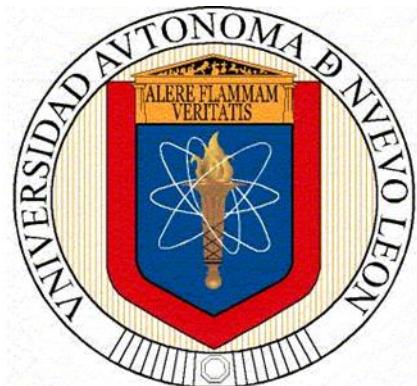


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**IDENTIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO
DEL NIÑO VIOLENTADO EN SU PRIMERA
CONSULTA CON EL ODONTOPEDIATRA**

**POR
EDNA LESLY RIVAS SÁNCHEZ**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA**

OCTUBRE, 2015

IDENTIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO VIOLENTADO EN SU
PRIMERA CONSULTA CON EL ODONTOPEDIATRA

Comité de Tesis

Director de Tesis

Secretario

Vocal

AGRADECIMIENTOS

A Dios, gracias por permitirme alcanzar un logro tan importante en mi vida. Sin Él, nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres, que con su apoyo y amor, me han hecho la mujer que soy hasta este momento, gracias por todas las palabras de aliento, todos los abrazos y más que nada, por toda esa confianza que depositaron en mí.

A mis compañeras de generación, entramos como unas extrañas y nos volvimos hermanas.

A la Dra. Martha Elena García, que más mi coordinadora, la vi como una guía en este camino, gracias por sus palabras de cariño, por sus sonrisas y por ser la mejor coordinadora que pudo ser. No sabe cuánto se lo agradezco

A la Dra. Hilda H. H. Torre, gracias por la paciencia que tuvo conmigo, sin usted, esta tesis nunca se habría terminado.

A todos mis maestros que fueron parte de mi formación en la maestría: Dra. Piva Salazar, Dr. Sergio Moreno, Dra. Fannia Vela, Dra. Ma. Elena Guerra, Dr. Hugo Villarreal, Dr. Jaime Mendoza, Dr. Martín Vélez, Dra. Ana María Salinas, Dra. Nora Torres, Dr. Rodolfo Santoy, Dra. Erika Gonzales, Dr. Luis Gonzales, Dra. Milagros Villa y Dr. Medardo Gómez

A CONACYT, por su apoyo durante toda mi maestría.

Y por último, pero no menos importante, a mi alma mater, la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la cual ha sido mi casa por 8 maravillosos años de mi vida.

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mis padres, que han estado conmigo en cada paso que he dado, que han compartido mis triunfos y me han dado la fuerza para continuar y llegar hasta donde he llegado.

A ti, que has sido mi fortaleza y mi paz en este camino. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
AGRADECIMIENTOS.....	3
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. JUSTIFICACION.....	12
3. HIPÓTESIS.....	13
4. OBJETIVOS.....	14
4.1 Objetivo general.....	14
4.2 Objetivos particulares.....	14
5. ANTECEDENTES.....	15
5.1 Familia.....	15
5.2 Familia funcional.....	16
5.3 Familia disfuncional.....	18
5.4 Maltrato infantil.....	19
5.5 Negligencia.....	19
5.6 Abuso físico.....	22
5.7 Abuso psicológico.....	29
5.8 Abuso sexual.....	30
5.9 Escala de Frankl.....	32
6. MARCO TEORICO.....	35
6.1 Diseño del estudio	35
6.2 Universo del estudio.....	35
6.3 Criterios de selección.....	35
6.4 Variables.....	36
6.5 Tamaño de muestra	37
6.6 Descripción de procedimientos.....	38

6.7 Captura de datos	39
6.8 Método estadístico.....	40
7. RESULTADOS	43
7.1 Grupo de edad y tipo de abuso recibido	43
7.2 Genero y tipo de abuso recibido	44
7.3 Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido	45
7.4 Actitud y tipo de abuso recibido.....	46
7.5 Posición activa y tipo de abuso recibido.....	47
8. DISCUSIÓN.....	48
8.1 Población del estudio.....	48
8.2 Variables.....	52
8.3 Instrumentos de discusión de variables.....	55
8.4 Resultados.....	57
9. CONCLUSIONES.....	63
10. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	64
11. LITERATURA CITADA	65
12. APOYOS VISUALES.....	70
12.1 Tablas.....	70
12.2 Figuras	72

LISTA DE TABLAS

Tablas	Página
I. Grupo de edad y tipo de abuso recibido.....	43
II. Género y tipo de abuso recibido	44
III. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido.....	45
IV. Actitud y tipo de abuso recibido.....	46
V. Posición activa y tipo de abuso recibido.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
I. Grupo de edad y tipo de abuso recibido.....	43
II. Género y tipo de abuso recibido	44
III. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido.....	45
IV. Actitud y tipo de abuso recibido.....	46
V. Posición activa y tipo de abuso recibido.....	47

RESUMEN

Introducción: El maltrato se define como cualquier acto u omisión del mismo realizado por individuos, instituciones o sociedad que priven a los niños de sus derechos constitucionales, su libertad y/o que dificulten su desarrollo óptimo, llámese así negligencia, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual entre otros. El manejo de conducta es la base de la Odontopediatría, poca es la información en cuanto al manejo de pacientes violentados, aunque estos niños presentan características propias que hacen que su atención sea especial. El acercamiento a este tipo de pacientes tiene que ser diferente al de un paciente normal; esta es la base de nuestra investigación, poder identificar al paciente que ha sufrido de abuso y saber qué trato se le debe dar.

Objetivo: observar la actitud de los niños víctimas de abuso durante su primera consulta con el Odontopediatra.

Material y Método: Se revisaron 80 niños y adolescentes de 4 a 15 años que cumplían con los criterios de inclusión del centro DIF Capullos, Guadalupe, Nuevo León, México con algún tipo de abuso como el antes mencionado. Se sentó al niño en el sillón dental, se observó el comportamiento que este presentaba a la primera revisión intraoral realizada desde que fue víctima de abuso, se llenó una encuesta previamente formulada.

Resultados: El 52% se encontraba aprehensivo, el 46.25% amigable y solo un 1.25% agresivo.

Conclusión: No existe una relación entre el abuso y un comportamiento en la atención dental en niños con abuso

ABSTRACT

Introduction: Abuse is defined as any act or omission done by the same individuals, institutions or society that deprive children of their constitutional rights, liberty and / or hinder their optimal development as well call it neglect, physical abuse, psychological abuse, abuse sexual and others. Even though the behavior management is the base of pediatric dentistry, is little the information regarding the management of violated patients, although these children have their own characteristics that make it special attention. The approach to these patients has to be different from a normal patient; this is the basis of our research, to identify the patient who has suffered from abuse and know what type of behavior management should be given.

Aim: observe the attitude of child victims of abuse during his first visit to the dentist.

Materials and Methods: observe the attitude of 80 children and adolescents aged 4-15 years that meet our inclusion criteria from the center DIF CAPULLOS, Guadalupe, Nuevo Leon, Mexico who have suffered some form of abuse as above. We sit the child in the dental chair, we observe the behavior that the child presents in the first intraoral revision, we dismiss the child and fill a previously formulated survey.

Results: the 52% were apprehensive, the 46.25% was friendly and only 1.25% were aggressive.

Conclusion: There is no relationship between abuse and behavior in dental care in children with abuse

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema a nivel mundial, aproximadamente 30% de la población mundial ha admitido haber sido víctima de algún tipo de abuso en su infancia, esto se puede manifestar en una etapa posterior de la vida con problemas de salud física y mental, puede tener efectos sociales y laborales negativos que pueden retrasar el desarrollo económica y social de la persona y por consecuencia de su familia y de su comunidad. Como parte del sector de salud de nuestro país, es nuestra responsabilidad moral y social ayudar a identificar cuando este abuso este siendo llevado acabo. Es posible que los odontopediatras tengan contacto con los pacientes en esa etapa tan crucial en la vida de un niño, por lo que debe saber identificar algún tipo de comportamiento inusual en el paciente y de esta manera, ayudar a aquella persona que no tiene las armas para defenderse a si mismo.

Por lo que se planteó la pregunta: ¿Qué relación existe entre la conducta durante la primera consulta odontopediátrica y el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso?

2. JUSTIFICACIÓN

El maltrato se define como cualquier acto u omisión del mismo realizado por individuos, instituciones o sociedad que priven a los niños de sus derechos constitucionales, su libertad y/o que dificulten su desarrollo óptimo. (Gómez J; 2002).

Negligencia se refiere a la acción de descuido o la omisión de la satisfacción de la de las necesidades básicas de un niño, tanto fisiológicas como cognitivas, emocionales, sociales, educaciones, de su seguridad, bienestar y/o de autoestima (Gómez J; 2002)

Debido al gran impacto que tiene la familia en los seres más pequeños, las frustraciones o factores externos que afectan a esos modelos de vida de una manera psicológica o emocional, pueden tener graves e irreversibles repercusiones en el comportamiento y estabilidad emocional de los niños, esto cuando se les recrimina o se desquitán con ellos, ya que a falta de conciencia y abundante inocencia, el niño pierde toda credibilidad, confianza y empatía con la sociedad en la que se desenvuelve, pues la mentalidad de que la persona en la que más confiaba le dañara, lo acompaña para el resto de su vida. (Martínez P; 2003)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002.

Siendo los odontopediatras una especialidad que puede interceptar este tipo de pacientes a una edad temprana, es de suma importancia saber y poder detectar algún tipo de comportamiento extraño en el niño, poder identificarlo y de esta manera ayudar a que su sufrimiento llegue a su fin.

3. HIPOTESIS

Hipótesis nula

No existe relación entre la conducta en la primera consulta odontopediátrica y el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso.

Hipótesis alternativa

Existe relación entre la conducta en la primera consulta odontopediátrica y el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso.

4. OBJETIVOS

4.1. General

Observar en los niños víctimas de abuso el comportamiento durante su primera consulta odontopediatrica.

4.2. Especifico

Relacionar e identificar el tipo de conducta que manifiesta en su primera consulta odontopediatrica el niño violentado con el tipo de violencia que ha sufrido el niño por medio de una encuesta.

5. ANTECEDENTES

5.1. Familia

La familia es el núcleo en el que se basa la formación más básica e importante del individuo como parte de la sociedad, lo cual la vuelve de suma importancia ya que cualquier fractura de alguna de estas tiene gran repercusión a nivel social puesto que la persona afectada, si no se le ayuda, puede convertirse en un virus que va a ir dispersando y poco a poco infectando nuestra comunidad. (García M; 2010)

La OMS define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinan los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”

- Existen distintos tipos de familia (García M; 2010)
 - Pueden estar constituidos por:
 - matrimonio civil
 - unión libre
 - La conformación de una familia puede ser cualquiera de las siguientes:
 - El marido, la mujer, sus hijos cuando accidentalmente pueden formar parte del grupo familiar también con otros parientes.
 - El marido, la mujer y sus hijos no biológicos cuando accidentalmente pueden formar parte del grupo familiar también con otros parientes.

- Unión de personas del mismo sexo, hijos biológicos o no biológicos cuando accidentalmente pueden formar parte del grupo familiar también con otros parientes.
 - Abuelos, tíos, o algún otro familiar relacionado biológicamente con el niño que tome el rol de padre y/o madre.
 - Un solo parent, sus hijos cuando accidentalmente pueden formar parte del grupo familiar también con otros parientes.
 - Niños que viven en institución por ausencia de sus padres y/o familiares
 - Familia sin vínculo: grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.
- Se encuentra estructurado por vínculos legales, económicos, religiosos y sobre todo por una determinada red de derechos y prohibiciones sexuales

5.2. Familia funcional

Esta institución, como todas, se basa en el trabajo y esfuerzo de sus cabezas de institución para fomentar los aspectos y valores básicos que requiere el ser humano en cuanto al buen funcionamiento en sus interacciones sociales, así como comprender su desempeño dentro de la sociedad. (García M; 2010)

El origen de un individuo, va a ser un factor determinante en sus creencias, costumbres, religión, comportamiento y expectativas de vida, puesto a que el niño toma

como roles y modelos de vida a sus familiares más allegados, llámese padres, hermanos, abuelos, etc. (García M; 2010)

Las 10 características de las familias funcionales: (García M; 2010)

1. Sentimiento de unión y compromiso de los miembros como unidad de relación y cuidado mutuo
2. Respeto a las diferencias individuales, autonomía y necesidad independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, desde la más joven a la mayor
3. En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo de el poder y de las responsabilidades.
4. Autoridad y liderazgo parental y ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia
5. Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.
6. Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surgen y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.
7. Comunicación abierta caracterizada por claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.
8. Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.

9. Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de problemas, sentimiento de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos e interés por la comunidad humana en general.
10. Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como la comunidad y los sistemas sociales mayores.

5.3 Familia disfuncional

Debido al gran impacto que tiene la familia en los seres más pequeños, las frustraciones o factores externos que afectan a esos modelos de vida de una manera psicológica o emocional, pueden tener graves e irreversibles repercusiones en el comportamiento y estabilidad emocional de los niños, esto cuando se les recrimina o se desquitán con ellos, ya que a falta de conciencia y abundante inocencia, el niño pierde toda credibilidad, confianza y empatía con la sociedad en la que se desenvuelve, pues la mentalidad de que la persona en la que más confiaba le dañara lo acompaña para el resto de su vida. (Martínez P; 2003)

Las características de una familia disfuncional son:

1. No existe respeto entre sus miembros, base fundamental para su funcionalidad.
2. No existen reglas de convivencia que proporcionen tranquilidad y estabilización.
3. No se tienen establecidos objetivos educativos.
4. La comunicación es pobre.
5. El dialogo, motor de la vida matrimonial, no se establece con frecuencia.

6. No tienen definido que la autoridad de padre y madre es compartida
7. Como pareja desconocen su realidad y por lo mismo no establecen patrones de conducta
8. Desconocen su realidad para producir el cambio de conducta o de carácter
9. Su convivencia es posible que sea un ámbito de desencuentros

(García M; 2010)

5.4. Maltrato Infantil

El maltrato se define como cualquier acto u omisión del mismo realizado por individuos, instituciones o sociedad que priven a los niños de sus derechos constitucionales, su libertad y/o que dificulten su desarrollo óptimo. (Gómez J; 2002)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002.

5.5. Negligencia

Se refiere a la acción de descuido o la omisión de la satisfacción de las necesidades básicas de un niño, tanto fisiológicas como cognitivas, emocionales, sociales, educaciones, de su seguridad, bienestar y/o de autoestima (Gómez J; 2002)

Indicadores de Negligencia:

- ❖ Consecuencias por negligencias en la alimentación (depravación de alimentos, dietas inadecuadas):

- Malnutrición proteico-energética aguda y/o Obesidad
 - Fallo de medro
 - Retraso de crecimiento
 - Raquitismo
 - Microcefalia
 - Anemias (principalmente ferropénica)
 - Déficit de vitaminas
 - Déficit de oligoelementos
 - Palidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente
 - Retrasos en el desarrollo psicomotor
 - Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje
 - Retraso en el desarrollo puberal.
- ❖ Consecuencias por falta de higiene en el hogar:
- Infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales
 - Infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial, recurrente y/o persistente, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continua a humo de tabaco.
- ❖ Consecuencias por falta de aseo:
- Mal olor
 - Vestuario inapropiado, sucio

- Pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopecicas, piojos, liendres
 - Uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas
 - Piel sucia, con roña ("coraza indisoluble"), con costras, con pliegues cutáneos macerados
 - Eczemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.
- ❖ Consecuencias por permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas:
- Eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación
 - Quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.
- ❖ Consecuencias por negligencias en el cuidado odontológico:
- Caries en número abundante y no tratadas
 - Falta de dientes
 - Flemones repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales
 - Pérdida del color normal de los dientes.
- ❖ Consecuencias por la falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental:
- Caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.

- ❖ Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.):
 - Enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc.
- ❖ Por despreocupación en la atención a las enfermedades (retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes):
 - Enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo, enfermedades prolongadas, complicaciones evitables, muerte.

(Gonzalvo O.; 2002)

5.6. Abuso físico

Es considerado como el acto en el cual hay una acción física, no accidental por parte de los padres o de cualquier adulto que pueda provocar el daño físico o lesionar seriamente a un menor. (Gómez J; 2002)

El abuso físico es el segundo tipo de abuso más frecuente, después de la negligencia, de acuerdo con el NCANDS más de 152,000 niños fueron víctimas de este tipo de abuso en el 2004 (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los E.U., 2006)

Indicadores de Maltrato físico (Gonzalvo O.; 2002)

1.- *Lesiones cutáneo-mucosas*

- ❖ Hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones y pinchazos
- ❖ Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada
 - Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesiones
- ❖ Presencia frecuente y reiterada (indicador de especial importancia en menores de tres años)
- ❖ Localización en zonas no habituales y no prominentes:
 - Áreas periocular y peribucal, región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando y duro, encías, frenillos), zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, región proximal y postero-interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas.
- ❖ Distribución:
 - Ocupan zonas extensas, afectan a varias áreas diferentes y adoptan disposición simétrica.
- ❖ Configuración en formas geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto.
- ❖ En distintos estadios evolutivos de curación* y/o de cicatrización.

Quemaduras y escaldaduras

- ❖ Incompatibles en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño, su nivel de desarrollo y con la historia relatada.
- ❖ Presencia reiterada.
- ❖ Localización múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies y piernas.
- ❖ Distribución simétrica en forma de "calcetín o de guante"(producidas por inmersión en agua caliente); en forma de "imagen en espejo" (palmas de manos, plantas de pies).
- ❖ Bordes nítidos que reproducen la forma del objeto (p. e. plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerda, cigarrillos, etc.).
- ❖ En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).
- ❖ Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.

Mordeduras

- ❖ Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.)
- ❖ Recurrentes (aisladas o múltiples).

Alopecia traumática

- ❖ Presencia combinada de zonas de pelo sano entre zonas arrancadas sin que sigan una distribución determinada.
- ❖ Diferente longitud de pelo en una zona del cuero cabelludo sin explicación aparente.
- ❖ Localización occipital u occipito-parietal.

- ❖ Diagnóstico diferencial: áreas decalvantes por permanencia en decúbito (lactantes); tricotilomanía; enfermedades dermatológicas (tiñas, alopecia areata.)

2.- *Lesiones dentales*

- ❖ Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada.
- ❖ Decoloración (necrosis de la pulpa) por traumatismo antiguo
- ❖ Fracturas, desplazamientos o avulsiones.

3.- *Lesiones osteo-articulares*

- ❖ Cualquier fractura/luxación en niños menores de dos años (especialmente si todavía no deambula).
 - Fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación
- ❖ Mecanismos de producción plenamente discordantes con la capacidad del niño por su edad de maduración.
- ❖ Asociación frecuente con lesiones cutáneo-mucosas, internas, por intoxicación intencionada o por negligencia.
- ❖ *Tipos de fracturas más frecuentemente observadas:*
 - Fracturas diafisarias en la mitad de los huesos largos ["en espiral" (por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial)].
 - Fracturas metafisarias por arrancamiento secundarias a mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado.
 - Lesión epifisaria con desplazamiento, arrancamiento o fractura.
 - Despegamiento perióstico exuberante por hemorragia subperióstica; formación de nuevo hueso perióstico.

- Fracturas craneales de tipo lineal, conminutas, con hundimiento o diastasadas, por impacto directo.
- Fracturas en nariz (huesos propios, tabique) o mandíbula por impacto directo.
- Fracturas-luxaciones de columna vertebral por mecanismo de hiperflexión-hiperextensión forzada por impacto directo.
- Fracturas costales múltiples, frecuentes en región posterior (adyacente al cuerpo vertebral) o lateral, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas de escápula o esternón, por trauma directo o compresión anteroposterior del tórax.
- Fracturas digitales.

❖ *Secuelas:*

- Desviación, deformación o acortamiento de extremidades (lesiones con afectación del cartílago de crecimiento o con desplazamiento de las epífisis).
- Lesiones de médula espinal (en lesiones de columna vertebral).

4.- *Lesiones orgánicas internas*

- ❖ Aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico.

Neurológicas (intracraneales)

❖ *Mecanismos de producción:*

- Impacto directo sobre el cráneo; aceleración-desaceleración de la cabeza de atrás adelante ("Síndrome del niño sacudido")
- Compresión de la arteria carótida primitiva ("Síndrome de estrangulamiento")

- Aceleración rotacional brusca de la cabeza traccionando de la oreja ("Síndrome de la oreja en coliflor")
 - Compresión persistente y violenta del tórax.
 - ❖ *Lesiones más frecuentemente observadas:*
 - Hematoma subdural (agudo o crónico), hematoma agudo subdural interhemisférico en región parieto-occipital, hemorragias subaracnoideas, edema cerebral, focos de contusión cerebral, infartos isquémicos, atrofia cerebral con degeneración quística, hematoma epidural, dilatación del sistema ventricular, edema pulmonar.
 - ❖ *Secuelas:*
 - Lesiones cerebrales permanentes e irreversibles (tetraplejia espástica, disfunciones motoras importantes, ceguera cortical, trastornos convulsivos, hidrocefalia, microcefalia)
 - Retraso mental; problemas del aprendizaje, motrices o conductuales.
- Oculares**
- ❖ *Mecanismos de producción:* : impacto directo sobre el ojo y similares a los de las lesiones intracraneales.
 - ❖ *Lesiones más frecuentemente observadas:*
 - Hemorragias retinianas (unilaterales o bilaterales), desprendimiento de retina, "placas lacunares retinianas", hemorragia vítreo, edema corneal, queratitis, opacidad corneal, cataratas traumáticas, subluxación del cristalino, atrofia del iris, sinequias irido-cristalinas y "glaucoma congénito" bilateral (post-traumático).
 - ❖ *Secuelas:* cicatriz macular, atrofia óptica y ceguera.

Ópticas

- ❖ *Mecanismo de producción:* impacto directo sobre zona periauricular.
- ❖ Lesiones más frecuentemente observadas: hemorragia, desgarro o perforación timpánica.
- ❖ Secuelas: hipoacusia, sordera.

Viscerales y torácicas

- ❖ *Mecanismo de producción:* impacto directo; compresión.
- ❖ *Cuadros Clínicos:*
 - Abdominal
 - Con distensión, dolor, vómitos y/o hemorragia; abdominal obstructivo; dificultad respiratoria
- ❖ *Lesiones Más Frecuentemente Observadas:*
 - Hematoma duodenal intramural
 - Pseudoquiste pancreático
 - Pancreatitis hemorrágica
 - Ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólico
 - Hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal
 - Desgarro mesentérico y hepático, con contusión
 - Ruptura del colédoco
 - Estenosis ileal
 - Hemoperitoneo y ascitis quilosa post-traumática
 - Edema, contusión y hematoma pulmonar

- Contusión esplénica y renal
- Hemotórax, neumotórax o quilotórax.

5.7. Abuso psicológico

El abuso psicológico consta en el daño verbal y/o psicológico que los padres, tutores, familiares o personas en general pueden provocar en una persona, con críticas, hostilidad verbal, denigraciones, expectativas irrealistas, amenazas, rechazo, induciendo de esta manera miedo y ansiedad (Iwaniec D; 1999)

El abuso psicológico ha sido poco estudiado y se podría decir que es el menos investigado de los diferentes tipos de abuso, ya que es difícil de definir y un reto para tratar (Jellen y Cols 2001)

Se ha reportado que en el 2004, se levantaron más de 61,000 reportes de abuso emocional o psicológico en los Estados Unidos (departamento de Salud y Servicios Sociales de los E.U. 2006)

Indicadores de Maltrato Psicológico (Gonzalvo O.; 2002)

- ❖ Fallo de medro, lo cual se definiría como la incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla.
- ❖ Retraso de crecimiento "no orgánico".
- ❖ Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño.
- ❖ Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- ❖ Retrasos en el desarrollo psicomotor.

5.8. Abuso Sexual:

El abuso sexual incluye cualquier acto a un niño que sea impuesto por un adulto, tanto familiar, conocido, o extraño, con el propósito de gratificación sexual. Esto incluye una amplia gama, desde comportamientos agresivos como un contacto inapropiado, simulación de relaciones sexuales, caricias genitales, contacto boca-genital, penetración de la vagina o ano, hasta comportamientos no agresivos como exhibicionismo y voyerismo (Deblinger E; 1997)

El Sistema de Justicia registró 53,000 violaciones cometidas contra menores de edad entre 1997 y 2003, o sea un promedio de 7,600 casos por año o 21 cada día. En 2002 fueron consignadas por abuso sexual 1,161 personas en todo Mexico.

Indicadores de Abuso Sexuales

- ❖ Dificultad para andar o sentarse.
- ❖ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- ❖ Escoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas.
- ❖ Eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar
- ❖ duro y blando.
- ❖ Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- ❖ Signos asociados a sofocación parcial (petequias periorbitarias, marcas en el cuello).
- ❖ Hemorragia genital o rectal.
- ❖ Vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picor, inflamación y/o flujo).

- ❖ Balanitis y balanopostitis; parafimosis.
- ❖ Presencia de semen en piel, región perioral, cavidad oral, genitales, ano o ropa.
- ❖ Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas, en ausencia de una explicación accidental adecuada: edemas, laceraciones, abrasiones, contusiones, desgarros, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordeduras, cicatrices, quemaduras (en ocasiones provocadas por actos sádicos deliberados).
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía perinatal:
 - Sífilis *
 - Gonococia *
 - Chlamydia trachomatis *
 - Infección por VIH *
 - Trichomonas vaginalis **
 - Herpes genital ***
 - Condiloma acuminado anorectal ***
 - Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*)
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Molluscum contagiosum

[* abuso sexual seguro; ** muy sospechoso; *** sospechoso; los demás no son concluyentes].

- ❖ Cuerpo extraño en la vagina o el recto.
- ❖ Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia y no dice quién es el padre.

- ❖ Disuria; defecación dolorosa; dolor abdominal; prurito genital o anal.
- ❖ Infección urinaria recidivante.
- ❖ Lesiones específicas o compatibles:
 - Vulvovaginales:
 - Adherencias labiales, sinequias del himen, ausencia del himen, remanentes del himen, dilatación himeneal > 5-6 mm. , rupturas del himen.
 - Anales y perianales:
 - Dilatación anal refleja > 15 mm. y reproducible (sin materia fecal en la ampolla), acortamiento o eversión del canal anal, fisuras únicas omúltiples de localización posterior, congestión venosa perianal, verrugas perianales.

(Gonzalvo O.; 2002)

Incidencia de los diferentes tipos de abuso en México

Tipo	1998	1999	2002
Negligencia	1,615	2,592	3,080
Abuso físico	8,201	8,162	7,118
Abuso Psicológico	4,218	5,236	5,338
Abuso Sexual	1,018	1,044	1,123

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 1998-2002.

5.9 Escala de Frankl

En 1962, el Dr. Spencer N. Frankl y colaboradores realizaron una revisión de literatura en donde crearon una escala del comportamiento de pre-escolares fácil y objetiva.

Es una escala que permite evaluar la conducta del paciente durante la consulta odontopediátrica, aunque puede ser usada para cualquier rama de la odontología.
(Reis, 2008, García-Losa, 2000)

Tiene cuatro escalas: I, II, III, y IV y envuelven las siguientes características:

Tipo I: definitivamente negativo.

- Rechaza el tratamiento dental.
- Grita fuerte.
- Se encuentra temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Tipo II: negativo.

- Difícilmente acepta el tratamiento.
- No coopera.
- Tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas.

Tipo III: positivo.

- Acepta el tratamiento.
- A veces es cauteloso.
- Muestra voluntad para acatar órdenes.
- A veces con reservas, pero el paciente sigue las indicaciones del odontopediatra.
- Cooperativa.

Tipo IV: definitivamente positivo.

- Buena relación y armonía con el odontólogo.
- Interesado en los procesos odontológicos.
- Ríe.
- Disfruta.

(Shinohara, 2005; song, 2003; Pardo-Alvade, 2009; Sharath, 2009; Rojano-Santillan, 2004)

Por su practicidad, esta escala es ampliamente utilizada en la práctica diaria y también como guía para investigaciones sobre la ansiedad, miedo, conducta o comportamiento del menor de edad alrededor del mundo. (shinohara, 2005). Además como guía para valoración en el caso de que un menor de edad necesite, por conducta, el uso de anestesia general y/o sedación.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Diseño del estudio

Descriptivo

Abierto

Observacional.

Retrospectivo.

Transversal

6.2. Universo de estudio

Estuvo constituido por 80 Niños y adolescentes de 4 a 15 años del centro DIF “capullos” que fueron víctimas de algún tipo de abuso (abuso físico, psicológico, sexual o/y negligencia). Se hicieron las observaciones de acuerdo a los criterios de inclusión.

6.3. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión.

Niños y adolescentes de 4 a 15 años que han sufrido de abuso (físico, psicológico, sexual)

Criterios de exclusión.

Niños y adolescentes de 4 a 15 años que han sufrido de abuso (físico, psicológico, sexual) que se reúsen a ser tratados

Niños y adolescentes que no hayan sufrido de abuso

Criterios de eliminación.

Niños y adolescentes que hayan sido influenciados al momento de realizar la prueba

6.4. Variables

Las variables independientes fueron determinadas como género, el tipo de abuso, la edad y la escolaridad. Estas variables fueron tomadas de los expedientes clínicos que se les abre al momento de que entran a esta institución. Este mismo expediente se encuentra en la vivienda temporal del niño, por lo que al momento de que nosotros íbamos a buscar al niño para realizar la muestra, sus cuidadoras nos proporcionaban el expediente para poder recopilar los datos.

Las variables dependientes fue tomada por la escala de Frankl, en donde nosotros observábamos el comportamiento general y específico del paciente, desde el momento que íbamos por el niño hasta el momento que lo despedíamos de la consulta con el odontopediatra. Se observaba su posición postural, si esta era erguida o si se encontraba encorvado, su manera de reaccionar a cualquier tipo de acercamiento del odontopediatra.

6.5. Tamaño de la muestra

Por las condiciones de la variable a evaluar del tipo cualitativa (conducta en la primera consulta odontopediátrica y su relación con el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso), donde además, se trató de una población infinita en la cual se estimó el tamaño de la muestra con la aplicación de la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

En este trabajo se determinó los siguientes valores que fueron obtenidos del artículo “Childhood Maltreatment and the Development of Relational and Physical Aggression: The Importance of a Gender-Informed Approach” y aplicados para determinar el tamaño de la muestra:

$z= 1.96$ para 95% confiabilidad

$p=0.51$

$e=10\%$

Para obtener el tamaño de la muestra se sustituyó los valores y se obtuvo que:

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.51)(0.49)}{(0.10)^2} \quad n=80$$

De aquí se obtuvo que el número total de muestras para el estudio será de 80, los cuales fueron elegidos entre todos aquellos que cumplan los criterios de elección para ser incluidos en el estudio.

6.6. Descripción de procedimientos

A todo niño u adolescente que ingresaba por primera vez al centro DIF “capullos” se le iba a buscar a su área previamente designada, se le pedía permiso a su cuidador, el cual nos daba la autorización para poder llevar al niño u adolescente al área dental. Se tomaban ahí mismo los datos generales del paciente, los cuales se obtenían de un expediente que era proporcionado por la misma institución. El paciente era llevado al área dental, se hacía una pequeña charla de camino al área dental en donde se observaba la manera en la que el paciente contestaba, si contestaba de una manera hostil, cortante o amigable, su manera de caminar, si era tensa o relajada. Ya en el área dental se le pedía al paciente que se sentara en el sillón dental y se le explicaba en qué consistía la cita, la cual era de una simple revisión de rutina y un profiláctico. Al momento de realizar la exploración clínica observábamos las manos del paciente, para observar su se encontraban relajadas a un costado, o si se encontraban en forma de puño, lo cual señalaría una posición tensa en el sillón dental, movíamos levemente su cabeza para tener mejor visualización de las piezas dentales, al mismo tiempo que observábamos la rigidez que este presentaba. En todo momento de la consulta dental se usaron diferentes manejos de conducta odontopediatricos, que iban desde mostrar-decir-hacer, imitación y control de voz. Al terminar la cita dental, acompañábamos a los niños u adolescentes de regreso a su área previamente designada, en donde observábamos cualquier comportamiento extra. Al regresar a la clínica dental se procedió a llenar las encuestas previamente formuladas.

6.7. Captura de datos:

Se diseñaron dos hojas para captura de datos. La primera hoja era general y la segunda hoja era específica para cada paciente.

En la primera hoja de le puso identificación numérica para cada paciente, para proteger la identidad del niño u adolescente, se colocó también la edad, el género y el tipo de abuso, estas tres nos servían para poner a cada paciente en un rango diferente y poder comparar a pacientes del mismo rango de edades, de género o de tipo de abuso, y al final se puso el tipo de conducta del paciente, el cual iba a ser evaluado en la consulta odontopediatrica.

ID	Edad	Género	Tipo de Abuso	Conducta Frankl
1				
2				
3				
4				
5				

En la segunda hoja se diseño para poder realizar observaciones más específicas en el niño o adolescente. Las características de esta hoja se tomaban en cuenta desde que se conocía al paciente, pero no era llenada hasta después de la cita odontopediatrica. Esta incluía la actitud del paciente, la cual se podía clasificar en relajado o en tenso, esto se observaba por la posición postural del paciente, tanto al caminar hacia el área odontológica, como también cuando se encontraba sentado ya en el sillón dental, esto incluía la forma de su caminado, la forma en la cual se encontraban sus manos, si se encontraban en forma de puño o si se encontraban sueltas al lado torso. También se observó la posición activa, la forma en la cual el paciente se relacionaba con nosotros, esta también se tomaba en cuenta

desde que se conocía al paciente, entablábamos una conversación simple, la cual incluía preguntas básicas como: “¿cómo estás?” “¿cómo te llamas?” “¿cuál es tu color favorito?” y observar como respondía el paciente. Se observaba el tono de voz y la forma en la que el paciente respondía e interactuaba con nosotros, se podía catalogar en agresivo, amigable o aprehensivo. También se anotó si había algún tipo de llanto, y si este existía, si era de manera de obstinación o si era recurrente. También se observó si había cooperación a la hora de la atención odontopediátrica, esta se evaluaba a gran escala, si el paciente cooperaba en la consulta odontopediátrica o si no cooperaba, en este apartado no se observó si el paciente se encontraba renuente al tratamiento, eso era considerado en la hoja anterior, en el apartado de comportamiento de Frankl.

	Actitud		Posición activa		Llanto		Cooperación
Relajado		Agresivo		Inexistente		Si	
Tenso		Amigable		Obstinado		No	
		Aprehensivo		Recurrente			

6.8. Método estadístico

Para realizar las pruebas estadísticas se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20. El presente proyecto contó con un modelo estadístico de presentación de datos que consistió en la elaboración y descripción de tablas de frecuencias de dos variables (mediante la aplicación de frecuencias y porcentajes), así como de un modelo descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, además del uso de gráficos para las tablas mayormente relacionadas con el análisis de los datos, posterior a este diseño se realizó una descripción detallada de los resultados.

El modelo estadístico analítico del presente proyecto consistió en la aplicación de pruebas de bondad de 2 variables, posterior a este modelo se procedió a realizar un modelo analítico para verificación de pruebas de hipótesis, considerando los datos presentados en el objetivo general, el modelo corresponde a la aplicación de prueba de bondad de ajuste o de Chi cuadrada.

La prueba de chi cuadrada es utilizada para evaluar hipótesis en el sentido de relación entre dos variables, aplica para variables nominales, ordinales o en intervalos. Su cálculo se realizó por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada para las dos variables.

Dicha prueba, la cual fue evaluada con un 95% de confiabilidad se utilizaron para determinar la conducta en la primera consulta odontopediátrica y su relación con el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso y se realizaron bajo la siguiente estadística de prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_{eo} - f_{ei})^2}{f_{ei}} \quad \chi^2 = \sum \frac{(|f_{eo} - f_{ei}| - 0.5)^2}{f_{ei}} \quad c = \sqrt{\frac{\chi^2 c}{\chi^2 c + n}}$$

La muestra fue conformada por todos aquéllos pacientes que cumplieron con los requisitos para ser incluidos en el estudio.

Los datos fueron capturados en una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 20 con el que se realizaron tablas de frecuencia de dos variables dentro de las

cuales fueron consideradas las variables principales (conducta en la primera consulta odontopediátrica y el tipo de violencia recibida por los niños víctimas de abuso) así como el resto de las variables como edad, género, entre otras.

Para algunos procedimientos estadísticos de clasificación y manejo de base de datos fue empleado el programa Microsoft Excel 2010.

7. RESULTADOS

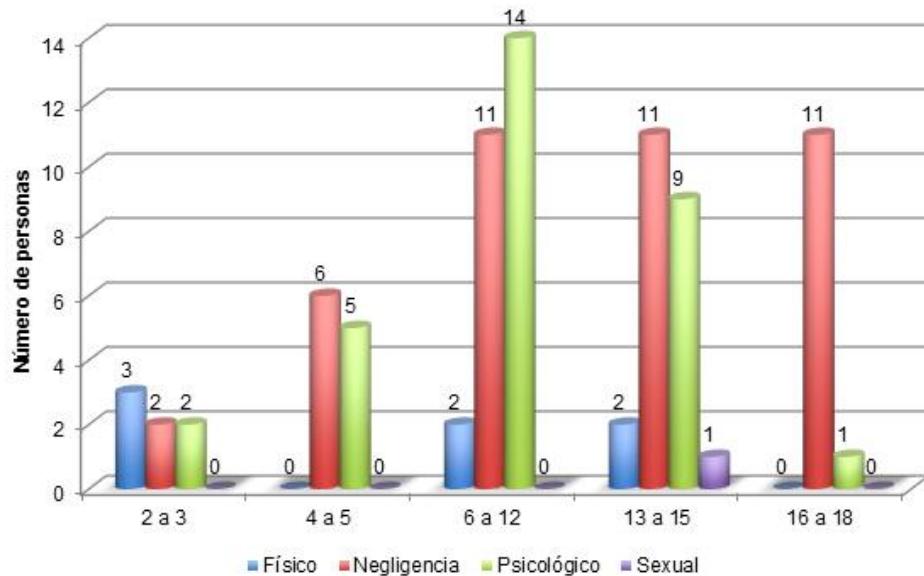
7.1. Grupo de edad y tipo de abuso recibido

Tabla 1. Grupo de edad y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 a 3	3	42.86	2	4.88	2	6.45	0	0.00	7	8.75
4 a 5	0	0.00	6	14.63	5	16.13	0	0.00	11	13.75
6 a 12	2	28.57	11	26.83	14	45.16	0	0.00	27	33.75
13 a 15	2	28.57	11	26.83	9	29.03	1	100.00	23	28.75
16 a 18	0	0.00	11	26.83	1	3.23	0	0.00	12	15.00
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$\chi^2=50.54$, p=0.264

Gráfico 1. Grupo de edad y tipo de abuso recibido, Posgrado de Odontopediatría, Septiembre de 2014



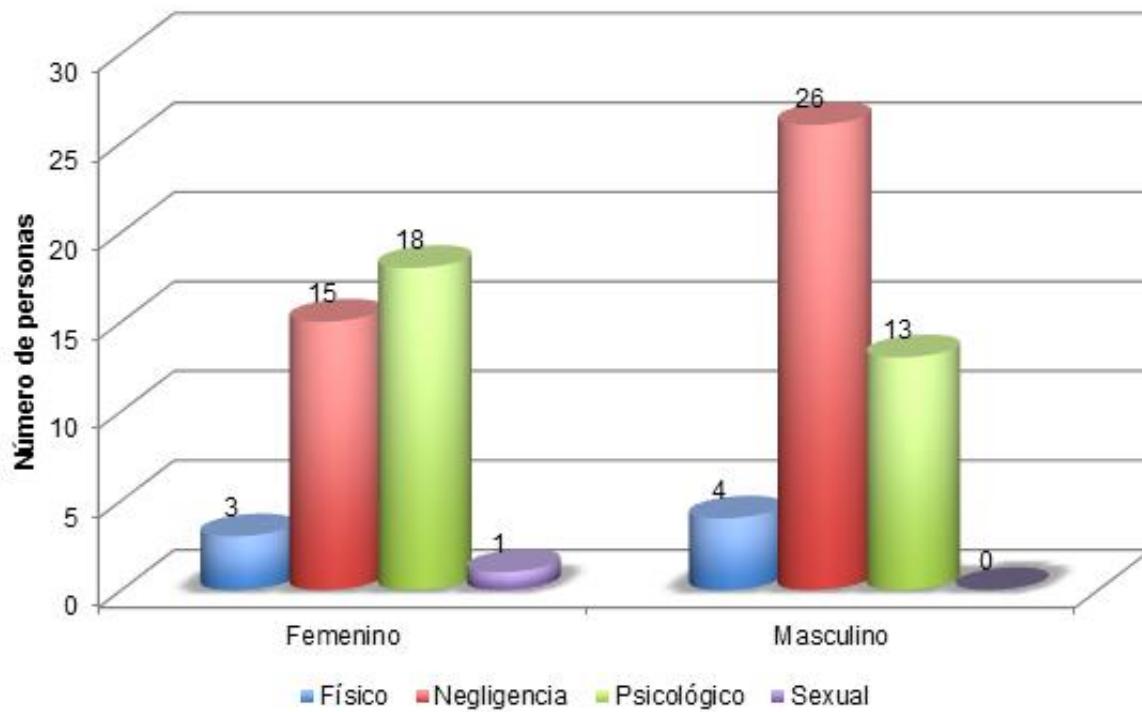
El mayor porcentaje de individuos se encuentra en el grupo de edad de 6 a 12 años, con abuso psicológico (45%). Seguido del grupo de edad de 2 a 3 años con abuso físico (42.86%). El grupo de edad de 13 a 15 años con abuso sexual es solo un individuo (3.26%).

No existe relación significativa entre los grupos de edad y el tipo de abuso, lo cual se muestra en la tabla 1 y en la grafica 1.

7.2. Género y tipo de abuso recibido

Tabla 2. Género y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014										
	Físico		Negligencia			Psicológico		Sexual		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	3	42.86	15	36.59	18	58.06	1	100.00	37	46.25
Masculino	4	57.14	26	63.41	13	41.94	0	0.00	43	53.75
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100
X²=4.47, p=0.214										

Gráfico 2. Género y tipo de abuso recibido, Posgrado de Odontopediatría, Septiembre de 2014



Por género, el grupo femenino presento mayor prevalencia con abuso psicológico (58.06%) y el masculino presento mayor prevalencia en el abuso físico (57.14%).
 No existe relación entre el tipo de género y el abuso recibido

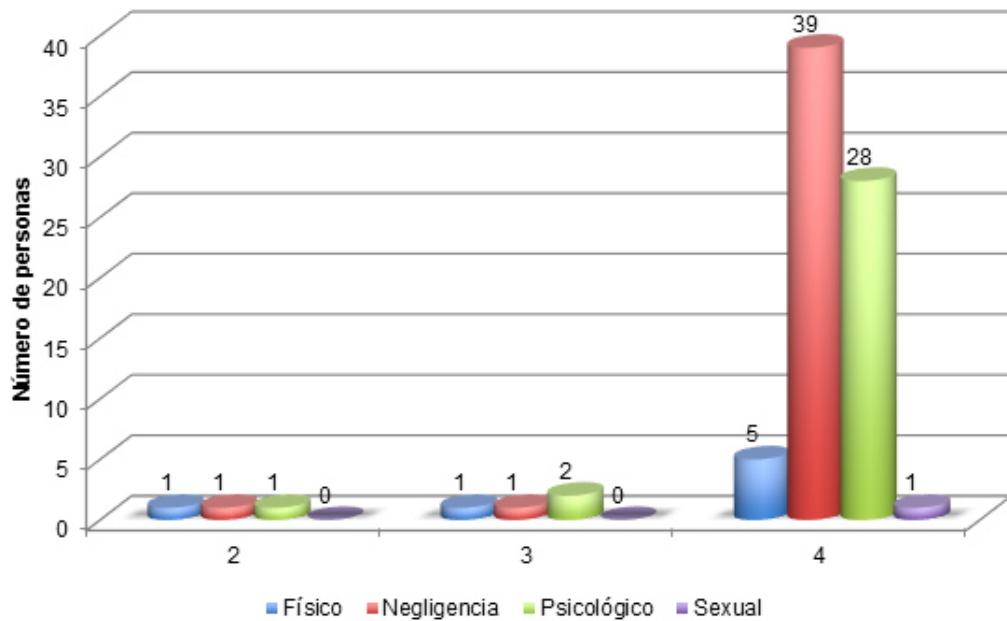
7.3. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido

Tabla 3. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

Físico			Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2	1	14.29	1	2.44	1	3.23	0	0.00	3	3.75
3	1	14.29	1	2.44	2	6.45	0	0.00	4	5.00
4	5	71.43	39	95.12	28	90.32	1	100.00	73	91.25
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$\chi^2=4.62$, $p=0.593$

Gráfico 3. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido,
Posgrado de Odontopediatría, Septiembre de 2014



El porcentaje más alto presento en Frankl 4 con negligencia (95.12%) y abuso psicológico (90.32%). No existe relación significativa entre la clasificación de Frankl y el tipo de abuso recibido.

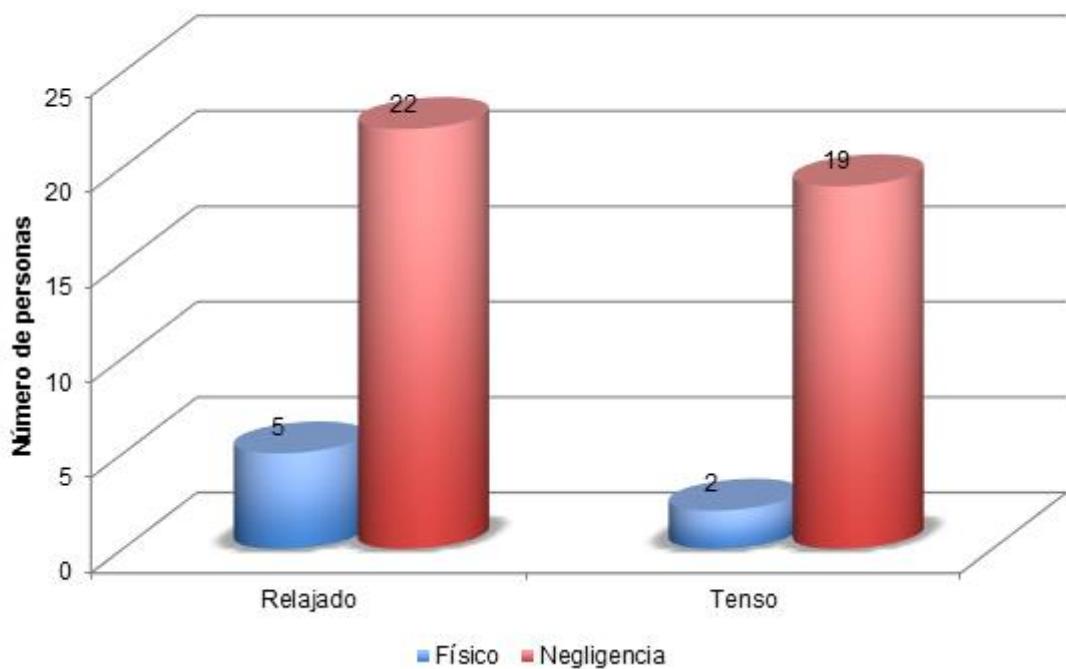
7.4. Actitud y tipo de abuso recibido

Tabla 4. Actitud y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Relajado	5	71.43	22	53.66	17	54.84	0	0.00	44	55.00
Tenso	2	28.57	19	46.34	14	45.16	1	100.00	36	45.00
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$$\chi^2=2.01, p=0.569$$

Gráfico 4. Actitud y tipo de abuso recibido, Posgrado de Odontopediatría, Septiembre de 2014



Indistintamente del tipo de abuso se encontró actitud tensa (45%) y actitud relajada (55%).
No existe relación entre estar tenso o relajado con el tipo de abuso.

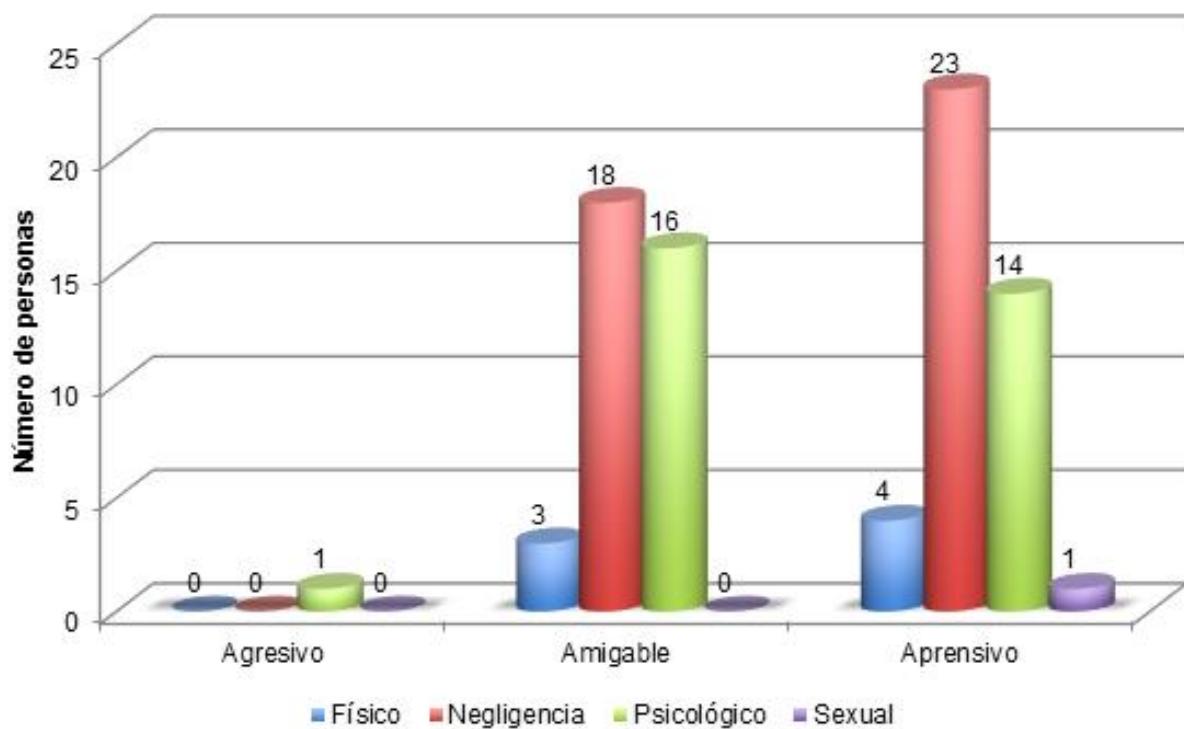
7.5. Posición activa y tipo de abuso recibido

Tabla 5. Posición activa y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agresivo	0	0.00	0	0.00	1	3.23	0	0.00	1	1.25
Amigable	3	42.86	18	43.90	16	51.61	0	0.00	37	46.25
Aprenditivo	4	57.14	23	56.10	14	45.16	1	100.00	42	52.50
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$\chi^2=2.02$, p=0.567

Gráfico 5. Posición Activa y tipo de abuso recibido, Posgrado de Odontopediatría, Septiembre de 2014



Aprenditivo 52%, amigable 46.25% y agresivo 1.25%.
No existe relación entre la posición activa y el tipo de abuso recibido.

8. DISCUSIÓN

8.1. Población de estudio

En el estudio de Jellen y Colaboradores, “Child emotional maltreatment: A 2.year study of U.S. Army cases” se buscó el maltrato emocional en familias de la armada de los Estados Unidos que vivían en Alemania, su muestra fue de 181 niños, los cuales habían sido víctimas de abuso emocional

En el estudio de George C y Main M “Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression.” en donde se contrastó a 10 niños de 1 a 3 años que habían sufrido abuso con 10 niños de su misma edad que vivían en un ambiente de estrés.

En el estudio de Reid J.B y Colaboradores, “Abusive parents’ perceptions of child problem behaviors: An example of parental bias.” en donde se comparó 21 niños violentados con 21 niños no violentados.

En el estudio de Kaufman J y Cicchetti D “Effects of maltreatment on school-aged children’s socioemotional development: Assessment in a day camp setting.” en donde se comparó a 70 niños que habían sido víctimas de abuso emocional y/o físico con 67 niños que no habían sido violentados, todos entre las edades de 5 y 11 años en un día de campo.

En el estudio de Dodge y Colaboradores “Mechanisms in the cycle of violence” en donde realizaron un estudio prospectivo en 309 niños.

En el estudio de Feldman y Colaboradores “Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children’s behavior” se investigó a niños de 4 a 6 años del registro de maltrato de la ciudad de New York.

En el estudio de Crittenden P.M “Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-year perspective on research on developmental effects of child physical abuse.” en donde se realizó un estudio en un periodo de 35 años.

En el estudio de Klimes-Dougan B y Kistner J.A “Physically abused preschoolers’ responses to peer distress.” en donde se observe el comportamiento de 11 niños de las edades entre 3 a 5 años en un kínder.

En el estudio de Salzinger y Cols, “The effects of physical abuse on children’s social relationships.” se observó el comportamiento social de 87 niños de entre 8 y 12 años que fueron víctimas de abuso físico, y los comparo con casos controles.

En el estudio de Shelds A y Cichetti D “Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood.” en donde se examinó si los niños violentados eran más propensos a realizar bullying y victimizar a otros niños; el estudio se realizó con 169 niños maltratados y a 98 niños no maltratados en un campamento de verano.

En el estudio de Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb, & Guterman, “Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children’s behavior problems: A mega-analysis.” en donde se hizo un estudio mega analítico en 1870 estudios para examinar los efectos del tipo de violencia familiar con los problemas de comportamiento.

En el estudio de Troy y Sroufe “Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history” en donde se vio la asociación entre la historia de niños de preescolar y la relación de “victimización” fue realizado en 38 niños de 4 a 5 años de edad.

En el estudio de Teisl y Cicchetti “Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems” se examinó los procesos

emocionales y cognitivos en 76 niños maltratados con historia de abuso físico, de 91 niños con historia de otro maltrato que no fuera abuso físico (abuso sexual, negligencia, emocional) y un grupo de 100 niños no maltratados para comparación.

En el estudio de Maughan y Cicchetti “The impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities” en donde se buscó examinar los efectos únicos e interactivos de maltrato infantil y la violencia intrafamiliar en las estrategias del niño en regular sus emociones y el ajuste socioemocional, así como el rol de desregularización emocional en el enlace entre las experiencias en relaciones patogénicas de los niños y los resultados conductuales. Para este estudio se realizó en 139 niños de 4 a 6 años de edad, 88 maltratados y 51 no maltratados, y sus madres

En el estudio de Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. “Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder” se investigó los precursores potenciales del desorden de personalidad en 185 niños maltratados y 175 niños no maltratados que atendían a al mismo programa de verano.

El estudio de Archer y Parker “Social representations of aggression in children”, se basó en que si hay pensamientos, creencias y emociones hacia la aggression en niños. Para esto se usó un cuestionario en niños de 8 a 11 años de edad para determinar si observaban sus propios actos de agresión en términos de representación de instrumentos (niños) o expresión (niñas)

En el estudio de Paquette, J. A., & Underwood, M. K. “Gender differences in young adolescents’ experiences of peer victimization: Social and physical aggression.” se exploró la diferencia de género en experiencias de agresión social y física en 39 niños y 37 niñas con una edad promedio de 13.8 años.

En el estudio de Salzinger S. y Colaboradores “The effect of physical abuse on children’s social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association” se explicó la asociación entre el abuso físico en niños y su estado social y afectivo. Se compare a 100 niños, de 9 a 12 años de edad, víctimas de abuso físico registrados en el estado de Nueva York con 100 niños que no habían recibido maltrato.

En el estudio de Björkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. “Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression.” Se buscaron las diferencias de género en cuanto al comportamiento de agresividad. Fueron investigadas una serie de estudios en 85 niños de 8 años, 167 niños de 11 años y 127 niños de 15 años.

En el estudio de Doyle, C “Emotional abuse of children: issues for intervention” se explica el abuso emocional en niños, como la forma total de abuso o como la manera principal. Se encuestaron a 112 profesionales de protección infantil, a 504 niños víctimas de abuso emocional y a 12 adultos sobrevivientes de abuso emocional en su infancia

En el estudio de Howes, P. W. y Colaboradores “Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective.” se examinó la estructura intrafamiliar de 54 familias maltratadas (12 de negligencia, 19 de abuso físico y 11 de abuso sexual) y 23 familias de bajos recursos

En el estudio de Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. “Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies.” se estudiaron 45 casos en donde se demostró claramente que los niños abusados sexualmente tienen más síntomas que los niños no abusados.

En el presente estudio, la población estudiada fueron 80 niños y niñas, de entre los 4 a los 15 años de edad, los cuales se encontraban en el centro DIF Capullos, en Guadalupe, Nuevo León, México. Estos niños y niñas residían ahí como un hogar temporal, ya que habían sido distanciados de sus familiares por haber sido víctimas de algún tipo de abuso y residirían hasta que su situación legal se estableciera.

8.2. Variables

En el estudio de Jellen y Colaboradores “Child emotional maltreatment: a 2 year study of U.S. Army cases” usaron un cuestionario en donde se determinaba el tipo, el número y la severidad de los incidentes, el grado y la situación a la que los niños fueron expuestos.

En el estudio de George, C., & Main, M. “Social interactions of 52icti abused children: Approach, avoidance, and aggression” se observó la interacción de los niños con sus cuidadoras y otros niños.

En el estudio de Reid J.B y Colaboradores “Abusive parents’ perceptions of child 52ictimiz behaviors: An example of parental bias.” Profesionales observaron la interacción familiar de familias violentadas en contraste con las familias no violentadas, y se usaron unas medidas de reportes familiares (Becker Bipolar Adjective Checklist, Child Behavior Checklist, Parent Daily Report) para medir los problemas de conducta.

En el estudio de Kaufman J y Cicchetti D “Effects of maltreatment on school-aged children’s socioemotional development: Assessment in a day camp setting.” Evaluaron la autoestima de niños violentado en contraste con niños no violentados en un día de campo y se dio consejo psicológico a los niños pro sociales, agresivos y retraídos.

En el estudio de Dodge y Colaboradores “Mechanisms in the cycle of violence” se observaron los factores importantes como la pobreza, violencia marital, inestabilidad

familiar, problemas de salud y temperamento los cuales indicarían si los niños del estudio serían víctimas de abuso en el futuro.

En el estudio de Feldman y Cols “Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children’s behavior” se hizo una comparación de los niños violentados con grupos controles en salones de clase en donde se calificó el comportamiento de los niños.

En el estudio de Salzinger y Colaboradores “The effects of physical abuse on children’s social relationships.” Recolectaron su muestra en salones de clases, redes sociales, entrevistando a los niños y a las madres y maestros de los niños.

En el estudio de Sternberg, K. J. y Colaboradores llamado “Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children’s behavior problems: A mega-analysis.” Se examinaron los efectos del tipo de violencia familiar, la edad, el género de los niños con los problemas de comportamiento.

El estudio Troy y Sroufe “Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history” en donde se vio la asociación entre la historia de niños de preescolar y la relación de “victimización” se les asignó en pares y se observó su interacción en una serie de juegos, en los pares incluía varias combinaciones de niños ansiosos y seguros.

El estudio de Cummings y Colaboradores “Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers.” Fue basado en evaluaciones a la respuesta de niños que han sufrido abuso físico y niños no abusados en donde observaron una la interacción de enojo que involucra a sus madres

En el estudio de Maughan, A., & Cicchetti, D. “The impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities.” Los patrones de

regulación emocional fueron determinados basados en el comportamiento emocional del niño y la percepción subjetiva emocional de los niños a la ira interfamiliar simulada.

En el estudio de Rogosch y Cicchetti “Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder” se midieron con reportes propios, reportes de tus compañeros y reportes de con asesores para evaluar el desarrollo de conceptualización constructiva a vulnerabilidad constitutiva que luego podría desencadenar un desorden de personalidad.

En el estudio de Björkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. “Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression.” Se estudió la estructura social de los niños del mismo género.

En el estudio de Howes, P. W. y Colaboradores “Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective.” Se grabaron las interacciones familiares y se evaluó la efectividad, la organización y los rasgos de relación en cada familia.

En el presente estudio se utilizaron dos tipos de cuestionarios, uno general y uno individual para todo niño o adolescente que era considerado en nuestra muestra. En el cuestionario general se capturaba la edad, el género, el tipo de abuso recibido y la conducta general del niño o adolescente. En el cuestionario individual se capturaba el comportamiento individual de cada niño o adolescente, se registraba su actitud, su posición activa, la ausencia o presencia de llanto y el tipo de cooperación que el niño o adolescente tenía con todas las personas que estaban relacionadas con la actividad realizada.

8.3. Instrumentos de discusión de las variables

En el estudio de Reid J.B y Colaboradores “Abusive parents’ perceptions of child problem behaviors: An example of parental bias.” se discutió la validación de la percepción de los padres y los reportes del comportamiento de los niños, la poca información de los diferentes reportes de diagnóstico y el tratamiento clínico.

En el estudio de Sternberg, K. J. y Colaboradores “Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children’s behavior problems: A mega-analysis.” utilizaron el Child Behavior Checklist (CBCL) para examinar los efectos del tipo de violencia, la edad, el género de los niños con problemas de comportamiento.

En el estudio de Rogosch y Cicchetti “Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder” se usaron variables como características de personalidad, modelos representacionales de uno mismo, los padres, los colegas, dificultades de relaciones interpersonales con los colegas y adultos, y comportamiento de auto-mutilación/suicidio para desarrollar un composit precursora de desorden de personalidad.

El estudio de Archer y Parker “Social representations of aggression in children”, se basó en que si hay pensamientos, creencias y emociones hacia la agresión en niños. Para esto se usó una modificación de un cuestionario diseñado por Campbell *et al.* (1992 Aggressive Behavior 18:95–108) para adultos administrada en niños de 8 a 11 años de edad. Se realizó un segundo estudio, en el cual el cuestionario fue reformulado para referir a agresión indirecta y presentada a los mismos niños.

En el estudio de Paquette, J. A., & Underwood, M. K. “Gender differences in young adolescents’ experiences of peer victimization: Social and physical aggression.” se reportó

la frecuencia de la agresión física y la agresión social experimentada, descritas en detalle en Self-Perception Profile for Adolescents.

En el estudio de Salzinger S y Colaboradores “The effect of physical abuse on children’s social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association” se explicó la asociación entre el abuso físico en niños y su estado social y afectivo. Para esto se usó un patrón de análisis para examinar los modelos conceptuales derivados. Las expectativas sociales de los niños hacia sus compañeros, y dos comportamientos sociales (agresión y ser pro social) fueron los mediadores entre el abuso, y el estatus social positivo y negativo, tal como entre el abuso y conducta reprocitica positiva y negativa. Las expectativas sociales y el comportamiento reservado mediaron entre el abuso y el estatus social positivo, pero solo donde el comportamiento reservado fue una expectativa esperada

En el estudio de Salzinger S y Colaboradores “The effect of physical abuse on children’s social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association” se explicó la asociación entre el abuso físico en niños y su estado social y afectivo. Se hizo una valoración sociometrica en los salones de clase, se entrevistó a los niños, a sus padres, sus maestros, padres de familia y compañeros en relación con el comportamiento del niño

En el estudio de Björkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. “Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression.” se midieron los diferentes tipos de comportamiento agresivo con técnicas de nominaciones de pares, apoyado con auto valoraciones.

En el estudio de Doyle, C “Emotional abuse of children: issues for intervention” se obtuvo la información de tres formas: con entrevistas semi-estructuradas a los profesionales

en la protección infantil, una encuesta a niños víctimas de abuso y entrevistas profundas a adultos sobrevivientes del abuso emocional en su infancia

En el estudio de Howes, P. W. y Colaboradores “Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective.” se comparó niños de preescolar para determinar si las familias con maltrato y las familias sin maltrato podían ser diferenciadas en un proceso de sistema de niveles.

En el presente estudio se utilizó un programa IBM SPSS statistics 20 para poder interpretar los resultados obtenidos en las diferentes encuestas.

8.4. Resultados

En el estudio de Jellen y Colaboradores “Child emotional maltreatment: A 2-year study of U.S. Army cases. Child Abuse and Neglect” se encontró que el 60% de los niños estudiados fueron víctimas de abuso, y de ese 60%, el 26% fue víctima de abuso emocional, el 14% fue víctima de abuso físico y emocional y el 14% fue víctima de negligencia.

En el estudio de George, C., & Main, M. “Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression” se encontró que los niños abusados eran más bruscos físicamente con sus compañeros y cuidadoras, que los niños abusados eran menos propensos a responder de una manera amigable y que los niños abusados evitan el contacto físico.

En el estudio de Reid y Colaboradores “Abusive parents’ perceptions of child problem behaviors: An example of parental bias” se encontró que los niños violentados son más agresivos que los niños que no son violentados.

En el estudio de Kaufman J y Cicchetti D “Effects of maltreatment on school-aged children’s socioemotional development: Assessment in a day camp setting.” se encontró que los niños violentados tienden a ser más independiente y son más retraídos.

En el estudio de Dodge y Colaboradores “Mechanisms in the cycle of violence” se encontró que los niños abusados tienden a seguir patrones de abuso y a hacerse más agresivo.

En el estudio de Feldman y Colaboradores “Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children’s behavior” se encontró que los niños abusados demostraron comportamientos perturbadores, mas no detalla con más precisión qué tipo de comportamientos se consideraban perturbadores.

En el estudio de Klimes-Dougan B y Kistner J.A “Physically abused preschoolers’ responses to peer distress.” se encontró que los preescolares exhibían más respuestas de agresión e introversión, además de que causaban más estrés en sus compañeros.

En el estudio de Salzinger y Colaboradores “The effects of physical abuse on children’s social relationships.” se encontró que los niños abusados eran de un status menor y que no hacían tantas amistades en comparación con los niños del grupo control, además de que fueron calificados por sus compañeros como agresivos y menos cooperadores, los padres y los maestros los calificaron como “disturbados” y las redes sociales mostraban mayor aislamiento, negatividad y comportamientos atípicos.

En el estudio realizado por Shields y Cicchetti, “Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood”, en donde se encontró que los niños maltratados son más propensos a maltratar a otros niños y el bullying fue algo prevalente en los niños maltratados que experimentaron abuso físico o sexual; el género no modificó estos hallazgos.

En el estudio de Sternberg, K. J. y Colaboradores “Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children’s behavior problems: A mega-analysis.” en donde se encontró que los niños que experimentaron múltiples formas de violencia familiar tenían mas riesgo que los niños que recibían un tipo de abuso y que observaban violencia entre sus padres, además de que la edad moderaba el efecto de la violencia familiar en problemas externos de comportamiento, pero no en problemas internos. En este estudio, tampoco se encontró distinción de género.

En el estudio de Troy y Sroufe “Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history” se vio la asociación entre la historia de niños de preescolar y la relación de “victimizacion” los resultados demostraron que la victimacion se identificó y fue claramente asociada con la historia del niño.

En el estudio de Teisl y Cicchetti, “Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems” se asoció el abuso físico con errores en interpretación, fácil acceso a respuestas agresivas en conflictos y a una pobre regulación de las emociones. Los niños maltratados quienes no han sido víctimas de abuso físico evidencian una tendencia hacia la mal adaptación cognitiva y emocional, pero sólo una mala regulación emocional representada con agresión y comportamiento perturbador en estos niños.

En el estudio observacional de Cummings y Colaboradores “Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers.” se encontró que los niños abusados físicamente tuvieron un comportamiento más reactivo a la interacción de enojo en comparación con los otros niños, evidenciando más problemas enfocados en copiar el comportamiento y una mayor agresividad. Por lo tanto, en lugar de habituar a la hostilidad

de los demás debido a su historial de exposición a la violencia familiar, los niños maltratados parecían más excitados y enojados por ello y más motivados a intervenir

En el estudio de Maughan, A., & Cicchetti, D. “The impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities.” se demostraron el incremento del proceso de entendimiento en el ambiente de las relaciones patológicas, y de proporcionar información de los déficits de las regulaciones emocionales que pueden impedir el desarrollo del bienestar psicológico de los niños maltratados con diferentes historias de la exposición a la violencia intrafamiliar.

En el estudio de Rogosch y Cicchetti “Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder” se encontró que los niños maltratados tenían mayores resultados en el composit de desorden de personalidad además de que los niños con altos niveles de desorden de personalidad mostraban menos eficacia para procesar los conflictos

En el estudio Archer y Parker “Social representations of aggression in children”, en el cual se encontró que las niñas mostraban mayores resultados expresivos que los niños, además de que hay una falta de control emocional y arrepentimiento subsecuente acerca del acto que distingue más claramente los sexos

En el estudio de Paquette, J. A., & Underwood, M. K. “Gender differences in young adolescents’ experiences of peer victimization: Social and physical aggression.” encontraron que la agresión social más común reportada fue la de chisme, aunque ambos géneros reportaron la misma frecuencia de agresión social, las niñas se angustiaron más que los niños, la frecuencia en la agresión social estaba más relacionada en las niñas que los niños

En el estudio de Salzinger S y Colaboradores “The effect of physical abuse on children’s social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association” se explicó la asociación entre el abuso físico en niños y su estado social y afectivo y se encontró que el rechazo añadido a la expectativa social produce problemas de internalización de problemas.

En el estudio de Björkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. “Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression.” el hallazgo principal fue que las niñas mayores hacían mayor uso de los medios indirectos de agresivo, donde los niños tendían a usaban métodos más directos. El estudio sugiere que las estrategias de agresión indirectas no se han desarrollado bien en las niñas de 8 años, pero son prominentes en las niñas de 11 años

En el estudio de Doyle, C “Emotional abuse of children: issues for intervention” se encontró que el abuso emocional parece ser encontrado en familias que están prominentes a múltiples factores de estrés. Los signos en los niños son variables, pero pueden incluyen intentos de suicidio o auto mutilaciones, desórdenes alimenticios y problemas escolares

En el estudio de Howes, P. W. y Colaboradores “Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective.” se demostró que las familias con problemas de abuso sexual tienen significativamente más dificultades para regular el enojo, esto es reflejado en el caos, menor claridad en los roles y menor flexibilidad que en las familias no maltratadas

En el estudio de Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. “Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies.” concluye que dos tercios de los niños violentados muestran una recuperación durante los primeros

12-18 meses. Estos hallazgos siguieren la ausencia de cualquier síndrome específico en el niño que ha sido abusado sexualmente y ningún proceso de traumatización.

En el presente estudio se encontró que la edad más común para recibir algún tipo de abuso de los antes mencionados es entre los 6 y los 12 años de edad, los niños son más violentados que las niñas, los niños y adolescentes que tenían el comportamiento más favorable fueron los niños y adolescentes que fueron víctimas de negligencia, el 55% de los niños y adolescentes en general presentaba una actitud relajada, mientras que el 45% de los niños y adolescentes tenían una actitud tensa, y aunque la mayoría de los pacientes presentaban un comportamiento favorable, se encontró que la mayoría de los niños y adolescentes se encontraban tensos durante la atención dental.

9. CONCLUSIONES

1. El rango de edad de los niños más abusados de diferentes tipos, fueron de 6 a 12 años de edad, que es la edad en la cual asisten con más regularidad al odontólogo y eso es de gran transcendencia de todas las manifestaciones que traigan estos niños, mente, cuerpo, etc.
2. Los abusos de cualquier tipo se presentan en mayor frecuencia en niños que en niñas.
3. No existe una relación entre el abuso y un comportamiento en la atención dental.
4. No existe diferencia con la actitud del niño relajado o tenso en niños abusados.
5. La atención estomatológica aprensiva en niños abusados se presenta en más de la mitad de los niños con abuso.

10. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Edna Lesly Rivas Sanchez

Candidata para el grado de
Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Tesis: Identificación del comportamiento del niño violentado en su primera consulta con el Odontopediatra

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacida en Ébano, San Luis Potosí el 21 de Junio de 1990, hija de Edna Graciela Sanchez Flores y Víctor Edgar Rivas Trujillo

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Cirujano Dentista en el año 2012.

Miembro de Academia Americana de Odontología Pediátrica

Certificada por el Consejo Mexicano de Odontología Pediátrica A.C.

Certificada por la Asociación Dental Mexicana

11. LITERATURA CITADA

Garcia M, (2010) Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar, Universidad de Granada

Martinez Capo P.(2003) *Psicopedagogía en las relaciones intergeneracionales*, Universidad de Navarra.

Gomez J, Manejo del maltrato infantil en urgencias

Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato Infantil. Guías Clínicas 2002; 2 (44) (Guías Clínicas en Atención Primaria).

Cohen J y Cols, “Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children”, *Journal of Social Issue*, 2006

Iwaniec D y Cols, “Multidimensional Approach to Helping Emotionally Abused and Neglected Children and Abusive Parents”, *journal of children & society*, 1999

Jellen, L. K., McCarroll, J. E., & Thayer, L. E. (2001). Child emotional maltreatment: A 2-year study of U.S. Army cases. *Child Abuse and Neglect*, 25(5), 623–639.

Deblinger E., Heflin A.H., Clark M., (1997) The Treatment of Sexually Abused Children, psychotherapy in practice 3/1:69–88.

George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. *Child Development*, 50, 306–318.

Reid, J. B., Kavanagh, K., & Baldwin, D. V. (1987). Abusive parents' perceptions of child problem behaviors: An example of parental bias. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 457–466.

- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-aged children's socioemotional development: Assessment in a day camp setting. *Developmental Psychology, 25*, 516–524.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250*, 1678–1683.
- Feldman, R. S., Salzinger, S., Rosario, M., Alvarado, L., Caraballo, L., & Hammer, M. (1995). Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children's behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 317–334.
- Downey, G., Feldman, S., Khuri, J., & Friedman, S. (1994). Maltreatment and childhood depression. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents. Issues in clinical psychology* (pp. 481–508). New York: Plenum Press.
- Crittenden, P. M. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-year perspective on research on developmental effects of child physical abuse. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Klimes-Dougan, B., & Kistner, J. A. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peer distress. *Developmental Psychology, 26*, 599 – 602.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development, 64*, 169 – 187.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 349 – 363.

- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89 – 112.
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987). Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 166 – 172.
- Teisl, M., & Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 17, 1 – 23.
- Cummings, E. M., Hennessy, K. D., Rabideau, G. J., & Cicchetti, D. (1994). Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, 6, 31 – 41.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). The impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities. *Child Development*, 73, 1525 – 1542.
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1071 – 1089.
- Archer, J., & Parker, S. (1994). Social representations of aggression in children. *Aggressive Behavior*, 20, 101 – 114.
- Paquette, J. A., & Underwood, M. K. (1999). Gender differences in young adolescents' experiences of peer victimization: Social and physical aggression. *Merrill- Palmer Quarterly*, 45, 242 – 266.
- Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15, 719 – 742.

- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64, 169–187.
- Salzinger S, Feldman R.S., Ng-Mak D.S., Mojica E, Stockhamer T.F., (2001) The effect of physical abuse on children's social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association. *Development and Psychopathology*, 13, 805–825
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K., & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117 – 127.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). Executive summary of the Third National Incidence Study of child abuse and neglect. Retrieved October 27, 2007, from <http://www.childwelfare.gov/pubs/statsinfo/nis3.cfm# foreward>
- Doyle, C (1997) 'Emotional abuse of children: issues for intervention', *Child Abuse Review*, 6, 330±342
- Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2000). Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective. *Journal of Family Psychology*, 14, 95 – 110.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164 – 180.
- Moffit, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors that differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 8, 399 – 424.

- Silverthorn, P., & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101 – 126.
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K., & Bigbee, M. A. (2002). Relationally and physically aggressive children's intent attributions and feelings of distress for relational and instrumental peer provocations. *Child Development*, 73, 1134 – 1142.
- Galen, B. R., & Underwood, M. K. (1997). A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33, 589 – 600.
- Werner, N. E., & Nixon, C. L. (2005). Normative beliefs and relational aggression: An investigation of the cognitive bases of adolescent aggressive behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 229 – 243.
- Bukowski, W. M., Newcomb, A. F., Hartup, W. W. (Eds.).(1996). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Rose, A. R., & Rudolf, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132, 98 – 131.
- Crick, N. R., & Werner, N. E. (1998). Response decision processes in relational and overt aggression. *Child Development*, 69, 1630 – 1639.
- Grotpeter, J. K., & Crick, N. R. (1996). Relational aggression, overt aggression and friendship. *Child Development*, 67, 2328 – 2338.

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes en Mexico, *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, UNICEF

12. APOYOS VISUALES

12.1 Tablas

Tabla 1. Grupo de edad y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 a 3	3	42.86	2	4.88	2	6.45	0	0.00	7	8.75
4 a 5	0	0.00	6	14.63	5	16.13	0	0.00	11	13.75
6 a 12	2	28.57	11	26.83	14	45.16	0	0.00	27	33.75
13 a 15	2	28.57	11	26.83	9	29.03	1	100.00	23	28.75
16 a 18	0	0.00	11	26.83	1	3.23	0	0.00	12	15.00
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$\chi^2=50.54$, p=0.264

Tabla 2. Género y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	3	42.86	15	36.59	1	58.06	1	100.00	3	46.25
Masculino	4	57.14	2	63.41	1	41.94	0	0.00	4	53.75
Total	7	100	4	100	1	100	1	100	8	100

$\chi^2=4.47$, p=0.214

Tabla 3. Clasificación de Frankl y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	1	14.29	1	2.44	1	3.23	0	0.00	3	3.75
3	1	14.29	1	2.44	2	6.45	0	0.00	4	5.00
4	5	71.43	39	95.12	28	90.32	1	100.00	73	91.25
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

$\chi^2=4.62$, p=0.593

Tabla 4. Actitud y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relajado	5	71.43	22	53.66	17	54.84	0	0.00	44	55.00
Tenso	2	28.57	19	46.34	14	45.16	1	100.00	36	45.00
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

 $\chi^2=2.01$, p=0.569

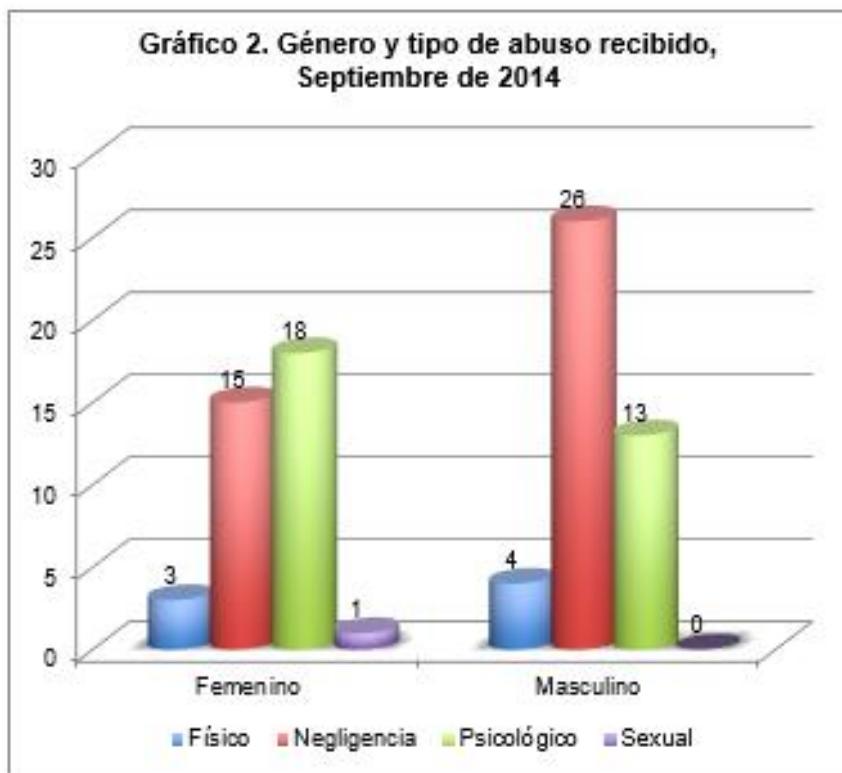
□

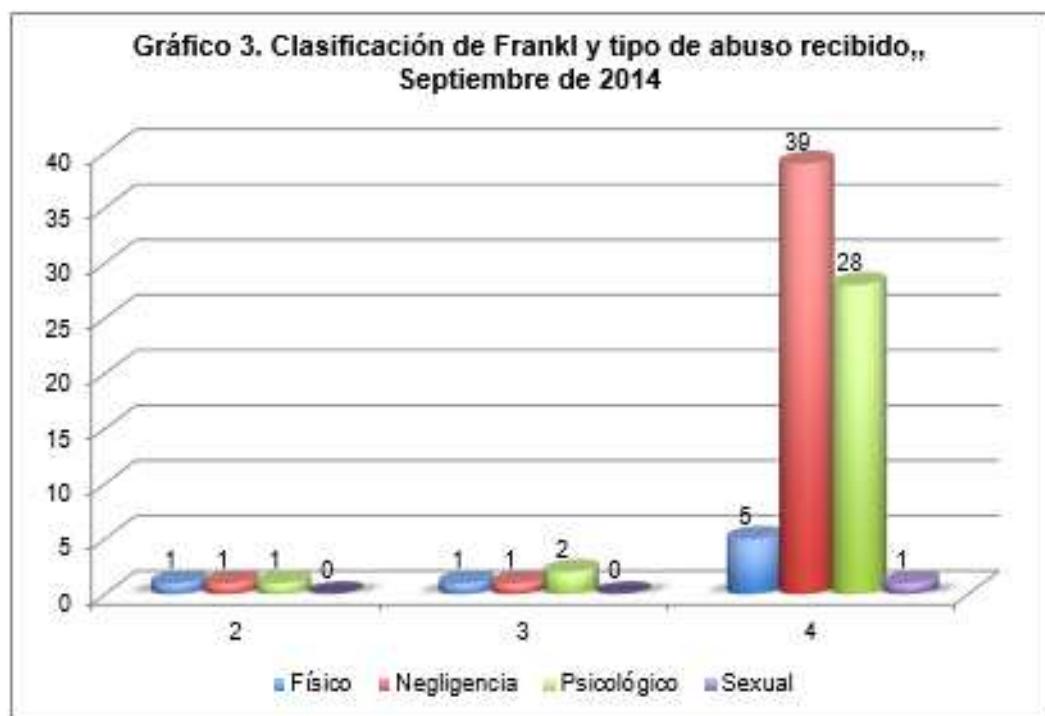
Tabla 5. Posición activa y tipo de abuso recibido, Septiembre de 2014

	Físico		Negligencia		Psicológico		Sexual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agresivo	0	0.00	0	0.00	1	3.23	0	0.00	1	1.25
Amigable	3	42.86	18	43.90	16	51.61	0	0.00	37	46.25
Aprendativo	4	57.14	23	56.10	14	45.16	1	100.00	42	52.50
Total	7	100	41	100	31	100	1	100	80	100

 $\chi^2=2.02$, p=0.567

12.2 Figuras





Indistintamente del tipo de abuso se encontró actitud tensa (45%) y actitud relajada (55%).
No existe relación entre estar tenso o relajado con el tipo de abuso.

