

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA  
GUANTÁNAMO**

**VIOLENCIA EN INFANTES**

Dra. Yismai Baile Labrador<sup>1</sup>, Dra. Yasmilda Maria Leyva Labrador<sup>2</sup>, Dra. Virgen I. Urrutia Salazar<sup>3</sup>, Dra. Yasmina Duradez Ruiz.

*1 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

*2 Máster en Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Asistente.*

*3 Máster en Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

---

**RESUMEN**

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la violencia, como problemática universal en infantes. Se realizan consideraciones de gran valor en la preparación integral del médico de la atención primaria en relación con el maltrato infantil; lo cual es de gran importancia en la actualidad para el conocimiento y la práctica médica diaria.

**Palabras clave:** violencia, maltrato infantil.

---

**INTRODUCCIÓN**

Actualmente existe un ambiente lleno de violencia, esta constituye un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia, y en otros una pandemia.

El Maltrato infantil (MI) es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En el siglo IV dc, en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una

forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: "El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad.

Según UNICEF solo en América Latina y el Caribe no menos de 6 millones de niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por violencia intrafamiliar.

Teniendo en cuenta la magnitud y ascendencia como situación actual en el mundo y el impacto social de este problema de salud, se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre esta temática, así como su repercusión en la infancia.

## **DESARROLLO**

Hoy en día la Organización Mundial para la Salud, define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte. Aunque todas las personas pueden ser afectadas por ella, mujeres, ancianos y niños son sus víctimas principales.

## **CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO EN INFANTES**

El MI puede ser clasificado en 6 categorías: abuso físico, sexual, psicológico, las negligencias, abuso prenatal y el síndrome de Munchausen por poder.

De estas 6 categorías, la negligencia es la más frecuente, de mayor morbilidad y mortalidad. Es importante destacar que la negligencia se diferencia de los accidentes porque estos no tienen en cuenta la responsabilidad de padres o tutores, mientras que en la mayoría de las negligencias está presente un fallo por parte de los padres o tutor en ofrecerle al niño: amor, abrigo, amparo, supervisión, educación, atención médica y soporte nutricional y psicológico. En toda definición de negligencia el elemento esencial es un fallo en satisfacer necesidades básicas, que amenacen o dañen el desarrollo del niño.

Se describen varios tipos de negligencias: físicas, médicas, educacionales, de seguridad, supervisión, emocionales, nutricional y abandono. Algunos autores agrupan a la negligencia en 3 grupos: física (incluyendo la médica), educacional y seguridad.

La negligencia física: Se refiere a un fallo en proporcionar al niño sus necesidades básicas: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión.

La negligencia nutricional es la causa más frecuente del bajo peso en los lactantes y puede estar presente en el 50 % de los casos de fallo de progreso.

Los médicos suelen ser los que identifican la negligencia médica que resulta de un fallo del padre o tutor, en ofrecer adecuada atención médica, así como su seguimiento en consultas del niño sano y de especialidades en caso de enfermedades agudas o crónicas. Constituye aproximadamente el 0.4/1000 de los maltratos reportados.

La negligencia educacional incluye el fallo en asegurar la asistencia del niño a la escuela, de prevenir el ausentismo crónico y llegadas tardes, en fin en no asegurarle al niño que cumpla con los requerimientos educacionales establecidos.

El abuso físico puede ser definido como lesiones intencionales a un niño, realizadas por su padre o tutor, utilizando una variedad de medios no accidentales tales como, golpes con la mano u objetos diversos, magulladuras, laceraciones, fracturas, quemaduras, heridas y daño orgánico, capaces de producir resultados peligrosos demostrables.

El maltrato emocional "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación), lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social".

El maltrato psicológico en cambio es "la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (incluye omisiones, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencias, violencia doméstica, insultos, que dañan o reducen sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y atemoriza haciéndolo vulnerable e inseguro, afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social".

El abuso sexual incluye la exposición inapropiada del niño a actos sexuales, el uso pasivo del niño como estímulo sexual por los adultos y el contacto sexual entre el niño y personas mayores. En resumen se refiere a cualquier

acto realizado por un adulto con vía de obtener gratificación sexual. Este puede ser realizado por miembros de la familia (incesto), conocidos o extraños.

El abuso prenatal, definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Explotación: Abarca desde la realización obligatoria y exagerada de trabajos domésticos o laborales por encima de sus capacidades físicas y mentales hasta actos tan indecorosos como la prostitución y pornografía infantil.

Síndrome de Munchausen por poder. En estos casos, los padres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los sometan a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que con frecuencia terminan en ingresos hospitalarios.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Los índices más altos (74.8 %) del maltrato infantil se observan cerca de los tres años, y afectan a los que necesitan más atenciones (en particular discapacitados), hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los tres años y entre los ocho y los once; mientras que en el género femenino es más frecuente a los tres y nueve años.

En Asia meridional los niños que trabajan oscilan entre los 35 y 88 millones, muchos de los cuales laboran en situaciones peligrosas y de explotación.

En América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de tensiones socioeconómicas, desempleo y a la disminución del salario, se incrementan los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad.

Cuba no está exenta de la ocurrencia de maltrato infantil, se reportan estudios en La Habana que demuestran en consulta de urgencias que una parte significativa acude por esta causa dentro de la que predomina la intoxicación exógena secundaria a negligencia y un pequeño número recibieron lesiones provocadas de manera intencional por la madre en su mayoría y detectándose alta frecuencia de trastornos emocionales en la familia y alcoholismo. Además estudiaron causas de muerte

extrahospitalarias en lactantes poniéndose de manifiesto maltrato en el 40 % de los casos (47 % intencional y 52 % por negligencia).

En Santiago de Cuba se demostró en niños de 8 – 10 años pertenecientes a un área de salud, el 56.3 % de ellos son víctimas de violencia intrafamiliar.

## **ETIOLOGÍA**

Los estudios realizados en varios países señalan que el MI es un problema multicausal, en el que intervienen características del agresor, agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Se realizan diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se encuentra que la figura parental que más agrede es la madre. Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez.

Las presiones sociales y familiares a las que se ve sometida hoy la mujer, así como las dificultades cotidianas que tienen que enfrentar favorecen de manera indirecta y en ocasiones de forma directa la aparición de actos de violencia para con sus hijos. Uno de los eventos más importantes por los que puede atravesar la familia, está relacionado con la presencia de un hijo con características especiales en su desarrollo, que no satisfacen sus expectativas. La pareja espera hijos fuertes, bien formados, sanos e inteligentes. Cuando el hijo no cumple estos requisitos la familia se siente agredida, atacada y violentada en su ser. Esta contradicción entre el hijo esperado y el hijo real tiene un gran impacto emocional que generalmente se le atribuye un efecto desorganizador en la vida y la dinámica familiar.

## **DIAGNÓSTICO DEL ABUSO FÍSICO**

La identificación de un abuso físico es un reto para el médico de asistencia. Aunque ocasionalmente el niño puede presentar signos específicos de abuso, más comúnmente, las lesiones no son tan obvias o diagnósticas. Este debe ser sospechado cuando:

- 1) El aspecto físico del niño (ropa, higiene externa, pelo) suele ser lo que denominaríamos «niño sucio», lo que podría demostrar una carencia de cuidados afectivos en su bienestar.
- 2) Casi siempre van a solicitar tratamiento con muchas horas, a veces días, después de ser golpeados.
- 3) Los padres alegan en un porcentaje alto, lesiones accidentales.

- 4) Existe una discrepancia marcada entre los datos referidos por los padres y los que se obtienen por la inspección y exploración.
- 5) La actitud del niño suele ser de indiferencia. A menudo su cara es triste y temerosa. Puede esbozar gestos de defensa al intentar aproximarse a él. Durante la exploración se encuentra apático, no habla aunque se le escape alguna lágrima. Parece cansado y de mayor edad de la que tiene. Durante el tratamiento tiene un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.
- 6) Es frecuente encontrar un retraso psicomotor para su edad, debido a su escasa estimulación psicológica y afectiva por parte de la madre.
- 7) La historia de trauma autoinfligido no concuerda con el desarrollo de las habilidades del niño. Presencia de lesiones patognomónicas de maltrato (ejemplo, fracturas costales posteriores).
- 8) Reacción familiar anormal, en exceso o en defecto ante el daño o lesión, en ocasiones con lenguaje violento hacia el menor.
- 9) Presencia de lesiones patognomónicas de maltrato (ejemplo, fracturas costales posteriores), antecedentes de otro hijo fallecido de causa no bien explicada. Fracturas en los menores de 2 años, asociadas con otras en estadios de formación de cayos.
- 10) Quemaduras simétricas. Abuso sexual. Ingestión de bebidas alcohólicas por las personas que traen al niño, ingestión de bebidas alcohólicas por el "menor", trastornos psiquiátricos en familiares cercanos.

En el área primaria de salud quizás sea el estomatólogo quien pueda observar las lesiones por maltrato, pues entre el 50 y el 70 % de los casos presentan lesiones en cara y boca.

### **LESIONES CARACTERÍSTICAS**

Las lesiones cutáneas en la cara y en la boca son una de las expresiones clínicas más concretas y frecuentes ya que es en la piel donde el niño recibe gran cantidad de golpes. Así se observan contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en zonas no prominentes (orejas, mejillas), hematomas periorbitarios (imagen del antifaz), aunque la unilateralidad no descarta una acción deliberada. La presencia de hematomas en diferentes estadios de resolución hace pensar en una lesión repetitiva.

Quemaduras: Suponen hasta un 10 % de las lesiones físicas por maltrato. Las de la zona orofacial pueden estar originadas por la toma forzada de alimentos demasiado calientes o sustancias cáusticas.

Mordeduras: Si es producida por un humano, muestra un patrón elíptico u ovoide en la piel, a diferencia de las mordeduras de animales, que dejan un patrón de arcada más triangular. Las mordeduras que no producen herida son visibles sobre las veinticuatro horas, mientras que en las que sí hay, la huella permanece varios días en función del espesor del tejido; en tejidos delgados duran más tiempo.

Lesiones intrabucuales: La mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la cavidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6 %. Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, y de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico.

La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo lingual o hallazgo de un eritema o petequias, sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación.

El examen radiográfico también puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50 % de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente, pudiéndose encontrar evidencias de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo. Los padres que maltratan a sus hijos llevan raramente al niño al mismo médico; sin embargo no son tan cautos o precavidos acerca de los estomatólogos.

## **REPERCUSIÓN EN LA PERSONALIDAD DEL INFANTE**

Investigaciones realizadas demuestran la presencia de acciones de índole subjetiva que van a constituir maltrato hacia la psiquis del niño por entorpecer su desarrollo biosicosocial.

La violencia se aprende: Estudios muy serios llaman la atención sobre esta realidad. Con demasiada frecuencia los padres de niños que son maltratados, también fueron niños maltratados, situación que contribuye a perpetuar el ciclo de violencia. Se crean estados psicológicos donde se combinan reacciones afectivas diversas, de ansiedad, ambivalencia, temor, irritabilidad, desconcierto que no siempre son totalmente concientizados por los padres y que originan reacciones de malestar, agresividad, desinterés, rechazo hacia el niño, o sea niños propensos al maltrato y a la violencia. Luntz y colaboradores además relacionan esto con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y suicidios en la adolescencia.

Valenzuela y colaboradores refieren en sus investigaciones una mayor frecuencia de problemas psicosomáticos y diversas alteraciones del comportamiento sexual en personas que tienen antecedentes de abuso sexual en la niñez, en tanto que otros autores lo relacionan con trastornos de la personalidad más severos.

## **PREVENCIÓN**

La prevención del abuso puede ser primaria (universal) y prevención secundaria (selectiva), antes de que ocurra el maltrato.

La prevención secundaria selectiva se ocupa de los grupos de alto riesgo. Esta labor de prevención debe ser jerarquizada por el médico de la familia y los servicios de atención primaria (policlínicos) en la comunidad, junto con todas las organizaciones de masas existentes y nuevos programas sociales actualmente en desarrollo por el Estado. La visita prenatal a la familia y su seguimiento posterior al parto, es considerada como un proceder educativo con buenos resultados en la prevención del maltrato. El papel del pediatra debe ser, de identificar a los padres con alto riesgo de maltrato, que sean capaces de, aceptar, amar y establecer disciplina y cuidados de sus descendientes. La historia educativa para todos los padres, debe incluir información acerca del embarazo, planificación familiar, salud física y emocional, violencia doméstica y actitudes acerca del niño.

## **PRÓNOSTICO**

Estudios realizados sobre el seguimiento de los niños que son abusados y que retornan al hogar con sus padres, sin ninguna intervención, indican que el 5 % son asesinados y el 25 % severamente maltratados.

Con un tratamiento integral intensivo el 80-90 % de las familias pueden estar rehabilitadas capaces de brindar una atención al niño adecuada. Aproximadamente el 10-15 % de las familias que maltratan, sobre todo aquellas con historia de abuso de sustancias, solamente pueden ser estabilizadas y requieren de un seguimiento indefinido, que incluya monitoreo de drogas, hasta que el niño sea suficiente de adquirir individualidad que le permita dejar el hogar. El término del derecho de los padres y la adopción se hace necesario en 2-3 % de los casos. Los niños con lesiones del sistema nervioso central, pueden desarrollar: retardo mental, problemas de aprendizaje, sordera, ceguera, problemas motores, daño cerebral orgánico, convulsiones, hidrocefalia y ataxia. Un tratamiento no adecuado puede convertir al niño en un bravucón, en un delincuente juvenil, en un adulto antisocial y violento que abusa a su familia y una nueva generación de abusadores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Loredó AA. Maltrato al menor. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill; 2006.



2. Loredó-Abdalá A, Reynes-Manzur J, De Martínez CS, Carvajal-Rodríguez L, Vidales-Bayona C, Villaseñor-Zepeda J. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Bol Med Hosp Infant Méx. 2007; 43: 425-434.
3. Manterola MA. La prevención del maltrato a los menores en México. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 2006. P.173-184.
4. Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 2006. Ginebra : WHO, UNICEF; 2006.
5. OMS. Propuesta de acción [Internet]. [Citado 14 Abril 2008]. Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
6. Levav I, Guerrero R, Phebo L, Coe G, Cerqueira MT. El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? Bol Oficina Sanit Panam. 2008; 120:229-239.
7. Corral VV, Frías AM, Romero M, Muñoz A. Validity of a scale measuring beliefs regarding the "positive" effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. Child Abuse Negl. 2006; 19:669-679.
8. Kieran PO. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. Child Abuse Negl. 2006; 19:446-461.
9. Gorita I. Informe anual. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. México, D.F.: UNICEF; 1996. p.4-36.
10. Maltrato de menores [Internet]. [Citado 14 abril 2008]. Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
11. UNICEF. Propuesta de acción [Internet]. [Citado 14 Abril 2007]. Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
12. García García FE, Pérez Martínez T, Perea Corral J, Núñez Wong-Shue J. Muerte extrahospitalaria en menores de 1 año. Rev Cubana Pediatr. 2005; 73 (4).
13. Blanco Tamayo I, Salvador Alvarez S, Cobián Mena A, Bello Sánchez A. Maltrato intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2007; 4(3): 30-37.

14. Merrill LL, Herving KL, Milner SJ. Childhood parenting experiences, intimate partner conflict resolution and adult risk for child physical abuse. *Child Abuse Negl.* 2007; 20:1049-1065.
15. Lesnik-Obertein M, Arend JK, Cohen Leo. Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. *Child Abuse Negl.* 2008; 19:33-49.
16. Kempe RS, Kempe HC. Niños maltratados. 3ªed. Madrid: Morata; 2007.
17. Martínez MM, Reyes RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. *Bol Med Hosp Infant EUA.* 2008; 50:557-563.
18. Kempe HC, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA.* 2007; 81:105-112.
19. Baeza Herrera C, García Cabello LM, Domínguez Pérez ST, Atzin Fuentes JL, Rico Mejía E, Mora Hernández F. Battered Child Syndrome. *Surgical implications Cir.* 2008 Nov-Dec; 71(6): 427-33.
20. Muller RT, Hunter EJ, Stollak G. The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse Negl.* 2006; 19:1323-1335.
21. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 200. p. 192-200.*
22. Santos DD. Intervención de la policía Vasca en el maltrato infantil. En: *El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 2007. p. 311-322.*
23. Maher P. El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México, D.F.: Grijalbo; 2008.
24. Luntz BK, Spatz WC. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry.* 2004; 151:670-674.
25. Valenzuela J, Hernández GL, Sánchez SJJ. Quejas psicósomáticas y comportamiento de adolescentes en función de abuso sexual en la niñez. *Arch Hispanoam Sexol.* 2005;1:201-224.

26. Verdugo MA, Bermejo BG. The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse Negl.* 2004; 190:205-215.
27. Corral VV, Frías AM, Romero M, Muñoz A. Validity of a scale measuring beliefs regarding the "positive" effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse Negl.* 2006; 19:669-679.
28. Fontana V. En defensa del niño maltratado. México, D.F.: Editorial Pax; 2006.
29. Kempe HC. Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Arch Dis Child.* 2005; 46:28-37.
30. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas; 2006.
31. Bert J. Hacia la armonía familiar: programa para capacitar y orientar a la familia de niños con limitaciones físico-motoras. Congreso de Educación Especial. La Habana; 2007.