



universidad
latinoamericana

318322
18
2ej
universidad latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

**MANEJO DEL NIÑO MALTRATADO
EN ODONTOLOGIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTAN:

MARIA LAURA MARTINEZ AVILA
JESSIE LIZBETH PEREZ GARDUÑO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWICZ
ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE LUIS CORTES BASURTO

MEXICO, D. F.

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

272359



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres por brindarme esta oportunidad y contar siempre con ellos.

A Monserrat y Mario por su confianza y apoyo.

A Ma. Fernanda por ser en mi vida alguien muy especial.

A mis familiares.

Al Dr. Carlos González Lucasczewicz por su disponibilidad y gran apoyo en la realización de esta tesis.

Al Dr. José Luis Cortés Basurto por ser parte de mi formación profesional, gracias a su apoyo incondicional y por ser un gran amigo.

A mis compañeros y amigos.

A la Universidad Latinoamericana.

Al honorable Jurado.

A mi padre por su especial interés en brindarme la oportunidad de llevar a cabo mis estudios.

A mi madre por su confianza, comprensión y apoyo en todas las etapas de mi vida.

Alejandro, con todo mi cariño, gracias por tu apoyo y compañía incondicional.

A mi hermana Leslie.

A mis familiares y amigos.

Al Dr. Carlos González Lucascewicz por su especial participación en la realización de esta tesis.

Al Dr. José Luis Cortés Basurto por la confianza que ha depositado en mi y más que un profesor es un gran amigo.

A la Universidad Latinoamericana.

Al honorable Jurado.

INDICE

INTRODUCCION	I
I. CONCEPTOS BASICOS DE MANEJO DEL NIÑO.	1
1.1. DETERMINANTES DE DESARROLLO	3
1.2. ETAPAS DESCRITAS POR PIAGET	5
1.3. CONDUCTA	8
PRIMERA VISITA	
SEGUNDA VISITA	
REFUERZO POSITIVO Y NEGATIVO	
GUIAS PARA ALABANZA, IGNORAR SITUACIONES Y CASTIGAR	
1.4. CONTROL DEL DOLOR Y LA INCOMODIDAD-	21
1.5. CONDUCTA DEL ODONTOLOGO	22
II. EL MALTRATO INFANTIL	24
2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	25
2.2. MALTRATO INFANTIL	28
2.3. ETIOLOGIA	29
FACTORES INDIVIDUALES	
FACTORES FAMILIARES	
FACTORES SOCIALES	
2.4. TIPOS DE MALTRATO	32
2.5. CARACTERISTICAS FISICAS	35
2.6. CARACTERISTICAS CONDUCTUALES	36
III. CONDUCTA A SEGUIR DEL ODONTOLOGO ANTE UN NIÑO MALTRATADO	37
IV. PROCEDIMIENTO LEGAL ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL	41

V. ESTADISTICA	45
5.1. FATALIDAD INFANTIL	46
5.2. MALTRATO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA	47
5.3. LESIONES	50
5.4. LOS AGRESORES	54
VI. LOS DERECHOS DEL NIÑO	58
VII. CONCLUSIONES.	60
VIII. BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCION

Uno de los problemas más graves que enfrenta la población infantil es el síndrome del niño maltrato.

La incidencia real de casos de negligencia o maltrato infantil, es desconocida; ya que la estadística se basa solo en los casos reportados y comprobados, pero solo es una pequeña parte de lo que realmente enfrentamos en la actualidad.

Aunque el odontólogo, especialmente odontopediatras y cirujanos bucales, están situados favorablemente para detectar con facilidad los signos de maltrato, debido a que el mayor número de lesiones se presentan en cabeza, cara y cuello; la incidencia de reportes de sospecha de maltrato infantil por estos profesionales de la salud es muy baja.

El odontólogo, debe estar consiente de las consecuencias que puede traer el pasar por alto la presencia de una señal de abuso en su paciente. Así como, tener conocimiento de los tipos de lesiones que caracterizan este síndrome.

Lamentablemente, a pesar de que el tema de la infancia a cobrado en la actualidad un lugar especial en las noticias, en los estudios académicos y profesionales, en los medios de comunicación; la mayoría de los adultos parece ignorar lo delicado que es un niño, la vulnerabilidad de su estructura física y psicológica.

En los siguientes capítulos se describen los aspectos más importantes para el diagnóstico del síndrome de niño maltratado, así como los procedimientos legales a seguir en estas circunstancias.

CONCEPTOS BASICOS DE MANEJO DEL NIÑO

El buen manejo del niño en el consultorio odontológico es un medio por el cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible, asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo de buena gana. Está dirigido también a lograr que el niño, consciente o inconscientemente, no reaccione desfavorablemente a los esfuerzos por mantener la salud de su dentición en el hogar.

El manejo del niño es más que un simplemente convencer a una persona pequeña a que se someta a alguna forma de procedimiento odontológico; implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él, y que el odontólogo se convierta en una persona agradable y a quien respete.

La principal emoción que un niño puede experimentar al encontrar una situación nueva es el miedo, cuya intensidad variará mucho en diferentes situaciones y en diferentes niños. El grado más leve puede llamarse ANSIEDAD. El miedo es una emoción básica de auto-conservación; sin él una especie sería destruida. Por lo tanto, es una reacción muy natural y es necesario reconocerla como tal.

Hay dos tipos de miedo que el niño experimenta cuando enfrenta una situación odontológica. El primero es el miedo a lo desconocido y el segundo al dolor. El miedo a lo desconocido es superado familiarizando al niño los procedimientos asociados con la odontología y el miedo al dolor, eliminando todos los estímulos dolorosos.

DETERMINANTES DE DESARROLLO

La herencia actúa directamente sobre las características biológicas y establece las etapas para el proceso de desarrollo. Con la exposición al ambiente el niño aprende a comportarse en concordancia con su madurez. Con cada experiencia nueva se desarrolla una nueva conducta dictada por el sistema interno del niño, que procede de su motivación y de las consecuencias de su conducta. El dentista que trata niños debe comprender el desarrollo para apreciar la interacción que el niño ofrece a través de su maduración y las experiencias que el mismo dentista ofrece a través de las influencias ambientales.

Las formas que tiene un niño para percibir y reaccionar al medio ambiente son innatos y cambian con la edad. Finalmente el niño desarrolla nuevas habilidades utilizando los modos básicos de experiencia del ambiente.

Se han investigado cinco áreas principales de desarrollo:

1. **Desarrollo Motor**
Aumento de control y coordinación muscular.
2. **Desarrollo Cognoscitivo**
Pensamiento, conceptualización y razonamiento.
3. **Desarrollo de la Percepción**
Integración de las impresiones a los sentidos como el oído y la vista.
4. **Desarrollo Social y de la Personalidad**
Vías habituales del comportamiento con otros.
5. **Desarrollo del Lenguaje**
Procesos de destreza del vocabulario.

Aunque cada área es importante para comprender al niño, el área menos comprendida y más pertinente para los dentistas abarca el conocimiento de la forma en que el niño piensa y en consecuencia de la forma en que reacciona a una situación a menudo llena de tensiones. El desarrollo mental, en términos de la edad ejerce una influencia decisiva sobre si el niño puede aprender a aceptar del todo el tratamiento dental. El dentista debe comprender este hecho y asegurar la comunicación y la expectación apropiadas.

Un niño nace con varios reflejos como llorar y moverse. De estos reflejos desarrolla un conjunto de conductas que lo capacitan para adaptarse al mundo. Finalmente de este conjunto de reflejos primordiales, el niño se convierte en homosapiens y desarrolla la capacidad de resolver problemas complejos y de enfrentarse al mundo también complejo.

Piaget a propuesto un modelo de desarrollo infantil que describe el área de la percepción y el conocimiento y la forma en que el niño piensa. Piaget identifica tres etapas principales que trazan el desarrollo cognoscitivo del niño desde la etapa refleja hasta la etapa en la que resuelve problemas complejos.

De acuerdo con Piaget, el niño debe actuar a un nivel apropiado en cada etapa antes de que proceda el desarrollo intelectual. El niño no actúa sólo bajo el principio de aprendizaje por prueba y error. Los niños demasiado pequeños no pueden resolver ciertos problemas sin importar cuantas veces les sean mostrados o se les fuerce a dar la respuesta correcta. En consecuencia, cada etapa es un período en el cual el niño mira al mundo de manera diferente y codifica la información también bajo formas distintas.

ETAPAS DESCRITAS POR PIAGET

I. PERIODO MOTOSENSORIAL (INFANCIA) 0-2 AÑOS

Durante este periodo las actividades motosensoriales de niño están aumentando, caracterizadas por su necesidad de actuar físicamente en el ambiente. Codifica la información primordialmente en términos de acciones; aprende a caminar, correr y a subir y bajar escaleras. Maneja bastante bien el ambiente pero sólo utiliza medios externos de comprensión.

Para este momento su esquema interno rudimentario de manejar las cosas está justamente comenzando; realiza combinaciones mentales por prueba y error para desarrollar representaciones mentales.

El clínico debe estar consciente de que el niño no está pensando la forma de manejar las situaciones tensas, sino que simplemente reacciona usando sus ojos, sus manos, su voz y sus oídos. El niño se enfrenta mejor con las realidades concretas externas, con objetos tangibles, con cosas que estén enfrente de él.

II. PERIODO CONCRETO 2-12 AÑOS

PERIODO CONCRETO PREOPERACIONAL 2-6 AÑOS

El niño más pequeño de este grupo, presenta los problemas más difíciles de manejo para el clínico. Durante este periodo el niño desarrolla la capacidad para codificar información en términos de acciones así como visual y simbólicamente. Las imágenes y los símbolos visuales representan objetos y eventos reales, concretos y permiten la fantasía del niño.

Aunque el niño ha desarrollado alguna comprensión del lenguaje y puede conversar, el preescolar tiende a actuar de manera egocéntrica.

Sencillamente no sabe lo que los demás están pensando y no está consciente de que sus ideas pueden ser diferentes a las de él.

El paciente infantil en el periodo preoperatorio, no ha tenido suficiente experiencia con el mundo y sus diferencias aún a cerca de cuestiones que él sabe que son verdad o no. Por lo tanto, él no se interroga a sí mismo si sus pensamientos son reales, si sus sueños pasan realmente y si pasan frente a sus ojos.

Además de ser egocéntrico, el niño preescolar tiende a ser animístico. Esto puede ayudar al clínico debido a que el niño aceptará casi cualquier explicación razonable, por ejemplo, los dientes enfermos deben ir al hospital.

En consecuencia, la mayoría de los niños de tres a cinco años de edad tienen razonamiento primitivo y comprensión idiosincrática. Comprenden las cosas en términos de causa y efecto.

PERIODO CONCRETO OPERACIONAL 7-12 AÑOS

El niño de este periodo está ansioso por aprender mucho acerca del mundo. Puede clasificar los objetos y discriminar las relaciones entre ellos, como: grande-pequeño, abajo-arriba.

Gradualmente capta que otros tienen ideas y comprensión diferentes y que él no está entendiendo mucho; por lo tanto está dispuesto a escuchar. Este factor de desarrollo, no sólo facilita el tratamiento, sino que también ayuda a simplificar las explicaciones debido a que el niño está desarrollando un modelo lógico de causa y efecto, basado en su creciente habilidad para conceptualizar y generalizar.

Aún cuando estos niños pueden resolver problemas más complejos que sus equivalentes del periodo preoperacional todavía tienen más confianza en las imágenes visuales que en el símbolo.

En este periodo se requiere el uso de ejemplos concretos de ideas y de explicaciones abstractas del procedimiento.

PERIODO OPERACIONAL FORMAL (ADOLESCENTES) 13-17 AÑOS

Con el inicio de éste periodo, el niño esta entrando a la adolescencia, la cual puede ser un periodo fácil de desarrollo o por el contrario confuso. El individuo puede enfrentarse a lo abstracto así como también a la realidad.

El individuo no está atado necesariamente a imágenes perceptuales específicas para resolver problemas. Sin embargo, el adolescente a menudo tiene necesidad de explicaciones reales detalladas, incluyendo razonamientos por los cuales él debe cooperar y comportarse, especialmente cuando los adultos no son presionados a que lo hagan.

Habiendo alcanzado la capacidad para resolver problemas complejos el adolescente deberá comprender la causa y efecto, y saber que no es mágico. Ideales y aptitudes importantes se están desarrollando junto con el razonamiento inductivo. Es de esperarse que el individuo haya integrado sus funciones mentales con la realidad esto es que ha evolucionado en inteligencia y transforma las acciones motoras en pensamiento y conducta.

CONDUCTA

La conducta de un niño en una situación determinada puede modificarse habitualmente por técnicas adecuadamente controladas. Antes que estas puedan aplicarse es fundamental conocer bien la naturaleza exacta de la conducta que se requiere del niño en cada momento y un cuadro definido de los patrones de conducta indeseables. Una vez que esto está en claro, entonces las conductas deseables deben ser recompensadas y las indeseables castigadas. En esta forma el paciente será estimulado para que se acerque a la conducta deseada.

Este puede parecer un concepto simple y obvio, pero frecuentemente se pasa por alto o hasta se actúa en contra de una situación determinada. Un niño que se comporta bien a menudo suele ser ignorado para completar el procedimiento técnico rápidamente, pero si el paciente empieza a protestar y llorar, inmediatamente recibe atención.

El patrón de conducta deseable (sentarse tranquilamente en el sillón dental con la boca abierta) fue castigado (ignorado, incomodidad), mientras que el comportamiento indeseable (intentar salir del sillón, llorar, negarse a abrir la boca) fue recompensado (atención simpática, salida del consultorio, consuelo de la madre). Esta situación y muchas como esta, sólo enfatizarán un patrón de conducta indeseable.

LA PRIMERA VISITA

Al ver al niño por primera vez, es difícil determinar exactamente que reacciones mostrará hacia la nueva situación. Es imposible conocer sus verdaderos sentimientos y con frecuencia su temor no se manifiesta en forma evidente, sino que está bajo la superficie, listo para irrumpir en cualquier momento.

La cantidad de experiencias nuevas que puede encontrar antes de perder su auto-control es limitada y varía mucho de un niño a otro, o en el mismo, dependiendo de la ocasión y el ambiente. Es mejor, por lo tanto, suponer que el niño puede aceptar solamente pocas experiencias nuevas por vez y graduarlas con cuidado.

Las nuevas experiencias que deben incluirse en la primera visita son el reconocimiento del consultorio, la sala de espera, la recepcionista, el consultorio mismo y el odontólogo. Esta es la meta de la visita, por lo cual la visita debe ser corta, no más de quince minutos. Debe limitarse a obtener una historia clínica breve, haciendo un examen del paciente y su boca, nada más que una inspección visual y ayuda de un espejo bucal si es necesario y pulido de los dientes con una taza de goma, limitado a los dientes anteriores.

Para que ésta primera visita tenga éxito, es preciso que todo esté listo en el consultorio antes de que el niño entre y no hacerlo esperar.

En esta primera visita al niño entra acompañado de sus padres, lo que facilita la obtención de la historia clínica, el comportamiento deseable del niño es el siguiente:

1. Sentarse en el sillón dental cuando se le pida.
2. Abrir la boca cuando se le pida.
3. Mantener la boca abierta mientras se lleva a cabo la examinación dental.
4. Permitir al odontólogo la realización de una profilaxis.

Estas conductas específicas deben ser recompensadas y las que impiden alcanzar las metas deben ser sancionadas.

LA SEGUNDA VISITA

El niño ya está familiarizado con el ambiente odontológico, el operador y su personal; está listo para conocer cosas nuevas. Los dientes son pulidos nuevamente con una taza de goma y pasta profiláctica, puede comenzarse con una restauración simple.

Las visitas siguientes pueden emplearse para introducir más cosas nuevas, a un ritmo aceptable para el paciente, hasta que se sienta bien con la odontología. El cuidado en la preparación del paciente en esta forma rendirá sus ganancias más tarde, porque un niño feliz y confiado significa odontología descansada y de buena calidad.

Así, con un programa preparado de familiarización gradual, permitiendo a cada paciente progresar a su propio ritmo óptimo, el primer miedo a lo desconocido puede ser superado. Este plan será parte integral del tratamiento.

La conducta es una acción que puede ser observada y medida, observar la conducta de un niño es más fácil ya que sus acciones son más honestas. Las reacciones de un niño son con frecuencia el producto directo de sus sentimientos y no están disfrazados por mecanismos de defensa y de experiencias previas.

El dentista debe ser capaz de definir la conducta apropiada o inapropiada antes de que pueda reforzarla o cambiarla. La modificación de la conducta asume que el ambiente actual (el consultorio dental) tiene mayor relevancia para afectar la conducta del niño que las experiencias más tempranas de la vida, los conflictos intrapsíquicos o la estructura de la personalidad.

Identificar una conducta particular, como un movimiento de cabeza para rechazar la anestesia y notar que ocurre con suficiente frecuencia para ser designado como impropio para la edad del niño, no es el cuadro entero. El dentista que trabaja con niños también debe estar consciente de algunos principios básicos de las dinámicas conductuales operantes.

ANTECEDENTE → CONDUCTA → CONSECUENCIA

Un evento que antecede, conocido como estímulo, provoca una conducta particular o una combinación de conductas que a su vez pueden conducir a una consecuencia o consecuencias.

Antecedente: son moderados por la condición de desarrollo del niño, experiencias previas y el temperamento básico.

Conducta: pueden ser motoras (físicas), afectivas (emocional) o cognoscitivas (intelectuales)

Consecuencia: evento o respuesta que el niño comprende que es para reforzar o castigar.

Una aguja mostrada a un niño de 6 años de edad, que previamente ha tenido experiencias negativas de tratamientos dentales, puede provocar llanto y resistencia física.

AGUJA
MOSTRADA → LLANTO
Y RESISTENCIA → INTERRUPCIÓN
DEL TRATAMIENTO

Sin embargo, éste es el momento que el dentista debe manejar y enseñar al niño mediante el control de las consecuencias.

Las consecuencias deseadas dependen de la personalidad del dentista y del uso de refuerzos y represiones. Los refuerzos ayudan a que el aprendizaje se realice con más rapidez y por lo tanto debe ser algo que el niño identifica como para ser dado como consecuencia de su conducta.

REFUERZO POSITIVO

Se define como cualquier evento (consecuencia) que sigue a una respuesta dada (conducta). Los refuerzos positivos típicos incluyen artículos tangibles como monedas, juguetes o eventos sociales, como elogios o atención y actividades como un pasatiempo o mirar la televisión.

El refuerzo positivo más empleado es el social, a menudo en forma de elogios, el cual es suficiente para la mayor parte de los niños no incapacitados.

REFUERZO NEGATIVO

Por el contrario, para reducir la frecuencia o extinguir la conducta no deseada, el dentista puede emplear el castigo. Este es un asunto delicado, que depende del concepto que el dentista tenga de castigo. Para ésta discusión, el castigo puede acarrear la presentación de refuerzos negativos como hablar a gritos, sujetar al niño, mostrarle autoridad o colocarle la mano sobre la boca. La última técnica es discutible, pero en cada caso, el intento es terminar con rapidez una conducta intolerable.

El castigo también puede emplearse a través del retiro de un refuerzo positivo como hacer que los padres salgan de la habitación o ignorar las conductas con las que el niño pretende llamar la atención. Esta última técnica, se utiliza mejor en conductas molestas pero tolerables como gemir, una inquietud ligera o técnicas dilatorias, las cuales son tolerables.

1. Control Mediante La Voz

Este método requiere del dentista más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de su voz es importante, ha de proyectar la idea de quien es el que manda. La expresión facial del dentista también debe reflejar esa actitud de confianza.

El control con la voz es una técnica básica para manejar a los preescolares. Es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas tan pronto empieza a suceder y es más o menos exitosa una vez que los comportamientos inconvenientes alcanzan su máxima expresión.

2. Mano Sobre La Boca

En este método, el dentista coloca su mano sobre la boca de un niño que llora en forma histérica. Con esto controla los berrinches y otras manifestaciones de incomodidad; se utilizará junto con el control de la voz. Este sistema funciona de manera confiable en varios tipos de personalidad infantil.

La técnica no busca asustar al niño, intenta obtener su atención y silencio para que pueda escuchar al dentista.

Esta técnica continua siendo controversial por razones obvias. Los criticos estiman que desde el punto de vista psicológico puede ser provocativa para el niño. El método perdura en la mayoría de los odontólogos para manejar la conducta, sólo porque funciona con rapidez y en consecuencia es muy eficaz.

Los pacientes que necesitan este sistema requieren a menudo manejo farmacológico, hospitalización o mayor madurez social o psicológica, a fin de tratarlos con facilidad en caso de no usar dicha técnica.

3. Restricción Física

En sentido literal, significa controlar físicamente los movimientos inapropiados del niño durante el tratamiento. Puede efectuarse con las manos, cinturones, cintas, sábanas o algunos aparatos especiales. Esta técnica se emplea durante la cita, se limita a niños inmanejables. Una alternativa a la restricción física abarca el tratamiento con medicamentos o anestesia general, estos métodos pueden ser costosos y a veces peligrosos.

Dos aspectos de la restricción física son el manejo de los maxilares y la conservación de la apertura bucal del niño.

Sin importar como evolucione la opinión social acerca de la restricción física, sobrevivirá como técnica. Los principales candidatos son los niños muy pequeños (menores de 30 meses) que requieren de tratamiento urgente por traumatismo o infantes impedidos.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente pequeño, a la que se le llama periodo de resistencia y se considera normal en el proceso de crecimiento del niño. Es importante que el profesional sepa que esto es normal y no una reacción provocada por él o su personal.

La escala de clasificación de la conducta da cuatro categorías, es utilizada comúnmente para registrar la conducta de los niños en el consultorio odontológico. Por medio de ella, es posible llevar un registro de la reacción de un niño a procedimientos odontológicos específicos.

Clasificación 1 (definitivamente negativa).

Rechaza el tratamiento, llora forzosamente, está asustado o presenta cualquier otra evidencia de negativismo extremo.

Clasificación 2 (negativa).

Es renuente a aceptar el tratamiento, no coopera, muestra alguna evidencia de actitud negativa pero no pronunciada, esto es que el niño se muestra hosco o alejado.

Clasificación 3 (positiva).

Acepta el tratamiento pero a veces es cauteloso, está dispuesto a cumplir con el odontólogo, a veces con reserva, pero sigue las indicaciones con buena voluntad.

Clasificación 4 (definitivamente positiva).

El niño presenta una buena relación con el odontólogo y se muestra interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta de la situación.

Es fundamental explicar al niño todas las sensaciones que experimentará, antes de que se presenten, de modo que no aparezcan miedos. Es importante también explicarle que él no se dormirá, sólo el diente y que despertará pronto.

La única excepción permisible en el tratamiento de niños es evitar que vean la jeringa. Es importante también no usar palabras como dolor, inyección, aguja, pinchazo; aún en sentido negativo, como no va a doler o es sólo un pinchacito, esas expresiones que provocan emoción pueden crear una respuesta adversa del paciente.

Es importante adoptar una posición como para contrarrestar de inmediato cualquier movimiento repentino del niño. Si intenta agarrar la jeringa durante la administración del anestésico, se debe decirle suave pero firme, que no lo haga, pero no debe intentarse forzar la anestesia, si ésta es rechazada.

Cuando se administra un anestésico local a un niño, hay que advertirle a él y al padre, de los peligros de morder los tejidos blandos mientras está anestesiado.

Este es un problema especialmente en niños pequeños. Aunque generalmente relacionado con el regional del dentario inferior, debe recordarse que cualquier inyección que anestesia los labios y el carrillo, puede resultar en esas lesiones traumáticas que, aunque parecen muy alarmantes al principio, suelen producir poca incomodidad y raramente ocasionan algo más que una hinchazón del tejido blando por pocos días. Es difícil que el paciente repita el error.

GUÍAS PARA LA ALABANZA

QUE

1. Cualquier conducta que usted quiera que sea repetida.
2. Avances pequeños hacia una conducta deseada (aproximación sucesiva), equivale a moldear la conducta del niño.

COMO

1. Dar directrices claras y simples.
2. Proporcionar atención positiva, contacto ocular, palabras agradables, atención física.
3. Ser simple y específico acerca de lo que se desea.
4. No malograr el efecto positivo agregando una crítica después del elogio.

CUANDO

1. Alabar inmediatamente para eficacia máxima.
2. Si no es posible la alabanza inmediata, retardarla también es efectiva.
3. Elogiar cada vez que se produce una aceleración de la conducta deseada, la consistencia es muy importante.
4. Una vez que la conducta nueva positiva esté firmemente establecida, los elogios intermitentes la mantendrán, debe haber por lo menos una alabanza por cada cinco conductas positivas.

GUÍAS PARA IGNORAR SITUACIONES

QUE

1. Conductas indeseables pero no intolerables.
2. Diversiones: cambiar el tema, evitar o retardar el tratamiento, distraer.
3. Conductas molestas: gemir, interrumpir, demandar, hacer ruidos.
4. Este metodo de ignorar las conductas indeseables del niño es a menudo utilizada con la alavanza, terminando con el mal comportamiento y reafirmando la conducta deseada.

COMO

1. Voltar en dirección contraria al niño.
2. No responder cosa alguna.
3. Ser firme y continuar ignorando hasta que la conducta pare.
4. Elogiar el primer signo de conducta deseada.

RECUERDE: estar consciente de que el niño puede acelerar las conductas indeseables antes de lograr que coopere.

GUÍAS PARA CASTIGAR

QUE

1. Las formas para reducir las conductas intolerables como mano sobre la boca y la restricción física, sólo debe usarse como último recurso.

COMO

1. Dar una orden terminante específica. Si el niño se detiene alabarlo y considerar terminado el evento, por ejemplo, dejar de mover la cabeza.

2. Dar una señal de advertencia si la conducta continua. "Si mueves tu cabeza, voy a llamar a alguien para que te ayude a dejar de moverla".

3. Si continúa, proseguir la acción.

4. Estar calmado, imperturbable.

5. No debe haber atención a la conducta del niño mientras esté actuando.

6. Cuando haya terminado, es decir un evento pasado, no amenazar, regañar o sermonear.

PUNTOS PARA RECORDAR

1. Los padres enseñan a los hijos a resolver los problemas en la forma que ellos resuelven los suyos.
2. Castigar hace sentirse a los niños ansiosos y sentirán mala voluntad contra el que formuló el castigo.
3. Si usted se descubre castigando la misma conducta más de unas cuantas veces, entonces el castigo no está trabajando.
4. Elogiar conductas que son incompatibles con la conducta problema. "Tu estás bien sentado mientras que yo te quito los microbios del azúcar".
5. No emitir amenazas: "Detente o verás".
6. Usted debe ser consistente y siempre proseguir sus acciones.
7. La edad mental del niño es un factor primario.

NO OLVIDAR: el objetivo de usar el castigo es dejar de tener que usarlo.

EL CONTROL DEL DOLOR Y LA INCOMODIDAD

Una vez superado el miedo a lo desconocido, el único miedo remanente es el dolor. No hay duda de que la dentina de algunos dientes primarios es sensible a los instrumentos y, en ese caso, la experiencia de la preparación cavitaria es desagradable. El factor aislado más importante en el control del dolor es la anestesia local, que debe establecerse a comienzos del plan de tratamiento, generalmente en la segunda o tercera visita y continuarse con procedimientos de rutina. Una vez eliminada toda posibilidad de dolor el tratamiento puede ser de la más alta calidad.

La primera experiencia del niño con la anestesia local puede afectar su reacción a los procedimientos odontológicos en el futuro, de modo que es importante que se aplique correctamente. Todo debe estar listo antes de que el paciente llegue y no debe haber interrupciones en la continuidad del tratamiento.

Se debe decir al niño que sólo su diente se va a dormir. Debe aplicarse una pasta anestésica de superficie en la zona de la inyección por 2 minutos, es mejor mantenerla en el lugar con la mitad de un rollo de algodón, usando la otra mitad para secar la mucosa antes de aplicar la pasta. Debe explicarse al niño que la pasta va a dormir la encía y después de 2 minutos la inyección es para lavar la pasta. La mucosa debe estirarse y volcarse rápidamente sobre la aguja, y el procedimiento no se sentirá.

El uso exitoso de la anestesia local en niños pequeños depende principalmente de la administración. Hay que cuidar muy especialmente la comodidad y tranquilidad del paciente. Después de que el niño ha experimentado una o dos inyecciones dadas correctamente, las aceptará sin protesta; en realidad muchos niños no están dispuestos a aceptar el tratamiento odontológico sin anestesia local.

CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO

Si los padres acompañan al niño al consultorio en la primera visita con el propósito de dar información al odontólogo, es aconsejable describir brevemente lo observado en la boca del niño.

Algunos odontólogos cometen el error de tratar de hacer demasiado en el paciente de primera vez. Solo que el niño presente dolor, es recomendable darle el tratamiento apropiado, pero ésta es una de las pocas excepciones. Si el odontólogo sigue un procedimiento sencillo, el niño tiene oportunidad de ganar confianza en el profesional y sus procedimientos. Si el examen y la profilaxis marchan sin tropiezos, se podrán sacar las radiografías necesarias en la primera visita.

Después de que todos los procedimientos iniciales sean completados, el odontólogo debe invitar al padre a volver al consultorio para discutir lo observado brevemente. El odontólogo agradece nuevamente al niño por ser buen ayudante, mientras el niño abandona con sus padres el consultorio.

Los párrafos siguientes resumen los aspectos considerados en la orientación de la conducta del niño.

1. El éxito en el manejo del niño depende del cariño, confianza, sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de falta de cooperación.
2. El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es esencial para el bienestar del niño.

3. Algunos psicólogos han dicho que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño, si este se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la lucha está y el odontólogo debe ganar. En otras palabras, hay que hacer algo en la primera cita.

4. Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.

5. El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y buscar el momento apropiado para felicitar al niño.

6. Hay que intentar transmitir la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo o de la asistente ayudará a cumplir este objetivo.

7. Si el niño no quiere aceptar que hay trabajo importante por realizar, el odontólogo debe mantener un enfoque positivo, en primer lugar mediante la voz. Si esto no tiene éxito, habrá que utilizar alguna forma de restricción para que el niño sepa que el odontólogo será constante por brindar un servicio de salud. Un niño sin disciplina en su hogar, muchas veces respetará al odontólogo que la impone.

EL MALTRATO INFANTIL

ANTECEDENTES HISTORICOS

Podemos decir que la existencia de malos tratos a los niños ha sido un hecho que se ha presentado y que se repite desde tiempos muy remotos. Frente a tal situación, ¿qué actitudes ha tenido la sociedad y los individuos?

Cuatrocientos años antes de Cristo, Aristóteles expresaba: "un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto".

En Grecia, Roma y muchos otros países de la antigüedad, el padre podía matar o vender a sus hijos.

En el siglo XVII, la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia era común y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólito. En ese tiempo las formas para deshacerse de los niños eran tan simples como los cuidados que requerían; se creía que el calor maternal era benéfico para el niño y la madre dormía con él, de manera que era de suma frecuencia que el niño muriera ahogado, concluyendo que sólo había sido un accidente. En otras ocasiones eran envueltos sumamente apretados, lo cual les provocaba muerte por asfixia. También era costumbre frecuente entre las clases socioeconómicas inferiores lisiar o deformar a los hijos para causar lástima y posibilitar el ejercicio de la mendicidad de éstos, en beneficio de los padres o algún otro explotador.

En 1860, Tardieu, médico legista francés, estudió este problema desde el punto de vista médico-social y escribió un informe titulado "Etude Medico Legale Desblessures".

En 1871, se fundó en la ciudad de Nueva York "The Society For The Prevention Of Cruelty To Children", como consecuencia de que algunas personas encontraron a la niña Mary Ellen sujeta a la cama con cadenas por sus padres adoptivos, este suceso fue notificado a la Sociedad Protectora de Animales para que la niña fuera rescatada, ya que no existía una asociación específica para estos casos, y gracias a este suceso se formó la sociedad antes mencionada.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera atención a este problema, y no fue hasta 1946 que el pediatra y radiólogo estadounidense J. Caffey publicó una investigación relativa a 6 lactantes y niños pequeños en quienes se apreció un síndrome en que se presentaba hematoma subdural y fracturas múltiples de los huesos largos, en ocasiones con lesiones epificiarias.

Los 6 niños examinados presentaban un total de 23 fracturas, observándose diferentes etapas de consolidación en el mismo niño, por lo anterior y basado en sus estudios el médico concibió la posibilidad de que tales lesiones tuviesen un origen traumático que en todo caso, se había ocultado.

En el año 1953, F. N. Silverman determinó la causa traumática en casos similares a los del Dr. J. Caffey.

En 1957 y 1965, el mismo Dr. J. Caffey manifestó afirmativamente en nuevas publicaciones que el origen de esas alteraciones de la salud se encontraban en traumatismos derivados de malos tratos.

Para el año d 1962, C.H. Kempe; F.N. Silverman y colaboradores, dieron a conocer una cifra elevada de casos de niños que presentaban el llamado "Síndrome Del Niño Maltratado", y en el lapso de un año recopilaron 749 casos.

En México durante el año 1971, se celebró un ciclo de conferencias sobre el tema de "Maltrato Físico Al Niño", en el cual se analizaron aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídico.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil como tal, es considerado como un fenómeno psicopatológico social, el cual empezó a publicarse en el año 1946, gracias al estudio realizado por un grupo de médicos basados en manifestaciones clínicas y radiográficas, lo que dio paso en el año 1962 a nombrar este fenómeno por el Dr Kempe como "Síndrome Del Niño Maltratado o Golpeado.

El primer informe registrado en México del "Síndrome Del Niño Maltratado", fue descubierto por los servicios de urgencias del Hospital de Pediatría y presentado en sesión clínica en junio de 1966.

El síndrome del niño maltratado, fue definido inicialmente como el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental dirigida a herir o lesionar y destruir a un niño, ejercido por parte de sus padres y otras personas cercanas al menor.

Durante el coloquio de criminología (Consejo De Europa 1981), se definió el maltrato infantil como:

"Actos y carencias que perturban gravemente al niño atentando contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico, psíquico y/o sexual, por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño, como serían padrastros, tutores, maestros, patrones, sirvientes, que son personas de alguna manera incorporadas a la familia.

El síndrome del niño maltratado, es una entidad causada por una psicopatología familiar, que hace víctima al niño en una época de la vida en la que se encuentra más indefenso, aprovechándose de su capacidad para canalizar hacia el menor una agresión largamente reprimida.

ETIOLOGÍA

Es importante mencionar que el maltrato infantil es un fenómeno multidimensional y multicausal, por lo que, tanto su estudio como las formas de intervención tienen que partir de equipos interdisciplinarios.

La etiología del síndrome del niño maltratado, se encarga de estudiar las causas de este fenómeno, abarcando exámenes de los factores individuales, familiares y sociales.

Esta división de los factores que pueden ser predisponentes y en ocasiones arbitraria, ya que los factores individuales como los familiares y sociales se entrelazan y muchas veces la distinción entre ellos puede ser dudosa, ya que se llegan a presentar los tres elementos en forma simultánea.

FACTORES INDIVIDUALES

Dentro de ésta categoría de maltrato podemos señalar que en muchas ocasiones los agresores más frecuentes son los padres o tutores; ya que ellos a su vez fueron maltratados en su infancia, lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas y/o emocionales lo que conduce a un sentimiento de rechazo y subestimación de sí mismo.

El Dr. Mooring afirmó, que el agresor es un sujeto inadaptado que se cree incomprendido y que suele ser impulsivo, cuando este se encuentra en momentos de crisis o se siente amenazado, reacciona violentamente descargando su agresividad o frustración hacia sus hijos.

Por otra parte, en contra de lo que pudiera pensarse, el castigo físico como medio de control sobre los hijos sigue siendo el patrón disciplinario y correctivo predominante en nuestra cultura, por lo tanto es una situación que puede caer en el exceso fácilmente.

En otros casos los padres se sienten defraudados por el niño, ya que puede presentar alguna disminución física o mental o simplemente por que no llena sus requisitos de "HIJO IDEAL".

Encontramos otro tipo de causa, en la que los padres no se sienten capaces de asumir responsabilidades, o bien en la compensación de sus frustraciones que experimentan al maltratar a un sujeto débil.

Un factor importante que interviene en la etiología, es la incapacidad para comprender y educar a un niño. Muchas madres no están preparadas física ni emocionalmente, prácticamente presentan un conocimiento precario de los cuidados del niño, lo cual se transforma de amor y atenciones, en aversión.

En algunos casos de maltrato, se detecto que el agresor se encontraba en estado de intoxicación, ya sea por bebidas alcohólicas u otros fármacos; los cuales pueden provocar psicopatología paranoico depresivas, lo cual indica que el sujeto sufre alteraciones psíquicas caracterizadas por estados de angustia e inseguridad, lo que ocasiona discrepancias con el ambiente en forma reiterada y sistemática.

FACTORES FAMILIARES

Con respecto a los factores familiares, son importantes las situaciones que generan el maltrato. Podemos mencionar alguno de los elementos más frecuentes como causa de maltrato cuando el niño es no deseado, producto de relaciones extramaritales, niños adoptados, periodos temporales en los que permanecieron alejados de la familia, cuando son producto de uniones anteriores a la familia actual.

Generalmente, en las familias que presentan niños maltratados, se presentan los siguientes puntos:

1. Inestabilidad y desorganización en el hogar.
2. Desavenencias conyugales.
3. Dificultades económicas.
4. Enfermedades.
5. Conductas antisociales.
6. Ausencia de cuidados.
7. Alimentos deficientes o mal preparados.
8. Habitaciones inmundas.
9. Mala administración económica.
10. Desempleo o subempleo.

11. Embarazos no deseados.

12. Debido a lo mencionado en los incisos anteriores, se presenta:
"desintegración del núcleo familiar".

El cuadro anterior, se puede considerar como las causas que provocan con más frecuencia el maltrato, sin embargo esta no es una regla sin excepción, puesto que también se ha observado en algunos hogares bien integrados, con una base económica sólida y algunas otras características positivas.

FACTORES SOCIALES

El Dr. Halberstam, afirma que los malos tratos contra los niños se presentan en todas las clases sociales, razas, nacionalidades y religiones.

El Dr. Mooring, considera que es un problema que se restringe a grupos de baja instrucción y nivel socioeconómico inferior; sin embargo no deja de señalar que en menor porcentaje también ocurre en familias profesionistas y de niveles socioeconómicos superiores.

Sería lógico pensar que el maltrato a los niños se da en todo tipo de clases socioeconómica, pero en los hogares de clase media tiene menos publicidad porque se evita la intervención de las autoridades, ya que están en mejor posibilidad de ocultar o disimular tales hechos.

Otro factor importante es la falta de sensibilidad de la colectividad con respecto a este problema. La indiferencia con la mayoría de las personas observan dicho problema, acompañado de reacciones inadecuadas, ayudan a que tales conductas se presenten sin que haya una respuesta social opresiva a estos actos.

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Tomando en cuenta la definición antes señalada sobre maltrato infantil encontramos, que resulta importante mencionar las diferentes tipologías de acuerdo a las siguientes categorías:

- A) Frecuencia.
- B) Omisión o hecho.
- C) Área que afecta.
- D) Edad del menor.

En relación a la frecuencia, el maltrato infantil puede presentarse:

- A) Habitualmente.
- B) Ocasionalmente.
- C) Una sola vez.

En lo que se refiere a omisión o hecho se alude a:

- A) Presencia de actos que perjudican al menor.
- B) Carencia de acciones que lo beneficien.

Considerando el área afectada por el maltrato infantil podemos diferenciar, sin olvidar la interacción que existe entre ellas:

- A) Física.
- B) Sexual.
- C) Afectiva.
- D) Cognoscitiva.
- E) Moral.

El maltrato infantil comprende diversas conductas:

- A) Físicas.

Que van desde lesiones que incluyen golpes, quemaduras, cortaduras, mutilaciones, hasta el homicidio.

- B) Sexual.

Incluye tocamientos, exhibicionismo, violación, hasta la prostitución del menor.

- C) Emocionales.

Que comprende humillaciones, insultos, descréditos, daño a sus propiedades.

- D) Afectiva.

Se presenta por la carencia al cubrir sus necesidades esenciales, acompañado de negligencia y abandono a su persona, así como de alimentación, servicio de salud, educación.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Existen lesiones físicas que son características de los niños maltratados. Ellos se observa frecuentemente la presencia de hemorragias cutáneas y subcutáneas en diferentes etapas de recuperación, sobre todo en cara y glúteos, pudiendo presentarse también en antebrazos, como consecuencia de actitudes defensivas del niño. También se observan excoriaciones, en ocasiones heridas sobreinfectadas, alopecia, quemaduras, nariz tumefacta aplanada, dientes rotos, desgarres de encías ocasionados por la introducción brutal de biberones o chupones.

Las fracturas se presentan repentinamente y en ocasiones de manera múltiple en costillas, huesos largos y cráneo. En las fracturas de huesos largos, mediante examen radiológico, se puede apreciar que las láminas que cubren la diáfisis, cuerpo o tallo comprendido entre los extremos o epífisis, forman una vaina que hace más grueso al hueso en el área de la fractura. En el mismo examen también puede observarse fragmentación irregular de la metáfisis del hueso, punto de unión de la diáfisis con la epífisis junto con tejido normal de formación reciente o neoformación ósea, fuera del conducto medular.

Las lesiones cerebro-meníngeas pueden ser derrames subdurales, es decir que se presentan debajo de la duramadre, lo cual junto con el aracnoides y la piamadre son las tres membranas que envuelven al encéfalo y la médula espinal.

Estos derrames subdurales se manifiestan en convulsiones, parálisis ligeras o incompletas llamadas parestesias, vómitos, coma, parálisis oculares, hemorragias retinianas, tensión del espacio no osificado del cráneo del niño, llamado fontanela, y aumento del perímetro craneano.

Otras lesiones características del maltrato son las viscerales: ruptura de bazo, hígado, riñón y estallamiento en general.

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

El niño maltratado, en la mayoría de los casos, tiene un comportamiento *anormal*, este puede ser anterior a los malos tratos, contribuyendo a provocarlos o mantenerlos. A veces al contrario, el niño queda perturbado debido a ellos.

Las anomalías más frecuentes son:

1. Debilidad mental real, con frecuencia ligada a debilidad mental de los padres.
2. *Debilidad mental aparente, inducida por carencia afectiva.*
3. Psicosis, trastornos de sueño o la alimentación.
4. Neurosis, trastornos que se vuelven insostenibles a causa del agotamiento de la madre y las malas condiciones de alojamiento.
5. Trastornos motores y sensoriales.

CONDUCTA A SEGUIR DEL ODONTOLOGO ANTE UN NIÑO MALTRATADO

La incidencia real de abuso infantil y negligencia es desconocida. A partir de esto es importante subrayar que los profesionales que de alguna manera tienen acercamiento o comunicación con niños, en su mayoría ignoran la magnitud del síndrome o lo pasan por alto por falta de información adecuada.

El papel y responsabilidad de los dentistas, especialmente de los odontopediatras y cirujanos bucales, los cuales se encuentran situados favorablemente para detectar maltrato infantil, ya que en muchos estudios se ha reportado que la mitad de las lesiones en niños se encontraban en cabeza y cuello.

Además el tutor abusivo rara vez lleva al niño con el mismo doctor, pero no tiene el mismo cuidado con el dentista.

Sin embargo, la incidencia de reportes hechos por dentistas es realmente muy baja.

Las principales razones que interponen al dentista o cualquier otro profesionalista son:

1. Verse envuelto en el problema.
2. Ignorancia acerca del síndrome de niño maltratado.

3. Falta de conocimiento de los estatutos legales para reportar el maltrato.
4. Desconocimiento de las Instituciones que se encargan de brindar apoyo en favor de los derechos del niño.
5. Miedo a tratar con los padres enojados.
6. Miedo a sufrir represalias.

El dentista debe poner especial atención en niños que presenten lesiones en cabeza, cara y cavidad oral.

Las lesiones que más frecuentemente se han presentado son:

1. Fractura de dientes.
2. Laceración de frenillos.
3. Pérdida de dientes sin explicación obvia.
4. Desplazamiento dental.
5. Apariencia anormal.
6. Inmovilidad de la lengua.
7. Fractura de maxilar y mandíbula.
8. Hematomas y cicatrices en los labios.
9. Quemaduras de la mucosa oral.

Todos los indicadores de abuso deben ser exactamente clasificados y descritos con respecto a:

1. Color de la lesión.
2. Etapa de reparación.
3. Tamaño.
4. Descripción cuidadosa de la superficie afectada.

PROCEDIMIENTO LEGAL ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

Los profesionales dentales necesitan considerar los conocimientos de este tema, y estar dispuestos a llegar a involucrarse, especialmente cuando el niño sufre de maltrato.

Una vez que se ha diagnosticado o reconocido el maltrato como tal, con los parámetros observados con anterioridad, el profesional tiene la responsabilidad ética y legal de reportarlo a las autoridades correspondientes como sospecha de que existe maltrato infantil.

La obligación del dentista es:

1. Poner especial atención en dichas lesiones y preguntar al niño como ocurrieron las mismas.
2. En segunda instancia, fuera de la presencia del niño, el dentista debe cuestionar a los padres, si las dos historias son contradictorias, se corrobora la sospecha de maltrato.
3. Se debe poner atención al niño que se agacha enfrente de sus padres o que los mira de manera frecuente para poder contestar.
4. De ser posible se tomarán radiografías y/o fotos.
5. Se debe registrar cualquier evidencia que pueda ser provechosa para el caso.

6. Se debe permanecer objetivo con todas las partes.
7. Tratar el daño dental.
8. Apoyar al niño cuya vida este en peligro, en caso necesario transferirlo a un hospital.
9. El reporte a las autoridades se hará en un margen de 48 horas posterior a la visita.

Todos estos pasos podrán ser llevados más fácilmente si el diagnóstico es realizado en alguna institución, ya que el niño es detenido inmediatamente para realizarle los estudios correspondientes y si hay indicios de abuso, se le someterá a una averiguación previa. En la cual se proporcionarán todos los datos y pruebas posibles para detectar al victimario.

En caso de que el diagnóstico sea realizado en un consultorio particular, el dentista lo podrá denunciar de manera anónima si es que así lo prefiere.

Actualmente en México existen asociaciones gubernamentales como el DIF y la Procuraduría General de Justicia, las cuales cuentan con un apartado especial para defender los derechos del niño en las que de manera activa y preponderante se les apoyará ante cualquier tipo de abuso, proporcionándoles:

1. Asistencia médica.
2. Alimentación.
3. Habitación.
4. Vestido.
5. Terapia Psicológica.
6. Defensor de oficio (abogado).

Todo esto con el objeto de hacer valer el derecho a una vida digna, en cuyo caso las autoridades, después de haber efectuado un estudio socioeconómico, médico, psicológico y legal al niño y a los posibles agresores, se determinará la custodia del menor en medida de lo que más le convenga.

ESTADISTICAS DE MALTRATO INFANTIL

FATALIDAD INFANTIL

Desde 1985 a 1994, el estimado de muerte por maltrato se incremento un 48%, como resultado, basado en este porcentaje tres niños mueren diariamente víctimas de abuso o negligencia. (Wiese y Daro 1995).

En 1994, un promedio de 1271 niños que presentaban maltrato infantil estuvieron relacionados con fallecimientos.

Se reporto que más del 88% de estos niños tenían menos de 5 años, al mismo tiempo el 46% de las muertes se presentaron en niños de un año de edad. (Wiese y Daro 1995).

En estos casos la causa de muerte fue la siguiente:

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 1) Abuso físico | 54% |
| 2) Negligencia | 42% |
| 3) Abuso físico y negligencia | 4% |

El abuso físico, es la causa de más de 60% de los fallecimientos relacionados con maltrato infantil.

Según la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad contra los Niños (NSPCC), el 66% de los niños que mueren víctimas de maltrato esta comprendido por niños menores de un año de edad.

En México, según los resultados de las investigaciones realizadas 40 de cada 100 niños maltratados mueren como consecuencia de dicho acto.

MALTRATO FISICO, SEXUAL Y NEGLIGENCIA

En un estudio realizado de enero de 1985 a diciembre de 1989 a 1248 casos con sospecha de abuso, el porcentaje del tipo de abuso que se observó fue el siguiente:

- | | |
|-----------------|-------|
| 1) Abuso físico | 67.3% |
| 2) Negligencia | 61.0% |

En 1994, fueron contemplados 1, 036, 000 niños como víctimas de maltrato reportados por el Servicio de Protección al Niño en los Estados Unidos, reflejando los siguientes resultados:

- 1) Abuso físico 21%
- 2) Abuso sexual 11%
- 3) Negligencia 49%
- 4) Abuso emocional 3%
- 5) Otras formas de maltrato 16% (consumo de drogas o alcohol en embarazo).

Los porcentajes presentados anteriormente permanecieron relativamente estables con respecto a las denuncias presentadas desde 1986, de este año a 1994 los resultados son:

- 1) Abuso físico 27%
- 2) Abuso sexual 16%
- 3) Negligencia 55%
- 4) Abuso emocional 8%

Las denuncias recibidas y los casos comprobados de maltrato infantil por el programa DIF-PREMAN (Prevención de Maltrato al Menor) de 1982 a junio de 1994 son las siguientes:

AÑO	DENUNCIAS RECIBIDAS	CASOS COMPROBADOS
1982	1,128	193
1983	707	275
1984	696	275
1985	704	235
1986	1,271	443
1987	959	419
1988	1,021	380
1989	1,225	489
1990	1,222	428
1991	1,246	480
1992	1,335	488

AÑO	DENUNCIAS RECIBIDAS	CASOS COMPROBADOS
1993	1,426	604
1994 ene-jun	830	394

Esto nos da como resultado un total de 13,770 denuncias de sospecha de maltrato infantil, de las cuales 5,103 (37%) casos fueron comprobados.

LESIONES

La piel es el sistema orgánico más frecuentemente comprometido mostrando contusiones o laceraciones en diversas etapas de recuperación.

Pequeñas quemaduras circulares ocasionadas aparentemente por un cigarro o quemaduras de cuerdas en las muñecas, mordidas en cabeza y cuello, alopecia traumática (lunares con pérdida de cabello) causado por la detención del niño acostado durante el ataque, comúnmente en abuso sexual.

Los signos orofaciales de abuso sexual pueden incluir lesiones gonorréicas en boca y ojos, verrugas venéreas, sífilis en labios y boca, eritema y petequias en paladar.

Muchos estudios han demostrado que la mitad de las lesiones en niños se localiza en cabeza y cuello.

En un análisis de 29 casos fatales de maltrato, se encontró que las víctimas mostraban lesiones en:

- 1) Cuero cabelludo 79%
- 2) Frente 52%
- 3) Mejilla 49%
- 4) Mandíbula 48%

Becker, después de revisar 260 casos encontró:

- 1) Trauma orofacial 9%
- 2) Lesiones en cabeza 6%

O'Neal, conduciendo una sala de emergencias durante dos años determino la prevalencia de lesiones dentales; encontró que el 1.4% de los niños que llegaban eran víctimas de maltrato y que el 7.2% de estos presentaba lesiones dentales intraorales.

En un estudio realizado de 1985 a 1989 en 1248 casos de maltrato, se encontró que el 37.5% de las lesiones se observaron en cabeza, cuello, cara y boca. Sin embargo este porcentaje aumento a un 75.5%, lo que representa el doble, al revisar sólo 511 casos más por separado. Lo que refleja que un total de 1319 niños presentaron lesiones en las zonas mencionadas anteriormente.

La partes del cuerpo que se presentaron más frecuentemente lesionadas fueron en orden decreciente:

- 1) Cara
- 2) Labios
- 3) Genitales
- 4) Cabeza
- 5) Espalda
- 6) Glúteos
- 7) Tórax
- 8) Abdomen
- 9) Cuello
- 10) Boca

En 1994, se concluyó un estudio en 266 niños desde recién nacidos a 17 años de edad, quienes fueron vistos en el Hospital Infantil de Texas.

El 70% de estos niños presentaron lesiones en la zona superior del cuello, presentado también lesiones en orden decreciente, en:

- 1) Mejilla
- 2) Ojos
- 3) Frente
- 4) Nariz
- 5) Orejas

Lesiones en boca:

- 1) Dientes fracturados
- 2) Quemaduras
- 3) Laceraciones

En general, las contusiones y fracturas son más comunes que las quemaduras, sugiriendo que la mayoría de los agresores golpean de forma espontánea probablemente con la mano o el puño (32.8%), otros instrumentos usualmente empleados en orden decreciente son:

- 1) Agua o comida caliente
- 2) Raquetas
- 3) Dientes (por mordedura)
- 4) Cuchillos u objetos cortantes

LOS AGRESORES

Los padres que agreden a sus hijos generalmente también sufrieron de maltrato en su infancia. "Nosotros queremos creer que fuimos amados de niños, por lo tanto educamos a nuestros hijos como fuimos educados".

El típico agresor es generalmente joven, padre soltero sin apoyo de la familia o amigos.

Comúnmente, los niños experimentan miedo de hablar en contra de sus padres, porque no quieren ser separados de los seres a quienes aman, o bien, si el padre es el agresor el niño quiere permanecer junto a su madre y hermanos.

Debido a un estudio de casos comprobados de abuso sexual, se reveló que existe un alto riesgo al dejar al niño a cargo de una niñera. El 5.5% de 10,000 niños experimenta este tipo de abuso de una niñera.

En un estudio realizado en la Gran Bretaña, se encontró que al 32% de los padres y al 13% de las madres que maltratan a sus hijos, se les diagnosticó como psicópatas agresivos, además que tenían más condenas por crímenes violentos.

Se realizaron estudios en 1248 casos de maltrato de 1985 a diciembre de 1989, donde se encontraron los siguientes datos:

1) Ambos padres culpables	94 casos	7.5%
2) Sólo un padre culpable	790 casos	63.3%
3) Otros	364 casos	29.2%

De 1991 a 1993, se recibieron 132 casos de abuso sexual en la Asociación Mexicana Contra la Violencia, de los cuales el 11% fue descubierto por embarazo, las víctimas del abuso fueron:

Niñas	116	91%
Niños	11	9%

Con respecto al tipo de agresor se reflejo el siguiente resultado:

1) Consanguíneo	71 casos	54%
2) No consanguíneo	45 casos	34%
3) Desconocido	16 casos	12%

En el Instituto Nacional de Pediatría se recibieron 173 casos de abuso físico. Las víctimas fueron:

Niñas	57 casos	57%
Niños	43 casos	43%

Los resultados con respecto a los agresores fue el siguiente:

1) Madre	36%
2) Padre	22%
3) Ambos	9%
4) Padrastro	11%
5) Madrastra	6%

- | | |
|--------------|----|
| 6) Tíos | 6% |
| 7) Otros | 6% |
| 8) Sin datos | 3% |

Los datos que se han observado anteriormente, nos demuestran que el mayor porcentaje de personas que cometen abuso infantil, son los padres naturales de las víctimas.

- 1.- El derecho a la vida y a la supervivencia.
- 2.- El derecho a un nombre, una nacionalidad y una familia
- 3.- El derecho a una vida digna.
- 4.- El derecho a ser protegido contra todo tipo de abusos.
- 5.- El derecho a ser tratado con respeto por las autoridades.
- 6.- El derecho a ser educado en la libertad.
- 7.- El derecho al juego, a la recreación y la cultura.
- 8.- El derecho a ser el primero en todo.

Le maltrato infantil es un gran problema que enfrenta nuestra sociedad, el cual se incrementa día con día, desde una forma imperceptible hasta la muerte.

La falta de conocimiento sobre el tema, el miedo al procedimiento legal que recaiga sobre el odontólogo y el desinterés hace que pasemos desapercibidos o restemos importancia a los signos que puede presentar un paciente, que posiblemente necesita nuestra ayuda para sobrevivir

El odontólogo representa un papel determinante en la identificación de estos casos, ya que la mayoría de las lesiones (62.5%) se presentan en cabeza, cara y cuello, por esto la importancia de tener conocimiento sobre el tema, para poder detectar cualquier indicio de maltrato en nuestros pacientes infantiles, ya que es obligación de todos cuidar y proteger a los niños.

Los casos de maltrato se pueden presentar en cualquier estrato social, especialmente en familias desintegradas emocional o económicamente; al hacer una recopilación de diversos estudios se observo que la mayoría de los agresores son conocidos o pertenecen a la familia directa de la víctima (padre, madre, tíos, etc.). Esto nos refleja el gran peligro que los niños pueden experimentar en su propio hogar.

Es de suma importancia sacar de la oscuridad este problema creando campañas de información tanto para menores como para adultos, dando a conocer las características y consecuencias de estas conductas.

Augusto Osorio
El Niño Maltratado
Editorial Trillas
México, 1995

Hilton, S; Edwards, D.
"Radiología Pediátrica"
Ed. El Manual Moderno
Primera Edición
México, 1987

Tercer informe sobre los derechos del niño
Los Niños del Otro México
Ed. Comexani
México, 1995

Arthur H. Friedlander, DDS; Earl G. Freymiller, DMD, MD; et al.
"Dental Management of the Adolescent with Panic Disorder"
Journal of Dentistry for Children
Noviembre - Diciembre 1993
pag. 365 - 371

Mary M. Von Burg, MS; Charles O. Hazelrigg, DDS; et al.
"A Statewide Survey of Dentists' Knowledge of Abuse"
Journal of Dentistry for Children
Special Issue
Julio - Octubre 1993
pag. 321 - 324

Arthur H. Friedlander, DDS; Ida K. Friedlander, RN, BSN, MS; et al.
"Dental Management of the Child and Adolescent with Major depression"
Journal of Dentistry for Children
Marzo - Abril 1993
pag. 125 - 131

Jimmy R. Pinkham, BS, DDS, MS.

"The Roles of Requests and Promises in Child Patient Management"

Journal of Dentistry for Children

Mayo - Junio 1993

pag. 169 - 174

Dino J. Del Gaudio, PHD; Jeffrey S. Nevid, PHD.

"Training Dentally Anxious Children To Cope"

Journal of Dentistry for Children

Enero - Febrero 1991

pag. 31 - 37

Arthur H. Friedlander, DDS; Spencer Eth, MD.

"Dental Management Considerations in Children with Obsessive-Compulsive Disorder"

Journal of Dentistry for Children

Mayo - Junio 1991

pag. 217 - 222

Robert Steelman, DMD.

"Age and Sex Predilection of Unmanageable Hispanic Pediatric Dental Patient"

Journal of Dentistry for Children

Mayo - Junio 1991

pag. 229 - 232

Raymond L. Braham, BDS, LDSRCS, MScD; Tomoyuky Tsuchiya, DDS, PHD; et al

"Physical Restraint, Child Abuse, Informed Consent: Sociolegal Concerns for the Nineties"

Journal of Dentistry for Children

Mayo - Junio 1994

Pag. 169 - 174

S.M. Hashim Nainar, BDS; James J. Crall, DDS, MS, SM.

"Child Patient Behavior: A New Perspective"

Journal of Dentistry for Children

Julio - Agosto 1991

pag. 303 - 305

Michael D. Saxe, DMD; James W. McCourt, DMD.

"Child Abuse: A Survey of ASDC Members and a Diagnostic-Data-assessment for Dentists"

Journal of Dentistry for Children

Septiembre - Octubre 1991

pag. 361 - 366

Jimmy R. Pinkham, BS, DDS, MS.

"An Analysis of the Phenomenon of increased Parental Participation
During the Child's Dental Experience"

Journal of Dentistry for Children

Noviembre - Diciembre 1991

pag. 458 - 463

Freddy Gómez

"Alquiler de Niños para Dedicarlos a la Mendicidad"

Abril 1996

INTERNET

William Wordsworth

"A Nation's Shame: Fatal Child Abuse and Neglect in the U.S."

Septiembre 1995

Introducion/DHHS/Child Abuse and Neglect - Microsoft Internet
Explorer