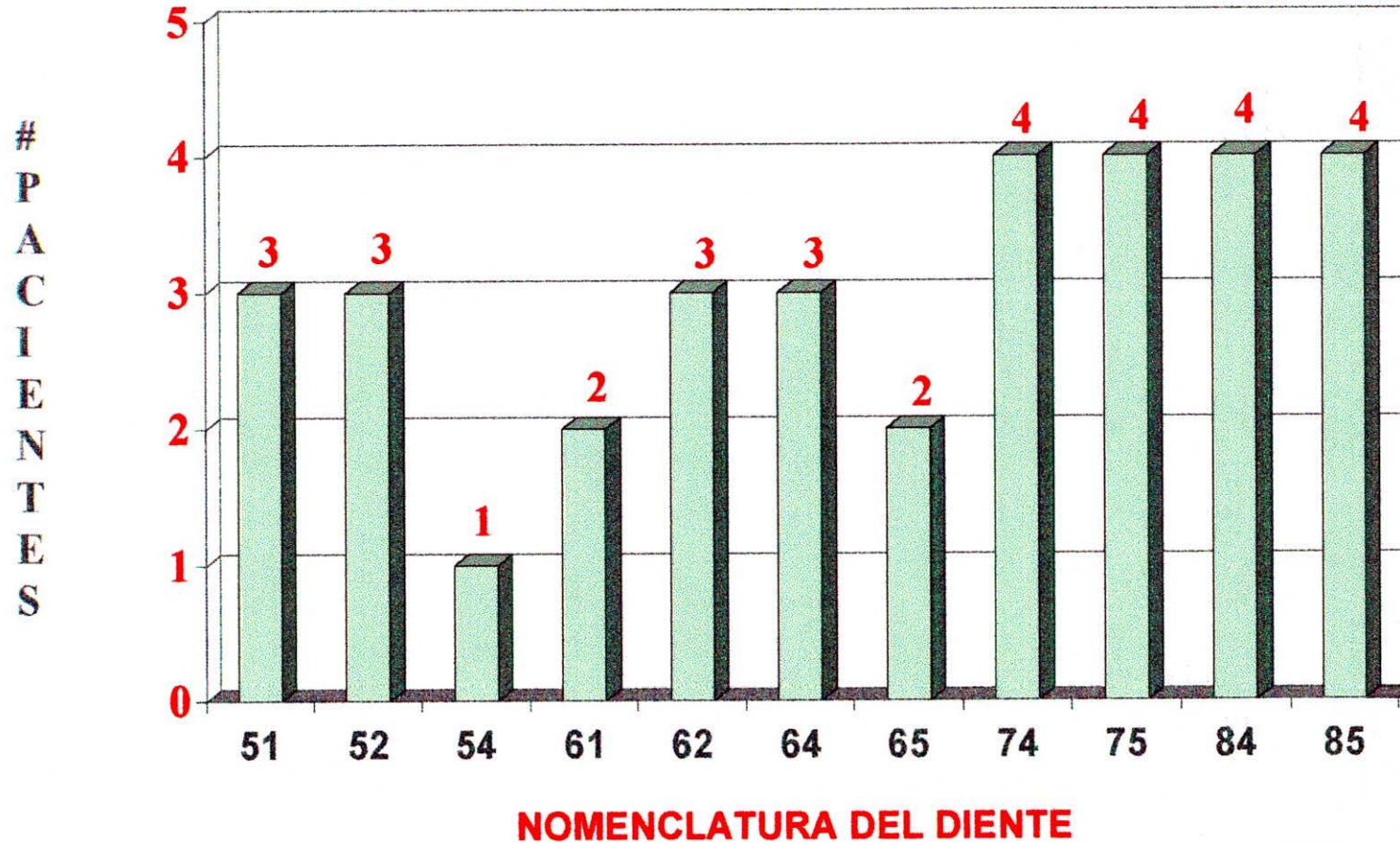


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 19 B

# DIENTES LESIONADOS TEMPORALES

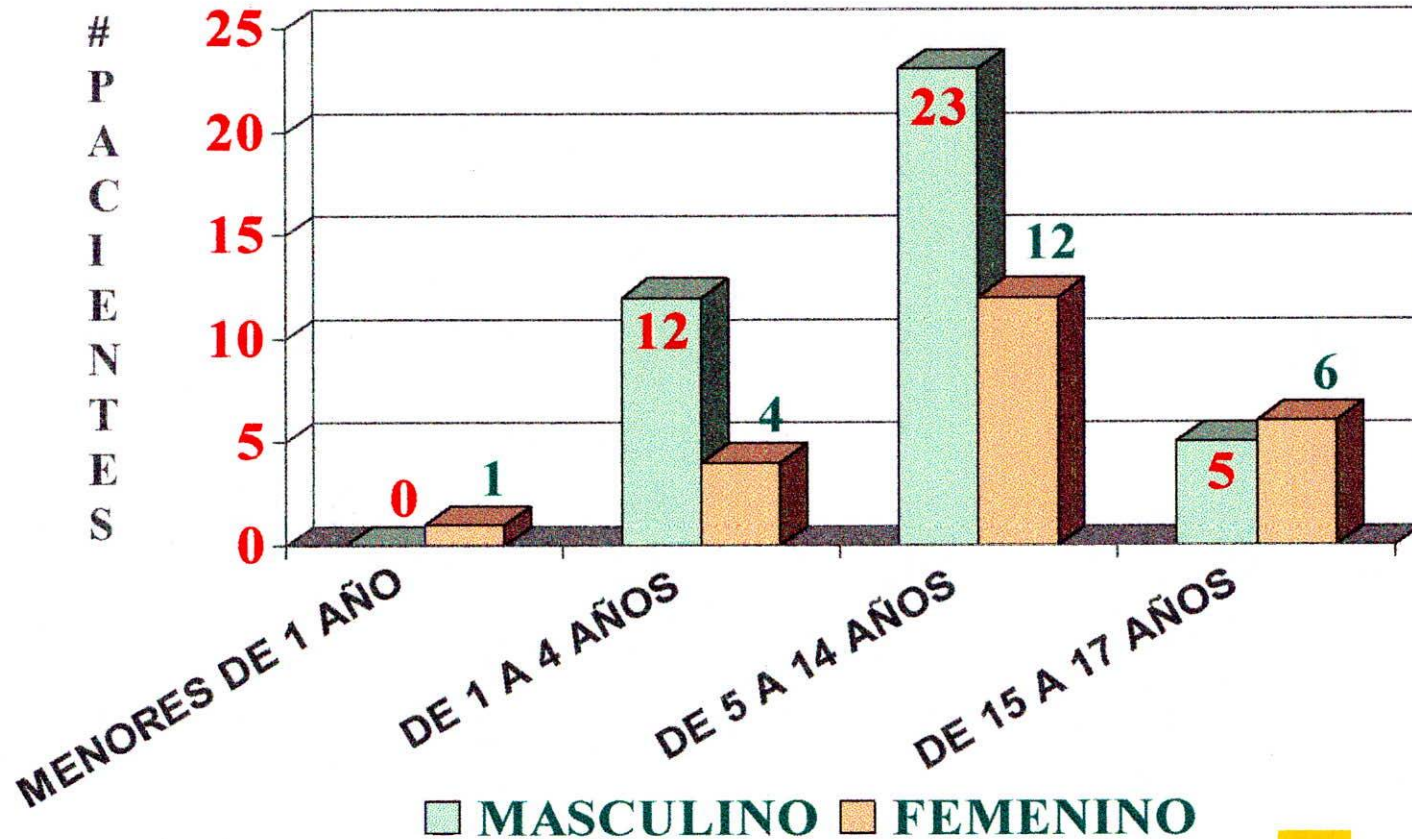


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 20

# RANGOS DE EDAD PARA CADA GÉNERO

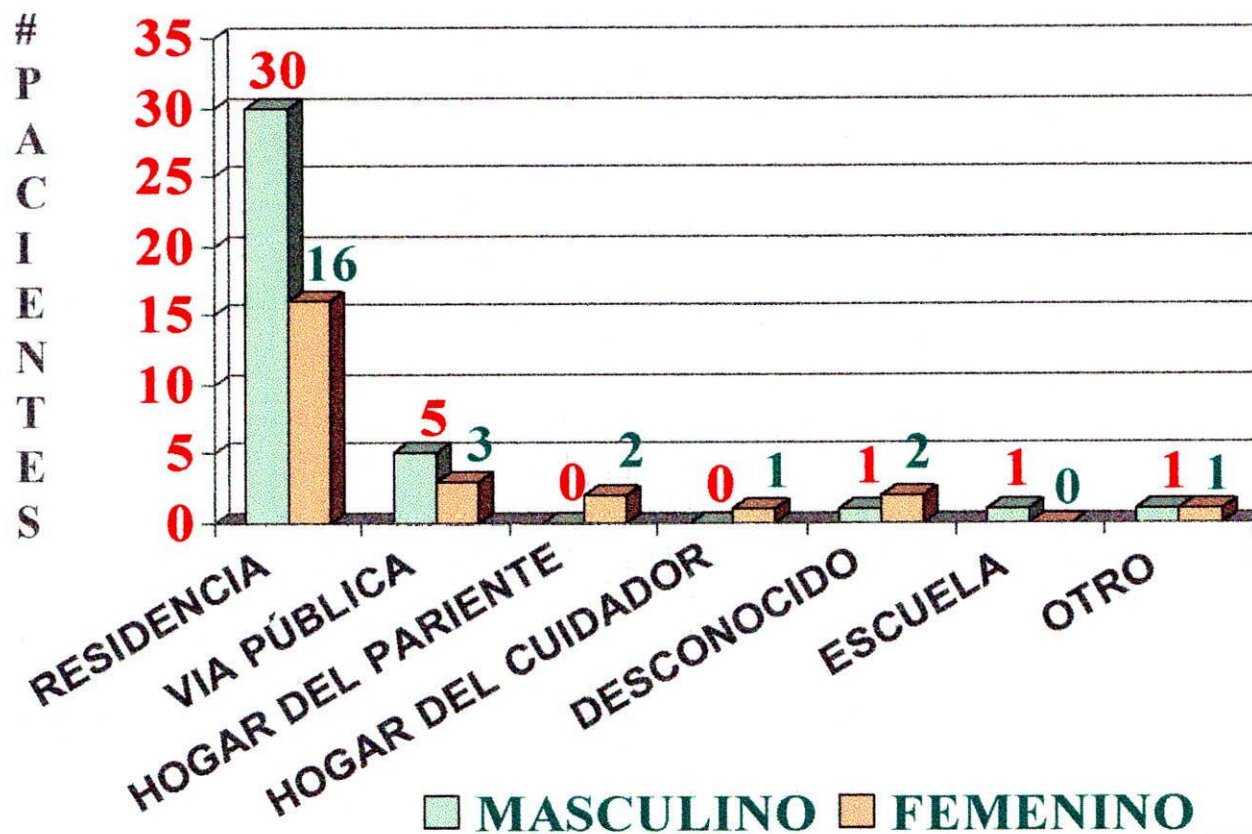


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 21

# LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO PARA CADA GÉNERO

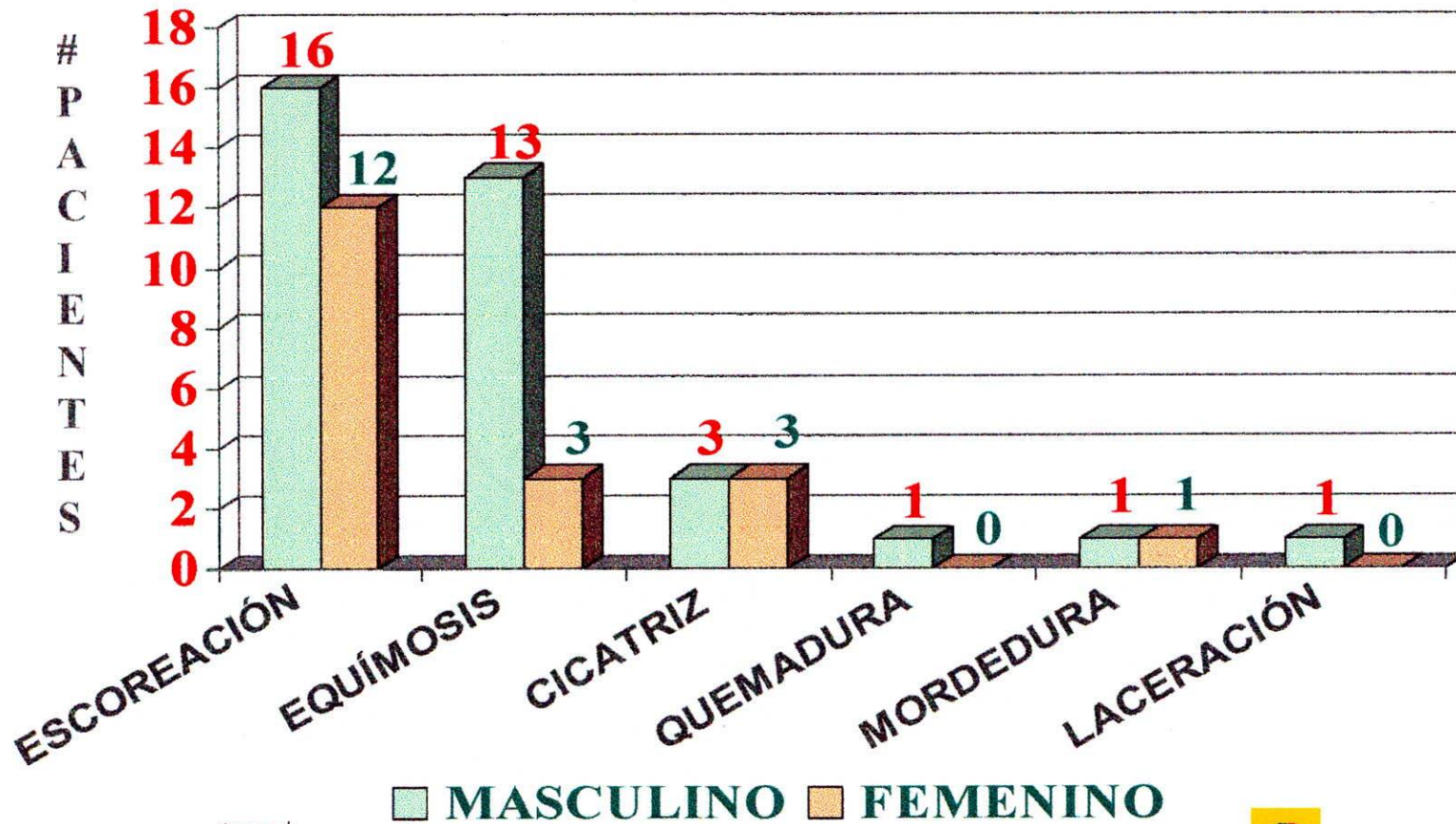


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 22 A

# TOTAL DE LESIONES EXTRAORALES PARA CADA GÉNERO

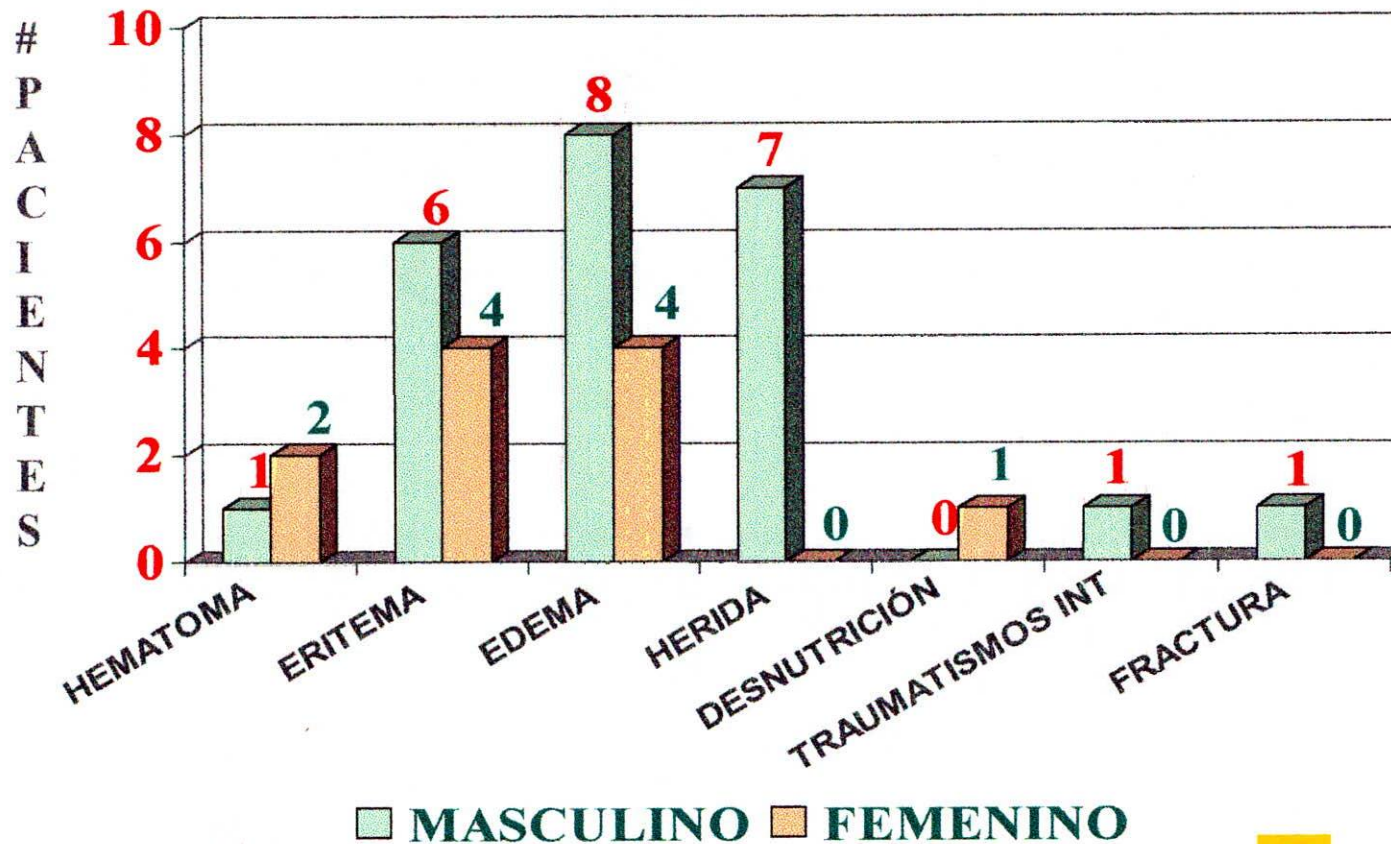


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 22 B

# TOTAL DE LESIONES EXTRAORALES CONT... PARA CADA GÉNERO

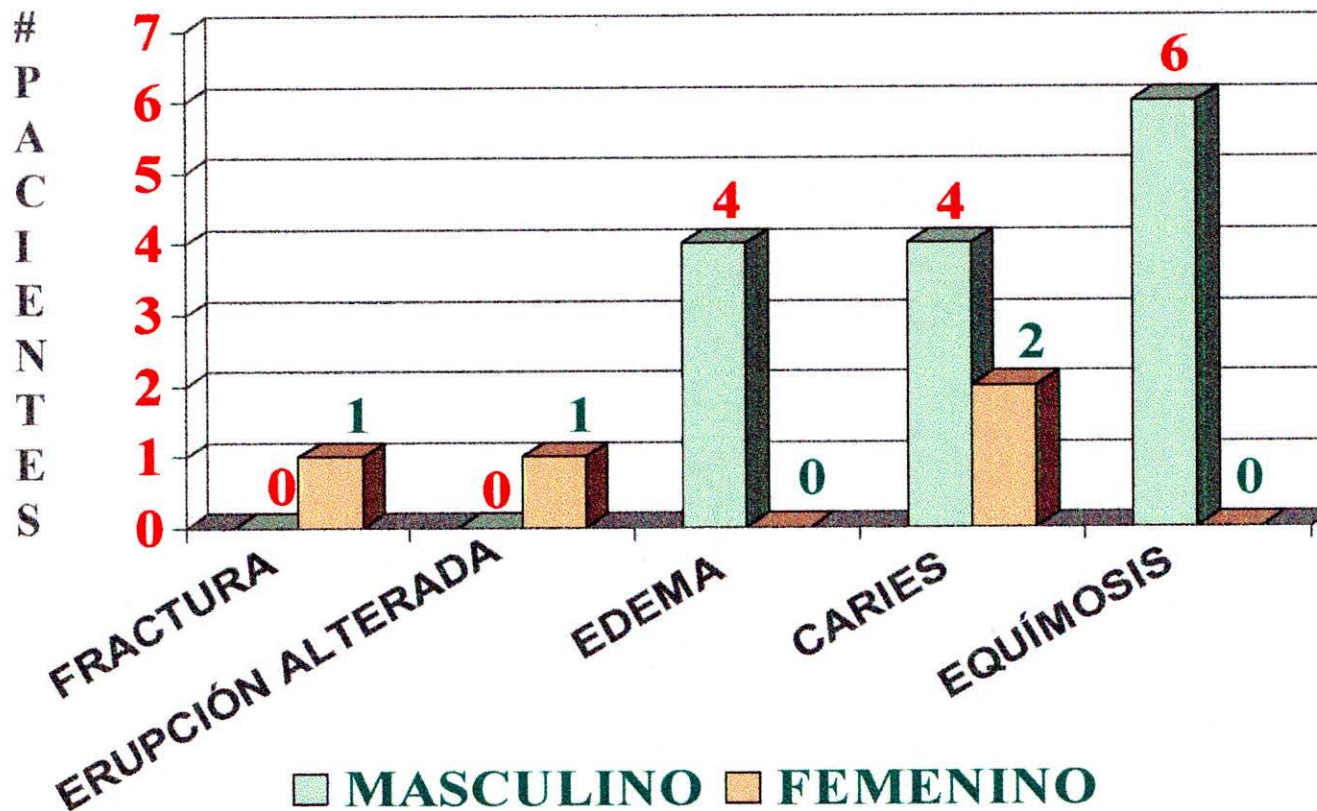


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 23 A

# TOTAL DE LESIONES INTRAORALES PARA CADA GÉNERO

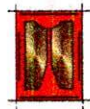
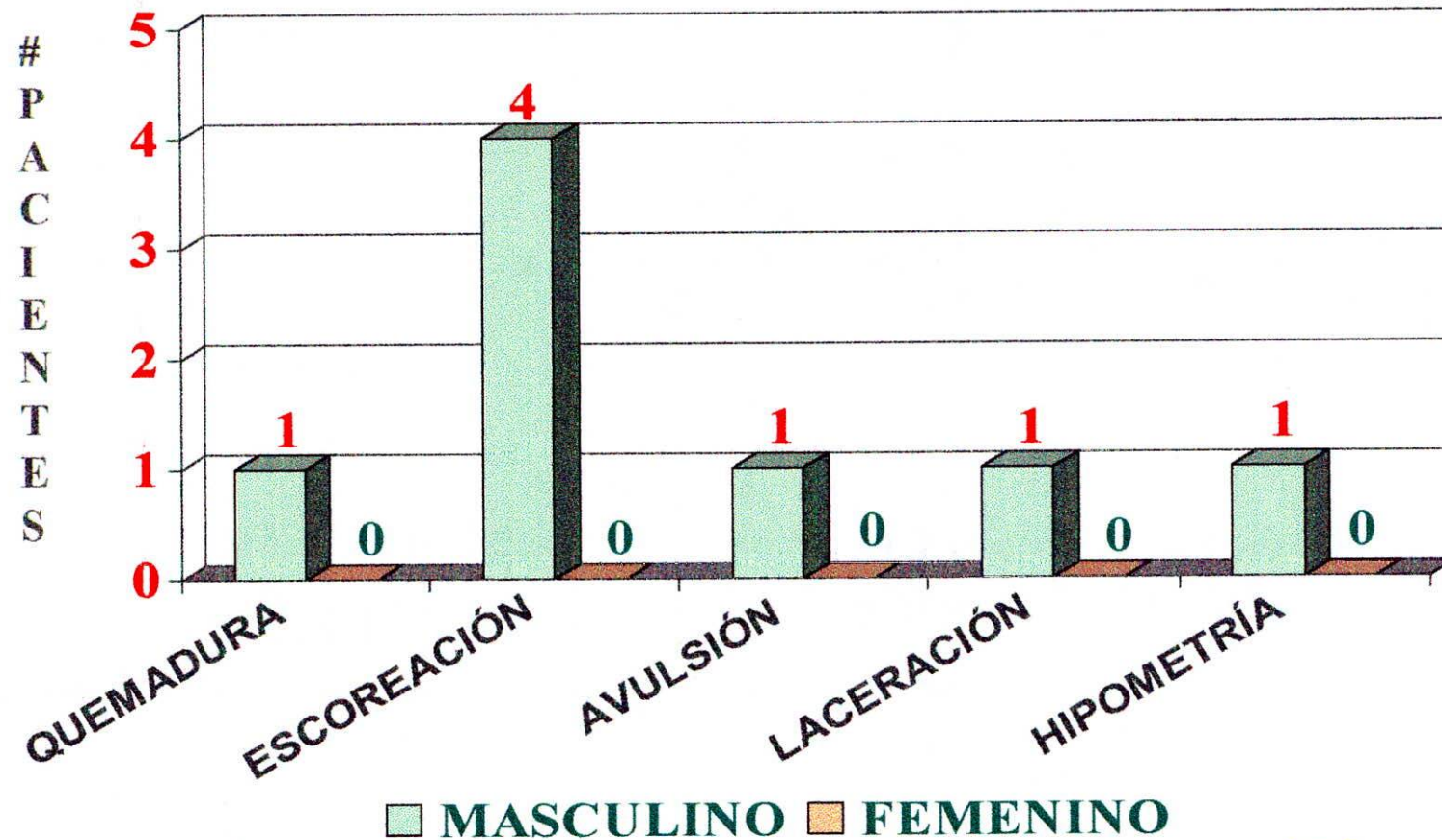


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 23 B

# TOTAL DE LESIONES INTRAORALES CONT... PARA CADA GÉNERO

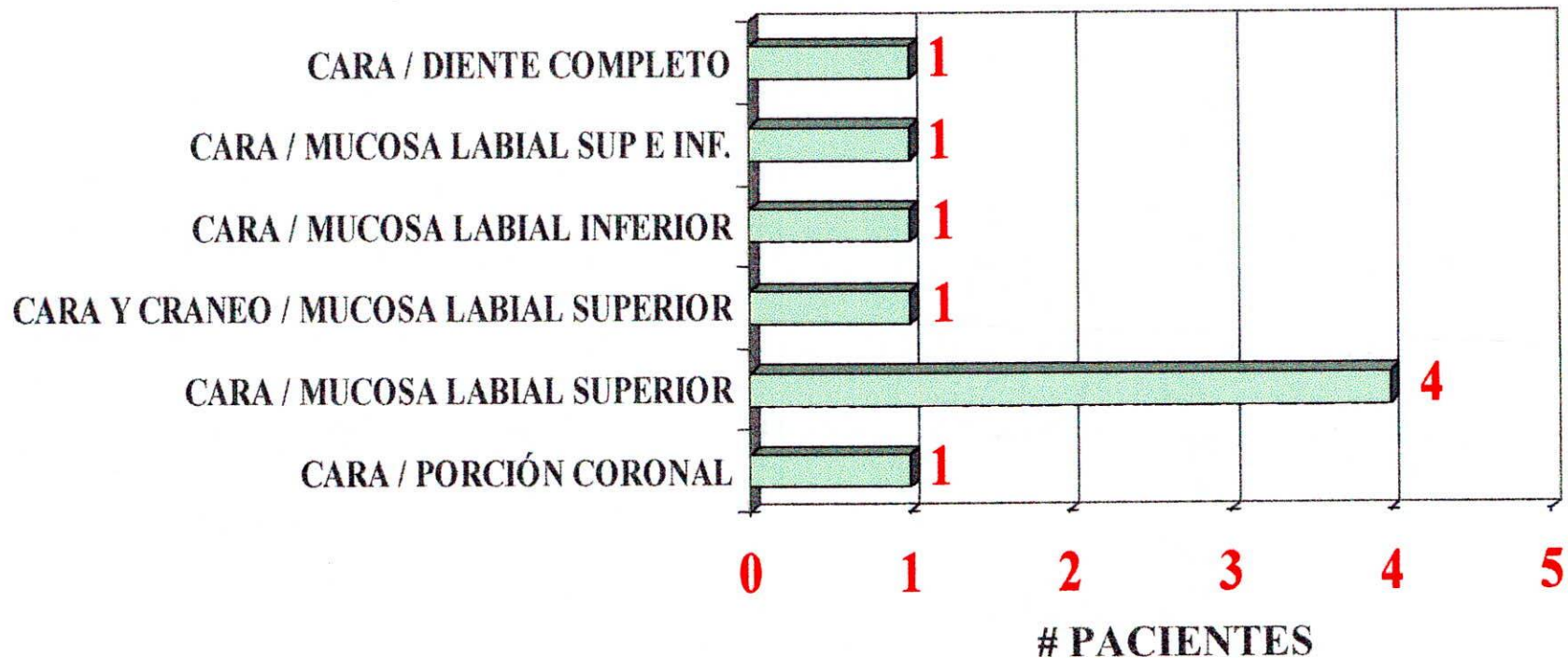


Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



## GRÁFICA 24

# LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LESIONES EXTRA E INTRAORALES



Castro M, Cuestas A, Reyes L, Salas A, Vargas J.



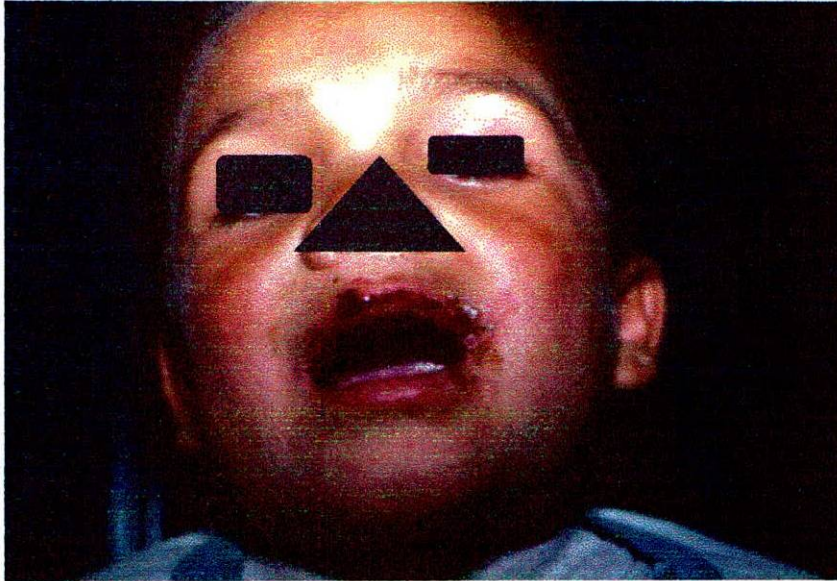
## CASO CLÍNICO 1



Paciente de 1 año de edad, de género masculino, el cual llega acompañado por un funcionario de Villa Javier. Su motivo es abuso físico, remite que es la primera vez que ocurre, no se conocen datos sobre el agresor, se cree que fue su hermanito, donde por negligencia de la madre estaba asistiendo al menor.

El hecho ocurrió en la residencia, cuando su hermano le daba un tetero con un liquido caliente. El diagnóstico del menor es una quemadura de segundo grado, afectando el 4% del segmento corporal, en área especial. Fue hospitalizado en el Guabio y remitido al hospital Simón Bolívar donde permanece 4 días con evolución satisfactoria. Después es llevado a Villa Javier donde recibe curaciones locales con rinfocina. Durante este periodo la madre no hizo acto de presencia.

## CASO CLÍNICO 2



Paciente de 6 años de edad, de género masculino, quien llega acompañado de su madre, el motivo de consulta es abuso físico. El agresor es el padre biológico y es la primera vez que sucede. El elemento causal de la lesión fue una cuchara caliente, el hecho sucedió porque el menor al terminar de cenar, fue a la cocina y comió un poco más de arroz. El tipo de lesión extraoral fue quemadura en labio superior, inferior y comisura.

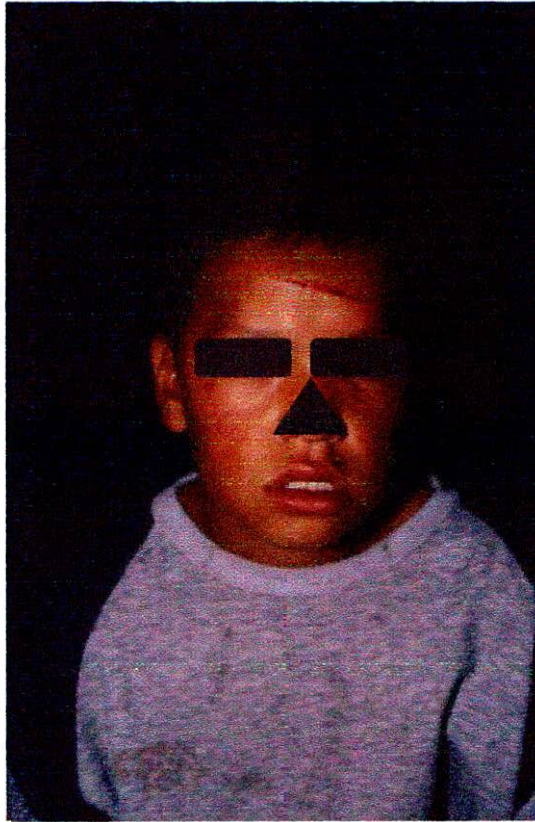
### CASO CLÍNICO 3



Paciente de 13 años, género masculino, estudiante de bachillerato y que llega acompañado por sus padres. Remite abuso físico, hechos ocurridos en Junio 15 de 2000, agredido por un compañero mayor de edad, por primera vez y sin causa alguna, en la vía pública. El elemento causal de la es contundente (puño), aunque también es determinado como no definido ya que el paciente no sabe si el agresor empuñaba algo en su mano. El diagnóstico fue hematoma epidural frontal izquierdo, fractura lineal no deprimida de frontal izquierdo. Ayuda diagnóstica TAC. Recibió atención inmediata en el hospital de la Misericordia. El tratamiento fue una craneotomía para drenaje del hematoma y hemostasia.

La foto que se aprecia es evidencia de la intervención quirúrgica realizada, la evolución del paciente fue satisfactoria.

## CASO CLÍNICO 4



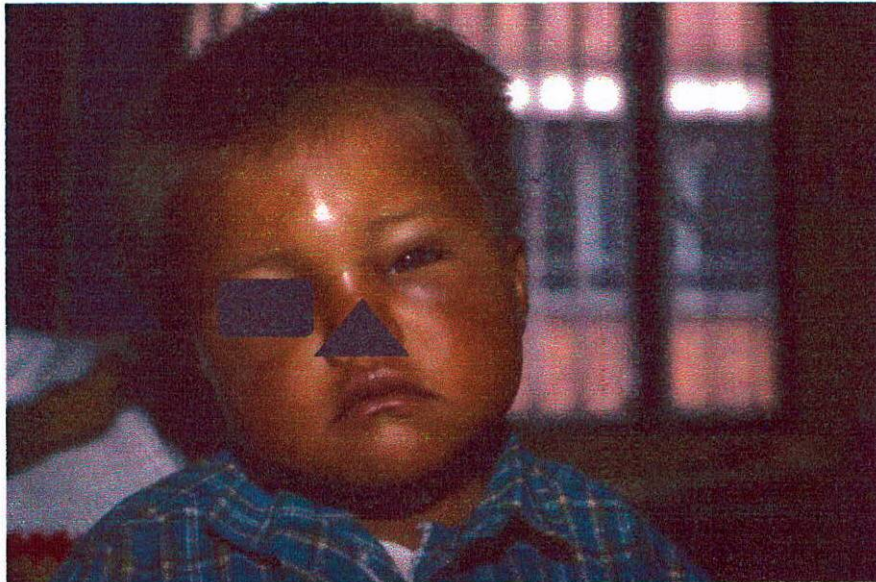
Paciente de 13 años, de género masculino, sordomudo, no estudia, acompañado por su madre. Remite abuso físico por el padre biológico, el cual sucedido en múltiples ocasiones; el lugar donde ocurrió el traumatismo fue la residencia, cuando el joven defendía a su madre de una pelea con su padre. El elemento causal es una tabla. Diagnóstico, edema moderado, equimosis leve y abrasión lineal de 7 cm. en región frontofacial. Además se encuentran secuelas de maltrato y negligencia como una fístula en región infraorbitaria derecha y cicatriz lineal en área mandibular relacionada con una agresión antigua propinada por el padre con un machete.

## CASO CLÍNICO 5



Paciente de 1 año de edad, género masculino, acompañado por una funcionaria de bienestar familiar. Modalidad de maltrato, negligencia o abandono de los padres, lugar donde ocurre el traumatismo la residencia del menor, donde una rata lo mordió en la cara. Cuyo diagnóstico es laceración, eritema y abrasión en región de mejilla y ceja izquierda. Se aprecia claramente las indentaciones de un roedor en la cara del menor. No se anexa historia clínica del centro de salud.

## CASO CLÍNICO 6



Paciente de 2 años, género masculino, acompañado por su madre. Remite abuso físico, propinado por su padre biológico, no es la primera vez que ocurre, en esta ocasión fue por una pelea en la que se enfrentaron sus padres, siendo el menor la víctima. Diagnóstico de edema, hematoma y equimosis a nivel facial en zona occipital, parietal, temporal y frontal.

## CASO CLÍNICO 7



Paciente de 3 años, género femenino, acompañado por un familiar diferente a padres. Remite abuso físico por parte de su madre biológica, de 20 años de edad. No es la primera vez que ocurre, en esta ocasión la madre le dio a su hija una mordida en la cara. Diagnóstico de hematoma en mejilla izquierda. Lesión patrón huella de mordedura humana.

## CASO CLÍNICO 8



Paciente de 2 años, género masculino, acompañado por sus padres biológicos. Modalidad de maltrato negligencia y abandono por parte del hogar de bienestar donde sus padres lo dejaban en el día. El agresor fue un perro, esto sucedió en el jardín donde dejaron a un animal agresivo suelto en el mismo sitio donde se encontraban los menores. El diagnóstico fue herida con borde irregular suturada de 3 cm en sentido transverso en cara, edema moderado y escoriación de 0.5 cm en mejilla derecha, escoriación moderada y eritema en región ciliar derecha, escoriación lineal moderada en sentido vertical desde región temporofacial hasta región malar izquierda.

## **CASO CLÍNICO 9**

Paciente de 2 años, género masculino, distraído, triste y pasivo; acompañado por un agente público. Modalidad de maltrato es negligencia por parte de la madre biológica, lugar donde ocurre el traumatismo es la residencia donde habita. El menor se encuentra en un estado deplorable de abandono y rechazo en el patio con los perros, comiendo del plato de los mismos; en el momento del dictamen al menor se le ofreció una fruta y él respondió con gestos no humanos, no la tomó, solo la olió, imitando comportamiento animal. Se presume retraso en desarrollo sicomotor. Remitido a valoración psicológica. Presenta cicatriz eritematosa en mejilla izquierda.

Debido a que en este caso para poder apreciar bien lo antes mencionado se debe conocer el rostro del menor, es imposible mostrarlo con ojos y nariz ocultos.

ANEXO 1

FICHA CLINICA

1 EDAD				2 ESCOLARIDAD				3 OCUPACIÓN				4 GENERO	
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>				Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/>				Menor Trabajador <input type="checkbox"/>				M	
9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/>				Bachillerato <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>				Estudia <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>				F	
5 MODALIDAD DE MALTRATO						6 RELACION DEL AGRESOR CON EL AGREDIDO							
Abuso Sexual <input type="checkbox"/>						Madre Biológica <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Empleado Domestico <input type="checkbox"/>							
Abuso Físico <input type="checkbox"/>						Padre Biológico <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/>							
Abuso Sicológico <input type="checkbox"/>						Padrastra <input type="checkbox"/> Pareja de la madre <input type="checkbox"/> Empleador del niño <input type="checkbox"/>							
Negligencia o Abandono <input type="checkbox"/>						Madrastra <input type="checkbox"/> Pareja del padre <input type="checkbox"/> Cuidador del niño <input type="checkbox"/>							
Síndrome no Especificado <input type="checkbox"/>						Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Compañero/Amigo <input type="checkbox"/>							
Otros Síndromes (Formas Mixtas) <input type="checkbox"/>						Abuela <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
8 EPOCA DE OCURRENCIA 1 Vez <input type="checkbox"/> Repetida <input type="checkbox"/>						Abuelo <input type="checkbox"/> Agente Público <input type="checkbox"/>						7. EDAD DEL AGRESOR:	
9 LUGAR DONDE OCURRIÓ EL TRAUMATISMO						10 MECANISMO CAUSAL DE LA LESION							
Residencia <input type="checkbox"/> Via Publica <input type="checkbox"/>						Contundente <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> No Definido <input type="checkbox"/>							
Lugar de Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar del Pariente <input type="checkbox"/>						Cortante <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> 11. LESION PATRON							
Escuela <input type="checkbox"/> Hogar del Cuidador <input type="checkbox"/>						Cortopunzante <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/>							
Desconocido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>						Cortocontundente <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> 12. ELEMENTO							
13 TIPO DE AYUDA DIAGNOSTICA													
Radiografía <input type="checkbox"/> Dx				Exámenes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Dx									
14 TIPO DE LESION EXTRAORAL						15 LOCALIZACION ANATOMICA DE LESION EXTRAORAL							
Escoracion <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/>						CRANEO <input type="checkbox"/> CARA <input type="checkbox"/>							
Quemadura <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/>						Contenido Cerebral <input type="checkbox"/> Maxilar Superior <input type="checkbox"/> Palatinos <input type="checkbox"/>							
Mordedura <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/>						Esfenoides <input type="checkbox"/> Maxilar Inferior <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/>							
Laceracion <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/>						Etmoides <input type="checkbox"/> Cigomatico <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/>							
Fractura-Dislocacion <input type="checkbox"/> Hemorragia de Retina <input type="checkbox"/>						Frontal <input type="checkbox"/> Cometes <input type="checkbox"/> Oreja/s <input type="checkbox"/>							
Otros Traumatismos Internos <input type="checkbox"/>						Occipital <input type="checkbox"/> Unguis <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/>							
Contusion - Equimosis - Hematoma <input type="checkbox"/>						Parietal <input type="checkbox"/> Vomer <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/>							
Otros: <input type="checkbox"/>						Temporal <input type="checkbox"/> Nasaes <input type="checkbox"/> Cuero Cabelludo <input type="checkbox"/>							
16 TIPO DE LESION INTRAORAL						17 LOCALIZACION ANATOMICA DE LESION INTRAORAL							
Escoracion <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/>						Mucosa (V) Inf <input type="checkbox"/> Carrillo Derecho <input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/>							
Quemadura <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/>						Mucosa (V) Sup <input type="checkbox"/> Carrillo Izquierdo <input type="checkbox"/> Frenillo Lateral Inf <input type="checkbox"/>							
Linea Alba <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/>						Mucosa Labial Inf <input type="checkbox"/> Encia Inferior <input type="checkbox"/> Frenillo Lateral Sup <input type="checkbox"/>							
Laceracion <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/>						Mucosa Labial Sup <input type="checkbox"/> Encia Superior <input type="checkbox"/> Frenillo Lingual <input type="checkbox"/>							
Fractura-Dislocacion <input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/>						Paladar Blando <input type="checkbox"/> Frenillo Labial Inf <input type="checkbox"/> Piso de Boca <input type="checkbox"/>							
Fasetas de Desgaste <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>						Paladar Duro <input type="checkbox"/> Frenillo Labial Sup <input type="checkbox"/> Mucosa Lingual <input type="checkbox"/>							
Contusion - Equimosis - Hematoma <input type="checkbox"/>						Porcion Coronar <input type="checkbox"/> Porcion Radicular <input type="checkbox"/> Diente Completo <input type="checkbox"/>							
18 NEGLIGENCIA						19 LOCALIZACION ANATOMICA PERIBUCAL							
Caries Extensas <input type="checkbox"/> Ytos Deficientes <input type="checkbox"/>						Labio Superior <input type="checkbox"/> Labio Inferior <input type="checkbox"/> Comisura <input type="checkbox"/>							
Restos Radiculares <input type="checkbox"/> Higiene Oral Deficiente <input type="checkbox"/>													
Enf. Periodontal <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulpar <input type="checkbox"/>													
Zonas de Infeccion <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>													
20 DENTALES													
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28						55 54 53 52 51 61 62 63 64 65							
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38						85 84 83 82 81 71 72 73 74 75							

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIUDAD Y FECHA \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con  
c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, padre o acudiente del menor,  
autorizo la participación de éste, en el estudio titulado " HALLAZGOS CLINICOS  
EN CABEZA Y CUELLO EN NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DEL  
NIÑO MALTRATADO EN CASOS REPORTADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL  
DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. BOGOTÁ 2000. " y del cual él  
estará en total anonimato.

FIRMA: \_\_\_\_\_

CEDULA: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

## DICTAMENES REALIZADOS EN LA ULAM ENTRE EL 6 DE JUNIO Y EL 6 DE SEPTIEMBRE DE 2000

DICATAMEN	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	%
SEXOLOGICO	89	99	160	35	383	26,29
LESIONES PERSONALES	251	193	280	61	785	53,88
EDAD	67	89	111	17	284	19,49
EMBRIAGUEZ	3	2	0	0	5	0,34
<b>TOTAL</b>	<b>410</b>	<b>383</b>	<b>551</b>	<b>113</b>	<b>1457</b>	<b>100,00</b>