



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN
ODONTOPEDIÁTRICA DEL NIÑO
MALTRATADO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ELIZABETH PACHECO RAMÍREZ

TUTORA: C.D. GEORGINA AVILÉS CORONEL



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: Vicente y Mari por su amor, comprensión y todo su esfuerzo para que mis hermanos y yo salgamos adelante todos los días.

A mis hermanos: Eve, Jesús, Zito, Carmen y Alfre por brindarme la oportunidad de aprender de ellos.

A mis sobrinos: Toño, Lalo, Alex, Manuel y Sofía por ser parte de mi vida.

A mi tutora: C.D. Georgina Avilés Coronel por el apoyo que me brindó.

A todos mis amigos por ayudarme y escucharme.

A Ricardo por todo su cariño y apoyo.

Índice

Introducción

1 Generalidades del maltrato infantil

1.1. Maltrato infantil	3
1.2. Síndrome del niño maltratado (SNM)	4
1.3. Factores predisponentes en el maltrato infantil	6
1.4. Incidencia del maltrato infantil	10
1.5. Clasificación del maltrato infantil	11
1.5.1. Maltrato emocional	12
1.5.2. Abandono	14
1.5.3. Negligencia	15
1.5.3.1. Negligencia dental	16
1.5.4. Síndrome de Münchausen	18
1.5.5. Maltrato físico	20
1.5.6. Abuso sexual	22

2. Identificación del maltrato infantil

2.1. Apariencia física actual	26
2.2. Exploración física	27
2.3. Anamnesis	29
2.3.1. Al niño	30
2.3.2. Al padre o tutor	31

3. Indicadores orofaciales en el maltrato infantil

3.1. Lesiones dentales y de la mucosa intraoral	32
3.2. Lesiones cutáneas	33
3.3. Marcas de mordidas	33
3.4. Quemaduras	34
3.5. Alopecia traumática	35
3.6. Lesiones óseas	36
3.6.1. Fracturas	36

4. Estrés post traumático	
4.1. Definición del estrés post traumático	38
4.2. Clasificación del estrés post traumático	38
A. Trauma tipo I	38
B. Trauma tipo II	39
5. Técnicas del manejo de la conducta	
5.1. Técnicas de comunicación	40
5.2. Técnicas de modificación de la conducta	43
5.3. Técnicas de enfoque físico	45
6. Actitud del Cirujano Dentista ante la conducta en pacientes odontológicos con antecedentes de maltrato infantil.	
6.1. Actitud ante los padres	50
6.2. Reporte a las autoridades pertinentes	50
Conclusiones	52
Bibliografía	54



Introducción

El maltrato infantil es un problema social que repercute directamente en la salud y en la integridad biopsicosocial del niño y tiene su origen desde los inicios de la humanidad, el cual ha sido utilizado por diversas culturas a lo largo de la historia como una forma de educación y crianza para los hijos.

La incidencia de este problema se ha incrementado tanto mundialmente que se ha salido del control social, ya que se puede presentar tanto en países industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. El maltrato infantil no tiene preferencia de una escala social, ni de género, puede presentarse indistintamente en cualquier grupo social y puede ser llevado a cabo por los padres o tutores, cuidador o por alguna persona cercana al niño.

El odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño en más ocasiones en comparación con el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud, por lo que puede identificar o sospechar de un caso de maltrato infantil.

Los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o a la misma institución de salud más de una vez, para no ser descubiertos.

El maltrato infantil en México es un problema que día con día va en aumento, ya que por lo menos el 10% de los niños mexicanos ha sido una víctima de maltrato o abandono, por este motivo es indispensable que el odontólogo de práctica general conozca los medios para identificar, demostrar, tratar y comunicar los casos de sospecha de maltrato infantil. Sin embargo, es importante destacar que no es responsabilidad del odontólogo hacer el diagnóstico de un niño maltratado, porque el odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para



poder establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero sí puede alertar y sospechar de la posibilidad de un caso de maltrato infantil con la ayuda de la exploración física y odontológica pues el 65% de las lesiones que se producen en los niños como consecuencia del maltrato y abuso físico están localizadas en la cara y cuello.

El objetivo de este trabajo consiste en proporcionar los conocimientos básicos sobre el maltrato infantil especialmente: su definición, clasificaciones, factores predisponentes, incidencia, manifestaciones clínicas y el manejo integral del niño y sobre todo del tipo de acción o manejo de la conducta en la consulta odontológica.



1. Generalidades del maltrato infantil

El maltrato infantil es un tema que permanece vigente en nuestro país, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública que día con día aumenta de forma considerable (Fig.1). Se estima que cada año cientos de miles de niños sufren abuso o maltrato a manos de sus padres o familiares.

1.1. Maltrato infantil

El maltrato infantil se define como todos los actos, acciones u omisiones, ya sean intencionadas o no, de carácter físico, emocional, social, sexual y negligencia de tratamiento, dirigidas a herir, lesionar o destruir a un niño e interfieren en el desarrollo normal tanto físico, como psicológico, social y afectivo y que son ocasionados por sus padres u otras personas encargadas de su cuidado.^{1, 2, 3}

La OMS en su reunión de consulta sobre la prevención del maltrato infantil redactó la siguiente definición en el año 1999:

"El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial

¹ Gallegos L. y col. "Manejo de la conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.

² Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 40.

³ San Martín J. "Violencia contra niños" Ed. Ariel. España. 2005. Pp. 19-24.

para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder."⁴

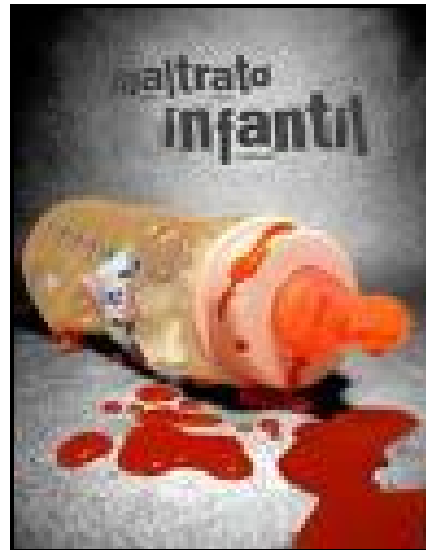


Fig. 1. El maltrato infantil es un problema de salud pública que permanece vigente en nuestro país.^{5, 6}

1.2. Síndrome del niño maltratado (SNM)

El síndrome del niño maltratado es un tipo de maltrato infantil. También conocido como síndrome del bebé sacudido, descrito por primera vez por Henry Kempe en 1962. Consiste en una forma grave de traumatismo craneal producido por una sacudida violenta o por lanzar a un bebé o a un niño de manera intencional. Puede presentarse incluso con una

⁴Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 1999. WHO. Geneva. Ginebra. Organization Mundial de la Salud, 1999 (document WHO/PVI, 999.1).

⁵ Fig. 1 Gómez de Terreros I. "Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. Cuad. med. Forense", Ene.-abr. 2006, no.43-44, p.21-37. ISSN 1135-7606. ninosmaltratados.files.wordpress.com/2008/03.

⁶ Santana T.R y cols. "El maltrato infantil: un problema mundial." Salud pública México vol.40 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. 1998

sacudida de sólo 5 segundos, la cual generalmente se da cuando el bebé está llorando incontrolablemente y la persona que lo cuida se ve frustrada y pierde el control.

Se pueden producir lesiones graves al bebé, desde daño cerebral permanente hasta la muerte, ya que el cerebro del bebé es más suave, los ligamentos y los músculos del cuello son débiles porque no han alcanzado su completo desarrollo y su cabeza es grande y pesada en comparación con el cuerpo. Cuando un niño pequeño o bebé es sacudido, su cerebro rebota contra el cráneo (Fig. 2) y esto puede ocasionar hematoma cerebral, inflamación, presión y sangrado dentro del cerebro.

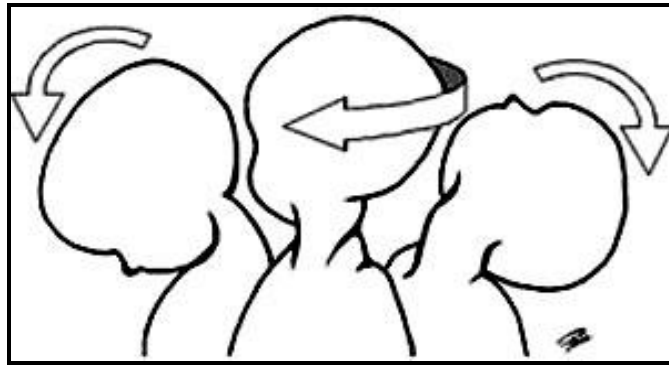


Fig. 2. Se aprecia el efecto de aceleración-desaceleración axial y rotacional durante el sacudimiento.⁷

También se produce daño en la columna vertebral, cuello y ojos (Fig. 3), entre otras. Este tipo de lesiones se presentan generalmente en niños menores de 2 años, pero también se pueden observar en niños de hasta 5 años.^{8, 9}

⁷ Fig. 2. Coria de la H. C y cols. "Síndrome del niño sacudido". Rev Chil Pediatr 2007; 78 (1): 54-60

⁸ Enciclopedia medica en español. Síndrome del niño maltratado. E.U.A. 2007.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000004.htm>



Fig. 3. Lesión periorbitaria en un infante, producto del maltrato infantil.¹⁰

1.3. Factores predisponentes en el maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema multifactorial, multicausal y multidisciplinario. La forma más acertada para clasificar los factores predisponentes fue la propuesta por el II Congreso sobre Maltrato Infantil (1998) y el propuesto por Cantón y Cortés (1997) quienes determinan, que entre las causas principales que producen el maltrato a menores, se pueden mencionar los siguientes:

- A. Personalidad.
- B. Económicas.
- C. Culturales.
- D. Sociales.
- E. Emocionales.
- F. La historia del maltrato de los padres.
- G. Biológicos.

⁹ Cabrera A.C. y col. "Síndrome del Niño maltratado" Cursos paramédicos - Banco de monografías. 2006.

¹⁰ Fig. 3. encolombia.com/pediatria_el_medico_II.htm



A. Personalidad

Plantea que para que se genere el maltrato infantil, algún o ambos padres, deben presentar una enfermedad mental, trastornos emocionales, síndromes o algún desorden psicológico específico. En la actualidad varios autores admiten que sólo un 10 al 15% de los padres abusivos han sido diagnosticados con un síntoma psiquiátrico específico.

Los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, pueden presentar una baja autoestima, depresión o ansiedad, que inclusive los puede orillar al consumo de alcohol y drogas; lo cual puede potencializar que se presente el maltrato infantil.

B. Económicas

La crisis que prevalece en nuestra entidad federativa; la cual genera el desempleo, bajos ingresos, familia monoparental, vivienda inapropiada y carencia de apoyos sociales, genera niveles altos de estrés en la familia. Esto, de no ser manejado correctamente, puede ocasionar maltrato infantil; ya que los padres desquitan sus frustraciones con los hijos, ya sea física o psicológicamente.

Se dice que el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, sin embargo, se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y suele darse en todos los grupos socioeconómicos.



C. Culturales

Los responsables del cuidado del menor, consideran que este es de su propiedad privada, donde el padre puede hacer lo que desee con su hijo. La principal razón para maltratarlos es el interés por “educar” ya que los padres o tutores buscan corregirlos usando el castigo físico, sin saber que pueden ocasionar lesiones severas.

La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar a cualquier miembro de la familia. El maltrato también se puede presentar cuando el padre o encargado del cuidado del niño, siente miedo a perder la autoridad.

D. Sociales

Se da cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación entre ellos y los hijos, y por ello existe la desintegración familiar. Por ejemplo, cuando los hijos no son deseados, cuando son producto de una violación sexual, incesto o cuando la madre se dedica a la prostitución. En consecuencia el maltrato que se genera en estos casos provoca daño irreversible por carencia de afecto.

E. Emocionales

La incapacidad de los padres para enfrentar problemas, por su inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas y su inseguridad extrema motivan a que este genere frustraciones en contra de los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su adecuado desarrollo.



En las relaciones familiares conflictivas, presentes en hogares donde existe agresión y violencia entre los padres, existe también maltrato infantil.

F. La historia de maltrato en los padres

También conocida como hipótesis de *la transmisión intergeneracional*, que consiste en malas experiencias en la niñez vividas por parte del maltratador, que lo motivan a agredir a sus propios hijos. Según varios estudios, es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia.

G. Biológicos

Se presenta cuando los menores tienen limitaciones físicas, trastornos psiquiátricos, trastornos neurológicos, enfermedades congénitas, enfermedades crónicas o malformaciones. Por sus limitaciones estos niños son rechazados y predispuestos a la agresión; el daño que se le ocasiona a estos menores es mayor, ya que se agrede a un ser indefenso que no puede responder de ninguna forma.^{11, 12}

¹¹ Sierra R. P. A. "El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico de síndrome del niño maltratado" Colombia.

¹² San Martín J. "Violencia contra niños" Ed. Ariel. España. 2005. Pp. 31-41.



1.4. Incidencia del maltrato infantil

La incidencia de este problema se ha incrementado mundialmente, se ha salido del control social, esto se destacó claramente cuando Marcovich (1981) señaló que “cada minuto un niño sufría maltrato”.

Se solía afirmar que el maltrato infantil se observaba sólo en los grupos más desfavorecidos o marginales, en pésimas condiciones de vida, hacinamiento, pobreza, etc. en los cuales pueden ocurrir todo tipo de aberraciones.

En la actualidad se sabe que las víctimas que sufren de maltrato infantil o abandono, pueden ser niños de cualquier tipo, independientemente de su edad, raza, sexo o nivel socioeconómico. En países desarrollados y subdesarrollados.¹³

Los grupos con mayor predisposición a sufrir de maltrato infantil son los de 30 días a un año de edad y de seis a doce años. Con incidencia en el sexo femenino.¹⁴

En México alrededor de 10% de los niños y adolescentes han sufrido algún tipo de violencia, de los cuales 1 de cada 10 es reportado y sólo uno de cada 100 recibe atención médica adecuada. Sin embargo, lo más preocupante es que la mayor parte de ellos aceptan los golpes e

¹³ Bringiotti M.I. “La escuela ante los niños maltratados” Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 49

¹⁴ Loredo-Abdalá y col. “Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado” Acta pediátrica Mexicana. Vol. 24. No. 4. Pp. 240-244.



insultos por parte de sus padres, porque creen que "los merecen", los educan y los ayudan a ser más obedientes.¹⁵

1.5. Clasificación del maltrato infantil

Una primera clasificación del maltrato infantil es la que se basa en la intencionalidad del daño, clasificándolo en:

- ❖ Maltrato intencional
- ❖ Maltrato no intencional (negligencia-"accidente")
- ❖ Maltrato indeterminado. (cuando no es posible determinar intencionalidad)¹⁶

Según sus características el maltrato infantil se puede clasificar en las siguientes categorías:

- ❖ Maltrato emocional
- ❖ Abandono
- ❖ Negligencia
- ❖ Síndrome de Münchausen
- ❖ Maltrato físico
- ❖ Abuso sexual

¹⁵ Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. México: Mc Graw-Hill, 2001

¹⁶ Fernández C. G. y col. "Síndrome del Maltrato Infantil" Revista Cubana de pediatría. Vol.76. No. 3. Julio-Septiembre 2004.

1.5.1. Maltrato emocional

El maltrato emocional se refiere a la hostilidad verbal o no verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, menosprecio, acoso, sometimiento, dominación o amenaza de abandono. Así como atemorizar al niño o que este presencie violencia por parte de cualquier miembro de la familia o de la persona encargada del cuidado del niño. Esto retrasa o deteriora el desarrollo psicológico y la autoestima del niño (Tabla 1).

“Los comportamientos que tienen efectos nocivos sobre el niño son el aislamiento continuo, el rechazo, la degradación, el miedo, la corrupción, la explotación y la negación del afecto.”¹⁷

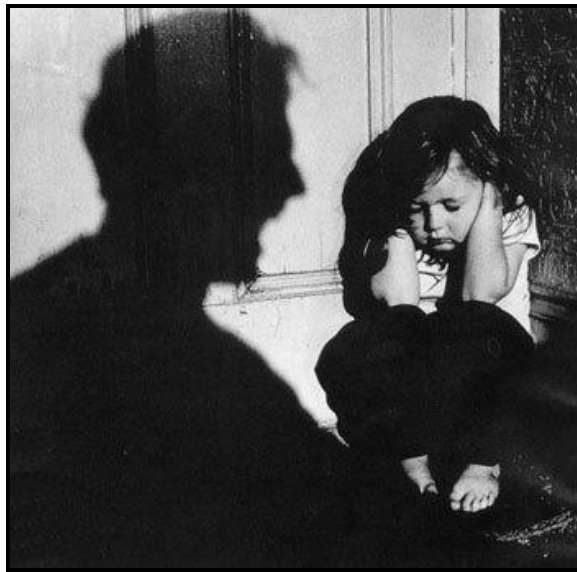


Fig.4. El insulto es una forma de maltrato emocional.¹⁸

¹⁷ McDonald R. “Odontología Pediátrica y del Adolescente” Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 26.

¹⁸ Fig.4. <http://www.asociatividad.cl/completo/sitio/info.asp>



Maltrato emocional		
Indicadores físicos en el niño.	Indicadores en el comportamiento del niño	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none">• Retraso del crecimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.• Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso.• Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado "de adulto" (como hacer pasar por el papel de padre de sus hermanos) o demasiado infantiles (chuparse el pulgar).• Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual.• Intentos de suicidio.	<ul style="list-style-type: none">• Culpa o desprecia al niño.• Es frío o rechazante.• Niega amor.• Trata de manera desigual a los hermanos.• Parece no preocupado por los problemas del niño.• Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

Tabla 1. Indicadores en el maltrato emocional.



1.5.2. Abandono

El abandono puede ser físico o emocional.

Abandono físico.

Situación en la que el niño carece de la atención adecuada de sus necesidades físicas básicas (alimentación, vestido, higiene, educación, protección, vigilancia en situaciones perjudiciales o peligrosas y atención médica oportuna) que pueden no ser atendidas temporal o permanentemente por ninguna persona cercana o que conviva con el niño.

Abandono emocional.

Se define como la falta persistente de respuesta a expresiones emocionales (llanto o sonrisa) y conductas de proximidad e interacción del niño, por parte de los padres o tutor. Como son:

- ❖ Ignorar al niño.
- ❖ No participar en las actividades diarias del niño.
- ❖ Renuncia por parte de los padres a asumir responsabilidades en el cuidado del niño.¹⁹

¹⁹ Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 49



1.5.3. Negligencia

Negligencia del latín *negligentia* significa descuido, falta de cuidado, falta de aplicación.²⁰ Delgado la define como “Forma frecuente de maltrato infantil expresada en la dificultad o en la incompetencia de los padres para salvaguardar de forma correcta la salud del niño, así como para asegurar su bienestar” (Fig. 4).²¹

La negligencia es considerada como cualquier inacción por parte del padre o de la persona encargada del cuidado del niño, que permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. La negligencia puede ser física y educativa.

Negligencia física:

- ❖ Rechazo del niño por parte de los padres.
- ❖ Abandono.
- ❖ No proveer los cuidados necesarios que requieren las enfermedades diagnosticadas.
- ❖ Falta de búsqueda de elementos necesarios para el mantenimiento de la salud. (Como por ejemplo, la Negligencia dental)
- ❖ Supervisión física inadecuada.
- ❖ Permitir la presencia de riesgos o peligros en el hogar.
- ❖ Rehusar a los cuidados y tratamientos de problemas emocionales diagnosticados.

²⁰ Nancy T Jordan G. N. T. “Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia”. Rev Fac Med UNAM Vol.50 No.3 Mayo-Junio, 2007

²¹ Delgado A. Grandes síndromes en pediatría. Maltrato en el niño. España 1996.

Negligencia educativa:

- ❖ Permiso para delinquir.
- ❖ Evitar o no preocuparse de que el niño asista a la escuela.
- ❖ Permiso de conductas desadaptivas (consumo de drogas o alcohol).²²



Fig. 5. La negligencia comprende la incompetencia por parte de los padres para buscar la salud del niño.²³

1.5.3.1 Negligencia dental

La negligencia dental por lo regular está asociada a la pobreza, ignorancia y aislamiento, al igual que a las diferencias culturales y religiosas de la comunidad en que vive el individuo.²⁴

Otra definición de la negligencia dental, propuesta por la *American Academy of Pediatric Dentistry* dice: La Negligencia dental es la inacción deliberada o intencional por parte de los padres o cuidadores de no buscar o continuar con el tratamiento necesario para asegurar el nivel de salud

²² Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 46.

²³ Fig. 5. <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://boletinformativo.blogia.com>

²⁴ Gallegos L. y col. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.



oral esencial. No eliminar el dolor o la infección y no poder restablecer así la función dental.²⁵

El abandono y la negligencia son dos términos muy parecidos que pueden influir en modificar la conducta del niño y del cuidador (Tabla 2).

Abandono y Negligencia		
Indicadores físicos en el niño.	Indicadores en el comportamiento del niño	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento o inapropiadamente vestido. • Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo. • Cansancio o apatía permanentes. • Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios. • Es explotado, se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela. • Ha sido abandonado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad, agresividad. • Tendencia a la fantasía. • Raras veces asiste a la escuela. • Dice que no hay nadie que le cuide. • Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. • Comportamientos antisociales (vandalismo, prostitución, toxicomanías, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> • La vida en el hogar es caótica. • Muestra evidencias de apatía o inutilidad. • Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. • Tiene una enfermedad crónica que impide la correcta atención al niño. • Fue objeto de negligencia en la infancia.

Tabla 2. Indicadores en el Abandono y la Negligencia.

²⁵ Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 1999;2:348-50



1.5.4. Síndrome de Münchhausen

Se define como síndrome de Münchhausen por poder o Síndrome de Münchhausen by proxy a la forma de abuso infantil en la cual los padres o tutores (generalmente la madre), simula o induce en el niño, especialmente vulnerable; síntomas físicos no patológicos reales o aparentes de una enfermedad, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones, al igual que sugerencia de sintomatología difícil de demostrar, con el propósito de recibir atención médica (Fig. 5).

Indicadores:

- ❖ Visitas repetitivas a instituciones médicas o personal de la salud.
- ❖ Cambio constante de lugares de atención.
- ❖ Ausencia de un médico de cabecera que controle la salud del niño.
- ❖ Aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que puedan agredir al niño.
- ❖ Conocimiento amplio por parte del padre o tutor del niño, de síntomas, manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos (Tabla 3).^{26, 27, 28}

²⁶ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 26 y 27.

²⁷ Maida S.A.M. y col. "Síndrome de Münchhausen por poder, una presentación inusual" Revista Médica de Chile. Vol. 129 No. 8. Ago 2001.

²⁸ Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 50.



Fig. 6. Las manifestaciones físicas pueden ser muy complejas, casi siempre se salen de cualquier entidad clínica reconocible y obligan a someter al niño a numerosas pruebas complementarias que no aclaran nada, y muchas veces a una hospitalización prolongada.²⁹

Síndrome de Münchausen por poder		
Indicadores físicos en el niño.	Indicadores en el comportamiento del niño	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún indicador físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumiso. • Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicótico o psicópata. • Abusa del alcohol u otras drogas. • El cuidador puede exagerar el cuidado del niño o sobreprotección, aunque en realidad no sea así.

Tabla 3. Indicadores en el síndrome de Münchausen por poder.

²⁹ Fig. 6. Zangwill M. Asfixiado Con Algo Que Parece Como Amor, Pero No Lo Es: Síndrome de Münchausen por Poder,



1.5.5. Maltrato físico

El maltrato físico se define como cualquier acción no accidental, infringida por parte de los padres, cuidador o cualquier miembro de la familia, caracterizado por el uso de la fuerza de forma intencional, que provoca una lesión corporal o enfermedad en el niño que lo coloque en grave riesgo de padecerlo.^{30, 31, 32}

El maltrato físico es la forma de maltrato infantil que se detecta con mayor facilidad, ya que se presenta en más de la mitad de los casos de abuso en niños (Tabla 4).³³

Aproximadamente un 50% de los casos de maltrato físico ocasionan lesiones en la cabeza y en la cara de los niños las cuales pueden ser detectadas por el odontólogo; un 25% de las lesiones se encuentran en la boca o cerca de ella.³⁴

Los indicadores extraorales más comunes en el maltrato físico son las marcas de lesiones en forma de objetos (tenedores, plancha, etc.), las contusiones, equimosis, magulladuras de la piel, hematomas, fracturas, torceduras o dislocaciones, quemaduras, laceraciones de los tejidos y marcas de mordidas (Fig. 6).

³⁰ Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 47.

³¹ Gallegos L. y col. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.

³² Sierra R. P. A. "El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico de síndrome del niño maltratado" Colombia.

³³ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 26.

³⁴ Id. Pp. 26.

En boca los más indicativos son laceraciones de la lengua, mucosa bucal, paladar duro o blando, mucosa alveolar y frenillo, fractura, desplazamiento dental, avulsión, fractura de la mandíbula, discromia, presencia de moretones o cicatrices en la comisura de la boca (indicativo de mordaza), etc.^{35, 36}

También se pueden presentar múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización. “En los niños que han sufrido maltrato físico y lesiones en cráneo, cara y cuello es indispensable buscar lesiones intra y extraorales.”³⁷



Fig. 7. Lesiones extraorales causadas por maltrato físico.³⁸

³⁵ Stephen J. A. “Orofacial manifestations of child abuse and neglect” American Family Physician. Nov. 1995.

³⁶ Bringiotti M.I. “La escuela ante los niños maltratados” Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 47.

³⁷ Loredó-Abdalá y col. “Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado” Acta pediátrica Mexicana. Vol. 24. No. 4. Pp. 240-244.

³⁸ Fig. 7. <http://images.google.com.mx/imgres>. <http://labronca.blogspot.com/2007/12/los-chicos-de-la-calle-4ta-entrega>.



Maltrato físico		
Indicadores físicos en el niño.	Indicadores en el comportamiento del niño.	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Magulladuras o moretones. • Quemaduras. • Fracturas. • Heridas o raspaduras. • Lesiones abdominales. • Hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes. • Mordedura humana. • Intoxicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cauteloso respecto al contacto físico. • Se muestra aprehensivo, cuando otros niños lloran. • Muestra conductas extremas (agresividad o rechazo extremo). • Parece tener miedo de sus padres. • Dice que alguno de sus padres le ha causado una lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido objeto de maltrato en su infancia. • Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad del niño. • Parece no preocuparse por el niño. • Percibe al niño de manera negativa (malo, perverso, un monstruo, etc)

Tabla 4. Indicadores en el maltrato físico.

1.5.6. Abuso sexual

El abuso sexual o maltrato sexual se define como cualquier clase de actividad sexual de tipo estimulante para el perpetrador que se realiza en contra de un niño. Normalmente es llevada a cabo por una persona cercana a este, ya sea por parte de un familiar o tutor, con el fin de obtener placer o de explotarlo sexualmente y es ocultado por el niño ante amenazas del adulto con el fin de evitar represarías (Fig. 7).

También incluye todas las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, con o sin presencia de violencia o daños físicos. Por lo tanto



abarcan desde el exhibicionismo o los besos hasta los mimos, de igual manera el mostrar la realización del acto sexual por medio de las revistas o videos con contenido sexual.^{39, 40}

Las principales formas de abuso sexual son:

- ❖ Incesto (actos sexuales entre padres e hijos o inclusive entre hermanos)
- ❖ Estimulación sexual directa (caricias y manipulación de genitales)
- ❖ Violación sexual
- ❖ Estimulación sexual indirecta (pornografía o exhibicionismo)⁴¹

Los niños son víctimas fáciles de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda.⁴²

Por desgracia los signos de abuso sexual no son tan evidentes, pero cuando se llegan a presentar, la cavidad oral es uno de los sitios más afectados en niños. Los indicadores de abuso sexual en cavidad oral abarcan desde un eritema o petequia en el paladar, la presencia oral y perioral de semen, gonorrea, sífilis o condiloma acuminata (verruga vulgar)

³⁹ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 26.

⁴⁰ Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 49

⁴¹ Ib. Pp. 48.

⁴² Gallegos L. y col. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.

en niños de edad prepuberal, los cuales, son signos patognomónicos de sexo oral forzado.⁴³

El comportamiento del niño que ha sufrido abuso sexual puede ser un claro indicador, siempre y cuando sepa interpretarse:

- ❖ Dificultad a la hora de caminar o sentarse
- ❖ Conocimiento o comportamiento promiscuo
- ❖ Especial miedo de permanecer solos con adultos de determinado sexo (Tabla 5).⁴⁴



Fig. 8. Los menores que han sufrido abuso sexual a menudo lo ocultan por que están bajo amenazas del agresor. ⁴⁵

⁴³ Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 1999;2:348-50

⁴⁴Bringiotti M.I. "La escuela ante los niños maltratados" Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 49

⁴⁵Fig. 8. www.prevencionhumana.com/note/abuso_sexual



Abuso sexual		
Indicadores físicos en el niño.	Indicadores en el comportamiento del niño	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para andar y sentarse.• Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.• Se queja de dolor o picor en la zona genital.• Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.• Tiene una enfermedad venérea.• Tiene la cerviz o la vulva hinchadas o rojas.• Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.• Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).	<ul style="list-style-type: none">• Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles; incluso puede parecer retrasado.• Tiene escasas relaciones con los compañeros.• Comete acciones delictivas o se fuga.• Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.• Muy pocas veces dice que ha sido atacado sexualmente por un padre o cuidador.	<ul style="list-style-type: none">• Extremadamente protector o celoso del niño.• Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.• Posiblemente sufrió abuso sexual en su infancia.• Experimenta dificultades en su matrimonio.• Abusa de drogas o de alcohol.• Está frecuentemente ausente del hogar.

Tabla 5. Indicadores en el abuso sexual.



2. Identificación del maltrato infantil

El odontólogo debe aprender a detectar el maltrato infantil con el fin de remitirlos al centro más oportuno. Ya que los padres que maltratan a sus hijos no muestran las mismas preocupaciones cuando visitan al odontólogo que cuando van a su médico. En ocasiones el odontólogo es la primera persona que tiene la oportunidad de diagnosticar el maltrato infantil. Para lograr identificar un caso de maltrato infantil, el odontólogo debe de realizar una correcta anamnesis o historia clínica y la correspondiente exploración clínica y odontológica.^{46, 47}

2.1. Apariencia física actual

Se debe de observar absolutamente todo desde que llega el niño a la consulta, desde su comportamiento, la postura, la forma de caminar y la ropa que lleva puesta. Ya que a veces, una ropa inadecuada podría indicar la posibilidad de maltrato infantil o abandono; por ejemplo, un niño que llega a la consulta en un verano caluroso con una camisa de manga larga, podría ser que esté vestido así para ocultar lesiones.

Respecto al comportamiento del niño, son posibles indicadores de maltrato, la ausencia de una sonrisa espontánea, o que el niño evite la mirada directa del odontólogo, al igual que un niño demasiado atento con una actitud de sometimiento o con una actitud de vigilancia.⁴⁸

⁴⁶ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 29.

⁴⁷ Cameron A. y col. "Manual de Odontología Pediátrica" Ed. Harcourt. Pp. 97

⁴⁸ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 29.



2.2. Exploración física

El odontólogo que sospecha maltrato o abandono debe de realizar el examen odontológico y un examen físico general; ya que los traumatismos en las estructuras orofaciales son una manifestación frecuente en los casos de maltrato infantil.

En el examen físico el odontólogo debe de incluir todas aquellas partes que se puedan ver sin la necesidad de que el niño se desvista. Se debe de comenzar el examen físico de arriba hacia abajo, para no omitir estructuras, iniciando por la cabeza, con la observación del cabello y el cuero cabelludo del niño, para poder observar posibles hundimientos o alopecia traumática, presencia de sarna o piojos, etc. Después se prosigue con la nariz y el tabique nasal, para la detección de la desviación del tabique o de la presencia de sangre coagulada. La revisión de la visión para observar derrames periorbitarios, pupilas desiguales y desviadas; en aquellos casos que se sospeche traumatismo craneal, el odontólogo debe remitir al niño para que reciba atención inmediata correspondiente. Se prosigue con el cuello, para valorar quemaduras o marcas de estrangulamiento.

Los traumatismos físicos en el tórax y costillas, se deben de valorar a la hora de sentar al niño en el sillón dental, ya que al sentarse se puede producir una ligera reacción dolorosa al movimiento. No se debe de desnudar al niño, para evitar posibles malinterpretaciones. Por último se valoran las extremidades, siempre y cuando estén visibles.

Se recomienda tomar fotografías de las lesiones con una escala de medición, como por ejemplo el mango del espejo o la pinza de exploración;



para poder integrarlas al expediente clínico del paciente, ya que todos estos auxiliares de diagnóstico tienen importancia médica legal.

Al final del examen físico se debe de continuar con el examen bucal, tanto de las estructuras dentales como de las estructuras de sostén y periorales. Para poder realizar eficazmente la exploración extraoral, el odontólogo se puede apoyar con un análisis facial que consiste en dividir la cara en tercios, en forma vertical, horizontal, de frente y perfil.

La región intraoral se debe de examinar de acuerdo a la clasificación de Andreasen para traumatismos de tejidos blandos del área bucal y traumatismos dentoalveolares.⁴⁹

Se debe observar la falta de dientes, tanto sanos como con traumatismos previos (avulsiones, luxaciones o fracturas), prestando particular atención a las lesiones de tejidos blandos.⁵⁰

En la mandíbula se debe de revisar el movimiento para comprobar posibles desviaciones al movimiento de apertura y cierre, presencia de trismos, dolor, etc. En la maxila se deben de revisar posibles fracturas.

Los frenillos por lo regular son los más afectados en los traumatismos causados por maltrato infantil, ya que un frenillo labial desgarrado señala un posible traumatismo causado por una bofetada, un golpe con el puño de la mano o puede ser significativo de que se le ha

⁴⁹ Loredo-Abdalá y col. "Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado" Acta pediátrica Mexicana. Vol. 24. No. 4. Pp. 240-244.

⁵⁰ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 29.



alimentado a la fuerza. Mientras que el desgarre del frenillo lingual puede ser indicativo de abuso sexual o de una alimentación forzada.

La presencia de petequias o pequeñas hemorragias en el paladar, pueden ser indicadores de abuso sexual causadas por penetración oral. Ante cualquier signo de infección o de ulceración se debe de realizar de inmediato un cultivo para detectar posibles enfermedades de transmisión sexual, como por ejemplo, gonorrea, sífilis o condiloma acuminata.^{51, 52}

Si el niño presenta una extensa caries dental, una infección no tratada o dolor de origen odontológico, se considera una víctima de negligencia, puesto que sus padres o tutores no atienden las necesidades médicas mínimas del menor.⁵³

2.3. Anamnesis

La historia odontopediátrica es una parte de la historia de salud general del niño, la cual ayudará al odontólogo al conocimiento de su salud bucal. Recopilando información sobre el desarrollo, la participación paterna en el cuidado de dicha salud y la propia intervención del profesional, para conocer las experiencias previas del niño.

La historia clínica debe proporcionar información esencial acerca de las condiciones de salud bucal del niño, su familia, la razón de su visita, así como también sus aptitudes y prácticas de higiene bucal. Debe incluir un

⁵¹ Ib. 30.

⁵² Stephen J. A. "Orofacial manifestations of child abuse and neglect" American Family Physician. Nov. 1995.

⁵³ McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid. 1995. Pp. 30.



registro de la atención odontológica previa y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres respecto a ésta.⁵⁴

Cuando se pregunta la razón de la consulta, es conveniente indagar las circunstancias por las cuales el niño presenta lesiones o traumatismos, hay que utilizar preguntas abiertas para evitar respuestas de tipo si/no. Entre los detalles a tener en cuenta, destaca saber quién presenció el traumatismo y quién estaba con el niño cuando ocurrió, dónde se encontraba éste y el adulto encargado de su cuidado, y qué fue exactamente lo que sucedió y en el momento que la historia no concuerde por parte de los padres o el menor, se debe de sospechar de un caso de maltrato infantil. Para poder valorar la certeza de la historia, es recomendable realizar dos anamnesis, una al niño y la otra al padre o tutor por separado, con el fin de comparar versiones de ambas partes.

2.3.1. Al niño

Cuando se detecta la sospecha de un caso de maltrato infantil, el odontólogo deberá hablar con el niño con el fin de clarificar los hechos. No se debe entrevistar al niño como si se le estuviera interrogando, para poder conocer todos los detalles o para averiguar si está diciendo la verdad. A la hora de realizar la historia y la exploración dental se deben tener en cuenta ciertos datos sobre el niño, que puedan ser útiles para facilitar la relación con él, como son: nombre, apodo, edad, mascotas, actividades favoritas, etc. Se debe establecer un tono relajado para permitir una mejor relación con el paciente infantil, para que facilite su colaboración durante el interrogatorio y la exploración.

⁵⁴ Barbería L. E. y cols. "Odontopediatria" Ed. Masson. 2a Edición. Barcelona. 2001. Pp. 15-16.



No hay que olvidar que en los niños que han sufrido maltrato infantil, la conducta por lo regular está modificada, ya que podemos observar desde un niño muy tímido que no soporta el contacto físico, hasta un niño muy agresivo o hiperactivo; por este motivo, el odontólogo debe de tratar de ganarse la confianza y darle seguridad al niño, con el fin de que nos cuente más detalles del suceso traumático.

2.3.2. Al padre o tutor

Al realizar el interrogatorio a los padres, se deben de hacer preguntas abiertas, para valorar la forma en que contestan, ya que si se tardan al contestar, titubeos o diferencias significativas con lo que nos expresó el niño, se debe de sospechar de un posible caso de maltrato infantil.

Los padres o tutores no deben de darse cuenta de que el odontólogo sospecha de lo que esta ocurriendo, la actitud más prudente consiste en no decirles nada mientras se realiza la denuncia pertinente, ya que de lo contrario podría ser la última vez que se presenten a consulta.⁵⁵

⁵⁵ Ib. Pp. 15- 18

3. Indicadores orofaciales en el maltrato infantil

En el niño que es víctima de maltrato siempre se deben de buscar lesiones intra y extraorales como parte del síndrome del niño maltratado. Dado la gran frecuencia de lesiones en esta región anatómica.

3.1. Lesiones dentales y de la mucosa intraoral

La cavidad oral es el foco central de abuso físico y sexual, por este motivo la examinación minuciosa intraoral es necesaria en todos los casos de sospecha de maltrato infantil. “El 20% de los pacientes que buscan atención dental pueden haber experimentado abuso sexual infantil”⁵⁶

En la región intraoral se puede examinar de acuerdo a la clasificación de Andreasen para los traumatismos dentoalveolares, que va desde, fractura dental, desplazamiento, avulsión dental, discromía, etc. (Fig. 8).



Fig. 9. Lesiones dentales causadas por agresiones físicas las cuales pueden producir lesiones severas en los dientes y estructuras de soporte.⁵⁷

⁵⁶ Leenersa B. y col. “Consequences of childhood sexual abuse experiences of dental care” Journal of Psychosomatic Research 62. 2007. Pp.581- 588.

⁵⁷ Fig. 9. García B. C y cols. “Prevalencia y etiología de los traumatismos dentarios. Una revisión.” RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003



Intraoralmente se pueden observar en la mucosa, contusiones, laceraciones de lengua, del frenillo, mucosa bucal, paladar duro o blando, mucosa alveolar, etc. Algunas de las lesiones que se presentan son el resultado de abuso sexual como por ejemplo: un inexplicable eritema o petequia en el paladar, que puede ser evidencia de sexo oral forzado; la presencia de condiloma acuminata o también llamado “verruga vulgar” causada por el virus del papiloma humano, el cual debería despertar sospechas de abuso sexual, por mencionar algunas.^{58, 59}

3.2. Lesiones cutáneas

En cara se pueden observar desde hematomas, contusiones, laceraciones, abrasiones, equimosis, cicatrices en diferentes estadios, eritema en piel, marcas causadas por mano, por hebillas, por cordones eléctricos, por raquetas, por bats, etc.

3.3. Marcas de mordidas

Las marcas de mordidas son indicativas de abuso, y deben de ser sospechosas todas las marcas que cursen con equimosis, abrasiones o laceraciones de forma elíptica u ovoide que reflejan el tamaño, forma, orden y la distribución de los dientes que mordieron.

⁵⁸ McDonald R. “Odontología Pediátrica y del Adolescente” Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 27-28.

⁵⁹ Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 1999;2:348-50



La diferencia entre la mordedura de un animal, por ejemplo, un perro y la mordedura producida por una persona, es que por lo regular la mordedura de un animal carnívoro tiende a producir el desgarre de una porción de carne; mientras que la producida por una persona, sólo comprime la carne, lo cual produce abrasiones, contusiones y laceraciones, pero muy pocas veces se observa desgarre.

Para saber si la mordedura es producida por una persona adulta, se debe de medir la distancia intercanina que se observa marcada. Si la distancia intercanina es menor de 2.5 cm. la mordida es causada por un niño, sin embargo si la distancia intercanina es de 2.5 a 3.0 cm. la mordida es causada por un niño o un adulto pequeño; pero si la distancia intercanina es de más de 3.0 cm. significa que la mordida fue producida por un adulto.⁶⁰

La identificación del perpetrador es determinada por el tamaño y localización de la mordida, las características de los dientes, la forma del arco y la distancia intercanina.

3.4. Quemaduras

Las lesiones por quemaduras térmicas de la piel, dependen de la temperatura del agente, el grosor de la piel afectada, la duración del contacto (piel-agente) y el flujo sanguíneo del área afectada.⁶¹

Las quemaduras por lo regular se observan en las manos, los brazos y glúteos del menor y pueden ser provocadas por objetos o por

⁶⁰ Ib.

⁶¹ Fernández C. G. y col. "Síndrome del Maltrato Infantil" Revista Cubana de pediatría. Vol.76. No. 3. Julio-Septiembre 2004.

inmersión en agua, para identificarlas sólo basta con ver el patrón de la forma de la misma; como las producidas intencionalmente por cigarrillos, por la plancha u otros objetos calientes (Fig. 10). La quemadura o escaldadura, producida por la inmersión en agua caliente deja un característico patrón en forma de “guante” o “calcetín”.⁶²



Fig.10. Quemaduras intencionales por contacto con plancha metálica caliente.⁶³

3.5. Alopecia traumática

La alopecia traumática se observa como una zona sin continuidad del cabello sin explicación lógica, con una ligera inflamación o enrojecimiento producido por el mismo trauma o sin ninguna característica, cuando ya ha

⁶² McDonald R. “Odontología Pediátrica y del Adolescente” Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 28.

⁶³ Ceballos G. L. “Aproximación al diagnóstico diferencial de las quemaduras intencionales en los niños” Gac Méd Caracas v.113 n.4 Caracas dic. 2005



pasado un determinado tiempo del episodio de maltrato. Una alopecia no asociada a una causa médica aparente puede ser indicativo de malnutrición o de que los cabellos han sido arrancados.⁶⁴

3.6. Lesiones óseas

Las lesiones óseas son frecuentes en el maltrato infantil, y pueden variar desde fracturas sin causa aparente en la cabeza, fracturas múltiples en diferentes estadíos, traumatismo craneoencefálico (TCE), etc.

3.6.1. Fracturas

La evaluación de las fracturas en el maltrato infantil, depende de la edad del niño lesionado y de la historia sobre el trauma. Las lesiones no accidentales del esqueleto son significativamente más frecuentes en los lactantes y niños pequeños, pero también pueden presentarse en todas las edades.⁶⁵

Las heridas craneofaciales en cabeza, cara y cuello, suceden en más de la mitad de los casos de abuso infantil.⁶⁶ Se pueden observar fracturas conminutas, separación de suturas craneales, fracturas desplazadas, fractura de huesos largos, entre otras. Pueden ser inexplicables según la edad del menor; por este motivo una fractura en un

⁶⁴ Ib. 29

⁶⁵ Fernández C. G. y col. "Síndrome del Maltrato Infantil" Revista Cubana de pediatría. Vol.76. No. 3. Julio-Septiembre 2004.

⁶⁶ Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 1999;2:348-50



niño que apenas está empezando a gatear o una fractura en un niño menor de 2 años, puede indicar maltrato infantil.

Las fracturas no accidentales en lactantes y niños mayores presentan una diferente distribución. En los lactantes se observan generalmente en costillas y cráneo, mientras que en los niños mayores se presentan en los huesos largos.⁶⁷

⁶⁷ Fernández C. G. y col. "Síndrome del Maltrato Infantil" Revista Cubana de pediatría. Vol.76. No. 3. Julio-Septiembre 2004.



4. Estrés post traumático

El estrés post traumático es desencadenado por un acto traumático que puede ser repetitivo o de única intención, el cual genera alteraciones en el comportamiento del niño e inclusive puede interferir en la consulta odontológica; por lo que es muy importante su identificación para su apropiado tratamiento.

4.1. Definición de estrés post traumático

Trastorno de la ansiedad que se desarrolla después del abuso sexual y el maltrato físico; constituido por un grupo de síntomas (malestar psicológico o respuesta fisiológica: palpitaciones, xerostomía, sudoración, hipervigilancia, ataques de ira, etc) que se desarrolla después de un acontecimiento traumático el cual genera un sentimiento de intenso temor, sensación de impotencia y miedo intenso producido en la infancia.⁶⁸

4.2. Clasificación del estrés post traumático

Se clasifica según las características del factor estresante en:

- A. Trauma de tipo I
- B. Trauma de tipo II

A. Trauma tipo I

Resultado de un evento brusco, repentino y único. Que genera las siguientes consecuencias:

⁶⁸ Vieweg R,W y col. "Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology and treatment" The Journal of Medicine. 2006. Vol. 119. Pp. 383- 390



- ❖ Alteraciones en la memoria
- ❖ Autocuestionamiento
- ❖ Alteraciones de la percepción

El niño puede recordar el acontecimiento claramente, además de poder contar detalladamente la experiencia; ya que es un episodio que nunca olvidará. El niño se pregunta ¿Por qué a mí?

B. Trauma tipo II

Resultado de un evento brusco, prolongado y repetitivo. El niño desarrolla una serie de operaciones defensivas, como son:

- ❖ Negación
- ❖ Disociación
- ❖ Anestesia emocional
- ❖ Ansiedad anticipatoria

Los niños muestran indiferencia frente al dolor, tristeza, rabia y fracaso a la hora de reconocer emociones. No cuentan los sucesos a los que son sometidos. Es muy frecuente que en estos niños se presenten casos de suicidio y automutilación. El niño víctima de trauma tipo II se pregunta ¿Cómo puedo evitarlo?⁶⁹

⁶⁹ Gallegos L. y col. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.



5. Técnicas del manejo de la conducta

Para poder realizar los procedimientos dentales, evitando las conductas difíciles y los problemas de ansiedad en los niños, el odontólogo se auxilia de las técnicas de modificación o manejo de la conducta, las cuales son un método auxiliar para poder realizar el tratamiento en los pacientes pediátricos.

Los problemas en la comunicación constituyen una de las mayores barreras para proporcionar el adecuado cuidado dental, ya que hasta el tercer año de vida, la mayoría de los niños no poseen habilidades de comunicación y socialización suficientes para acceder a las exigencias y los rigores de una cita dental.

Clasificación de las técnicas de control de la conducta.

- ❖ Técnicas de comunicación.
- ❖ Técnicas de modificación de la conducta
- ❖ Técnicas de enfoque físico.

5.1. Técnicas de comunicación

La comunicación con el niño especialmente en los mayores a 3 años que ya entiende y puede comunicarse con el odontólogo es la verdadera clave para dirigir la conducta. El odontólogo debe de tener la capacidad para poder comunicarse tanto verbal como paraverbalmente (p. ej. contacto visual)



Al inicio de la consulta se debe de saludar al niño de forma afectuosa y agradable, y se le debe de preguntar abiertamente sobre sus gustos e intereses, con el fin de que la consulta dental se le haga menos tediosa.

Es importante que el niño mayor de 3 años establezca una conversación con el odontólogo. Una vez que esté lo suficientemente relajado el operador puede proceder a dar una explicación simple de los procedimientos que se le van a realizar. Asimismo. Es favorable reconocer su buen comportamiento, felicitando y agradeciéndole verbalmente.

Técnicas utilizadas para el manejo de la comunicación:

- ❖ Lenguaje pediátrico.
- ❖ Técnica decir-mostrar-hacer
- ❖ Control de voz

Lenguaje pediátrico

Hablarle al niño con un lenguaje apropiado según su edad, ponerse al nivel del niño en palabras e ideas que pueda entender con facilidad. Nunca hay que mentir a los niños. Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad o crearle confusión.

Se debe de tener la precaución de no utilizar un lenguaje muy infantil que no esté de acuerdo a la edad del niño y que lo pueda ofender. Nunca se debe de subestimar la inteligencia del niño.



Es importante pronunciar las palabras despacio y claramente, para que el niño pueda entenderlas y dar pocas instrucciones que se entiendan con claridad y sean razonables. Al igual que deben de omitirse palabras que puedan crear miedo en el niño.

“Decir, mostrar, hacer”

También conocida como *tell-show-do*, “diga- muestre- haga” o de la triple E de “explique- enseñe- ejecute”. La idea de esta técnica es familiarizar al niño con el ambiente del consultorio dental, los instrumentos, procedimientos y la interacción con el odontólogo. Debe llevarse a cabo de la siguiente manera:

1. Decir o explicar al niño lo que se le va hacer antes de comenzar cualquier procedimiento.
2. Mostrar al niño como se va a llevar a cabo la técnica y los instrumentos que se van a utilizar.
3. Efectuar la técnica tal como se le ha explicado y demostrado.

Las palabras que se van a emplear deben de ser seleccionadas adecuadamente, ya que el éxito de la técnica dependerá de la forma en que el odontólogo sustituya el vocabulario para describir los procedimientos y aparatos utilizados. La descripción de los procedimientos a realizar, nos permitirá transmitir seguridad, obtener la atención y la colaboración del paciente ante el tratamiento propuesto.



Control de Voz

Esta técnica consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de la voz, para lograr tener la atención del niño y proyectar la intención de que el odontólogo es el que toma las decisiones, por lo cual el profesional deberá tomar una aptitud autoritaria. Este tipo de técnica de comunicación es utilizada para poder restablecer una comunicación perdida con el niño, debido a una conducta no colaboradora.

Es más importante el tono de voz en sí que lo que se trata de transmitir. La expresión facial del odontólogo debe de ser coherente con cambio del tono de la voz, para no transmitir mensajes distintos y no confundir al niño.

5.2. Técnicas de modificación de la conducta

Los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado varias técnicas para modificar las conductas negativas de los pacientes, basadas en la teoría del aprendizaje. Consisten en alterar un comportamiento individual hacia una meta deseada de forma gradual.

Técnicas utilizadas para la modificación de la conducta:

- ❖ Refuerzo
- ❖ Desensibilización
- ❖ Imitación



Refuerzo

Las leyes del refuerzo dicen que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente al contrario de la conducta que es castigada o continúa sin premiarse la cual tiende a extinguirse o desaparecer. Esto representa la aplicación de la teoría del aprendizaje que dice que las conductas reforzadas persisten y conductas no reforzadas desaparecen.

Es una técnica de condicionamiento que por medio del refuerzo positivo modifica la conducta del niño. La base de la técnica es que cualquier conducta positiva ha de ser reforzada verbalmente, con gestos por parte del odontólogo o con un premio (estampas, estrellas, cepillos de dientes, etc). Para que sean efectivos, siempre han de ser otorgados después de que se haya producido la buena colaboración o conducta por parte del niño y nunca antes.

Desensibilización

Técnica empleada para enseñarle al paciente métodos de relajación, utilizada para reducir la ansiedad innecesaria. Basada en la descripción de escenas que tengan relación con sus miedos. Este tipo de técnica se refiere a ir de lo más fácil a lo mas complejo en cuestión de tratamientos o de indicaciones.



Imitación

Con este tipo de técnica el niño puede aprender sobre la consulta dental viendo como otros niños reciben tratamiento. Útil en niños aprensivos que no han recibido atención dental. Consiste en la observación de uno o más niños que demuestren una conducta apropiada en la consulta dental.

5.3. Técnicas de enfoque físico

Las técnicas de enfoque físico no son técnicas que se utilizan como castigo, sino como procedimientos clínicos aceptados para llevar a cabo ciertos tratamientos dentales en situaciones clínicas específicas; sin embargo, es necesario conocer y saber aplicarlas adecuadamente. Se define como aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los procedimientos dentales.

Indicaciones:

- ❖ Cuando no se puede aplicar otra técnica de conducta.
- ❖ Niños muy pequeños sin capacidad para comprender las explicaciones e instrucciones del profesional.
- ❖ Niños con limitaciones físicas, como pacientes con parálisis cerebral, que no pueden controlar sus movimientos.
- ❖ Niños con limitaciones mentales.
- ❖ Los niños que experimentan rabietas muy violentas. Que por lo regular son niños muy mimados por los padres, que exhiben estas conductas descontroladas y pueden poner en peligro su integridad física durante los tratamientos. En estos casos la aplicación de la técnica de restricción física tiene carácter temporal.



- ❖ En casos de emergencia, como por ejemplo en los traumatismos que requieren atención inmediata y que no se pueden aplicar por razones de tiempo otras técnicas de control de la conducta.

Tipos de técnicas de enfoque físico

- ❖ Mano sobre boca.
- ❖ Control físico por parte del profesional.
- ❖ Control físico mediante dispositivos específicos.

Mano sobre boca

La finalidad de esta técnica es el restablecimiento de la comunicación con un niño que tiene capacidad para comunicarse. No debe de usarse en niños menores de 3 años y en pacientes con problemas intelectuales graves, por que no tienen dicha capacidad. Se utiliza cuando un niño está teniendo un ataque de histeria o una rabieta con gritos, el odontólogo deberá de colocar firmemente su mano sobre la boca del niño, sin obstruir las fosas nasales. En voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que se le retirara la mano en el momento en el que este dispuesto a cooperar.

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



Control físico por parte del profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante el tratamiento dental por parte del odontólogo y de sus asistentes. Para controlar la cabeza, el odontólogo puede posicionar su brazo alrededor de la cabeza del niño mientras trabaja para evitar movimientos de esta.

Control físico mediante dispositivos específicos

Los dispositivos de restricción de movimientos son utilizados cuando ninguna de las técnicas antes mencionadas pueden ser aplicadas y los movimientos del niño ya no pueden ser controlados. Se incluyen toallas, sábanas, y dispositivos comerciales como el *PediWrap* o el *Papoose Borrad*.⁷⁰

Abrebocas. Se emplean para el tratamiento dental con el fin de controlar la abertura de la boca. Algunos niños necesitan el recordatorio de que deben permanecer con la boca abierta durante el tratamiento, mientras que otros presentan más problemas ya que incluso se niegan a abrir la boca. Existen distintos dispositivos y tamaños que se seleccionan dependiendo la edad del niño.

En el caso de los niños que han sufrido de maltrato infantil, la conducta, la comunicación y la manera de expresarse del menor se modifica, por lo tanto, es recomendable tratar de usar siempre técnicas de

⁷⁰ Barbería L. E. y cols. "Odontopediatria" Ed. Masson. 2a Edición. Barcelona. 2001. Pp.127-137.



comunicación y modificación de la conducta, con el fin de devolverle la seguridad y confianza perdidas al menor.

La técnica de restricción física no es recomendada ya que puede repercutir no solo en el desarrollo del tratamiento que deseamos realizar, sino también en la salud mental de nuestro paciente, con posibles repercusiones en su desarrollo emocional.

Las técnicas más recomendadas para los pacientes que han sufrido de maltrato infantil de cualquier índole son:

1. Técnica decir- mostrar- hacer.
2. Técnica de control de voz⁷¹

⁷¹ Gallegos L. y col. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado." Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.



6. Actitud del Cirujano Dentista ante la conducta en pacientes odontológicos con antecedentes de maltrato infantil.

Ante la sospecha de maltrato infantil de cualquier índole, se deben de tener en consideración una serie de procesos clínicos, médicos y legales los cuales incluyen algunos pasos básicos como son: la atención medica y odontológica del paciente, la documentación del caso (incluyendo fotografías) y la comunicación a las autoridades.

Los odontólogos como profesionales de la salud, deben de ser sensibles ante la necesidad de proteger a los niños del abandono y el maltrato infantil, además de tratar lesiones dentales. Es importante que sepan que están legalmente obligados a comunicar una sospecha de maltrato infantil. Dicha comunicación se inicia mediante una simple llamada telefónica a una agencia de servicio de protección infantil como puede ser a los Servicios de Protección al Menor, la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto de Pediatría- UNAM (CAINM-INP-UNAM) o al Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En adelante, se encargarán del caso profesionales expertos en este tipo de situaciones pero el odontólogo debe hacer además un informe escrito. Los odontólogos tienen obligación de comunicar los hechos cuando exista una sospecha razonable pero no son responsables de las investigaciones posteriores.

Los datos recogidos en la historia clínica médica odontológica y en el examen físico se registraran de manera completa y objetiva, incluyendo los hallazgos más oportunos, sean positivos o negativos, así como los comentarios reales del paciente y su comportamiento. Si existen lesiones



visibles, se tomarán fotografías si ello es posible anotando el nombre del niño y la fecha en que se realizaron. Cuando se denuncia una sospecha de malos tratos infantiles, la mayoría de los funcionarios tomarán fotografías si se solicita. La historia odontológica debe incluir la fecha, la hora y el método utilizado para comunicar el caso (teléfono o escrito).

6.1. Actitud ante los padres

En aquellos casos en que existe la sospecha de que las lesiones se han producido en el domicilio, si se espera que uno de los padres reaccione de un modo violento o si existe preocupación por una posible represalia contra el niño por hacer la denuncia, lo más prudente es ponerse en contacto con las autoridades para que estas lo protejan antes de informar a los padres.

El odontólogo "NO" tienen la obligación legal de informar a los padres de una sospecha de maltrato o abandono ni de que van a comunicarla a las autoridades; en algunos casos, la actitud más prudente consiste en no decirles nada mientras se realiza la denuncia, pero cuando el odontólogo sospeche que los padres no son los causantes del maltrato al niño hay que informarles de la existencia del maltrato infantil y de la obligación legal de comunicarlo a las autoridades locales, sin la necesidad de hacer ningún tipo de acusaciones a la persona responsable de los daños.

6.2. Reporte a las autoridades pertinentes

El odontólogo tiene la obligación legal de comunicar los posibles casos de malos tratos infantiles a las autoridades apropiadas por ejemplo, a los servicios de protección infantil o a los funcionarios correspondientes.



El odontólogo no debe negarse a denunciar una sospecha de maltrato infantil por no perder el tiempo. En la mayoría de los casos, sólo deberá realizar el informe inicial, y en contadas ocasiones deberá ir a los tribunales. Aunque se puede comunicar la sospecha de maltrato infantil de forma anónima, es preferible dar el nombre con el fin de que la institución de protección infantil pueda ponerse en contacto con el odontólogo si es necesario.

Instituciones que prestan atención a niños que sufren maltrato infantil

- ❖ Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto de Pediatría- UNAM (CAINM-INP-UNAM) con dirección: Insurgentes sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 1084-0900 www.pediatria.gob.mx
- ❖ DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Zapata 340 P.B., Sta. Cruz Atoyac, 03310, México D.F. Tel. (55) 30032200. www.dif.gob.mx
- ❖ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal Av. Chapultepec No. 49, Col. Centro C.P. 06040 Delegación Cuauhtémoc México D.F. Teléfono:52295600 www.cd hdf.org.mx e-mail: cd hdf@ms.cd hdf.org.mx⁷²

⁷² McDonald R. "Odontología Pediátrica y del Adolescente" Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 30-31.



Conclusiones

El odontólogo de práctica general debe de tener los conocimientos básicos sobre el maltrato infantil con el fin de poderlo identificar, realizar el tratamiento dental con la técnica de manejo de la conducta adecuada y poder remitir a las instituciones pertinentes para su atención integral.

El odontólogo tiene un papel esencial en la detección del maltrato infantil debido a que tiene oportunidad de ver al niño con más continuidad.

El maltrato infantil afecta el desarrollo físico, psicológico y social del niño, modificando de manera considerable su conducta, por lo que debemos tener en cuenta que al abordar un tratamiento odontológico, se debe de fomentar la seguridad y confianza del niño, especialmente cuando hay falta de la misma, que se da en la mayoría de los casos y que pueden ser la causa de la deficiente colaboración en estos pacientes.

Para poder ganarse la cooperación del niño es necesario utilizar una adecuada técnica de manejo de la conducta. Las técnicas recomendadas para la atención de pacientes que han sufrido de cualquier tipo de maltrato infantil son esencialmente las técnicas de comunicación y de modificación de la conducta.

Las técnicas de restricción física no están indicadas por que el niño podría sentirse agredido y hasta hacerle recordar algún episodio de maltrato previo, que podría repercutir no solo en el tratamiento sino también en la salud mental del paciente, con posibles repercusiones en su desarrollo psicológico y emocional.

También el odontólogo debe tener en cuenta que en estos pacientes puede existir la presencia del trastorno de estrés post traumático que se origina como consecuencia del maltrato físico y del abuso sexual, en el cual



dependiendo el tipo de trauma podemos encontrar dos tipos de conductas totalmente diferentes, como aquella en el que el niño presenta un comportamiento pasivo, con falta de atención y de la confianza o como aquella en que el paciente presenta una conducta agresiva que imposibilita llevar a cabo el tratamiento odontológico.

La mayoría de los casos de maltrato infantil no son denunciados y son pocos los que reciben la atención médica adecuada, por este motivo el odontólogo debe conocer qué actitud asumir ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, desde su detección, mediante la historia clínica y la exploración física, así como el tratamiento odontológico indicado según los requerimientos, la documentación necesaria y el reporte a las autoridades pertinentes, para su atención integral. Se requiere la intervención de toda la sociedad para plantear y ejecutar programas de prevención.



Bibliografía

Barbería L. E. y cols. Odontopediatria. Ed. Masson. 2a Edición. Barcelona. 2001. Pp. 15-16.

Bringiotti María Inés. La escuela ante los niños maltratados. Ed. Paidós. México. 2002. Pp. 40.

Cabrera A.C. y col. Síndrome del Niño maltratado. Cursos paramédicos - Banco de monografías. 2006.

Cameron A. y col. Manual de Odontología Pediátrica. Ed. Harcourt. Pp. 97

Ceballos García Luis. Aproximación al diagnóstico diferencial de las quemaduras intencionales en los niños. Gac Méd Caracas v.113 n.4 Caracas dic. 2005

Coria de la H. C y cols. Síndrome del niño sacudido. Revista Chilena de Pediatría 2007; 78 (1): 54-60

Delgado A. Grandes síndromes en pediatría. Maltrato en el niño. España 1996.

Enciclopedia medica en español. Síndrome del niño maltratado. E.U.A. 2007.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000004.htm>

encolombia.com/pediatria_el_medico_II.htm

Fernández C. G. y col. Síndrome del Maltrato Infantil. Revista Cubana de pediatría. Vol.76. No. 3. Julio-Septiembre 2004.



Gallegos Luis, Miegimollo Mónica y Planells Paloma. Manejo de la conducta del Paciente Maltratado. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40 No.3. Dec. 2002.

García B. C y cols. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentarios. Una revisión. RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003

Gómez de Terreros. Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. Cuad. med. Forense. Ene.-abr. 2006, no.43-44, p.21-37. ISSN 1135-7606. ninosmaltratados.files.wordpress.com/2008/03.

<http://images.google.com.mx/imgres>.

<http://images.google.com.mx/imgres?imgurl=http://boletininformativo.blogia.com>

<http://labronca.blogspot.com/2007/12/los-chicos-de-la-calle-4ta-entrega>.
www.prevencionhumana.com/note/abuso_sexual.

<http://www.asociatividad.cl/completo/sitio/info.asp>

Jordan G. Nancy. T. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev Fac Med UNAM Vol.50 No.3 Mayo-Junio, 2007

Loredo-Abdalá Ángel. Maltrato en el niño. México: Mc Graw-Hill, 2001

Loredo-Abdalá Arturo, Monter García María Antonieta, Escudero Castro Ángel, De la Teja Ángeles Eduardo. Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado. Acta pediátrica Mexicana. Vol. 24. No. 4. Pp. 240-244.



Maida S. Ana Margarita. Molina P. María Elisa, Erazo T. Ricardo. Síndrome de Münchausen por poder, una presentación inusual. Revista Médica de Chile. Vol. 129 No. 8. Ago 2001.

McDonald R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. Mosby-Doyma. Madrid.1995. Pp. 25-31.

Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 1999; 2:348-50

Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 1999. WHO. Geneva. Ginebra. Organization Mundial de la Salud, 1999 (document WHO/PVI, 999.1).

San Martín José. Violencia contra niños. Ed. Ariel. España. 2005. Pp. 19-24.

Santana Tavera Rosalinda, Sánchez Ahedo Roberto, Barrera basto Emilio. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública Méx vol.40 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. 1998

Sierra Rodríguez Pedro Alberto. El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico de síndrome del niño maltratado. Colombia.

Stephen J. A. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. American Family Physician. Nov. 1995.



Vieweg Victor, Julius Demetrios, Fernandez Antony, Brooks Mary Betty, Hetteema John, Panduragi Anand Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology and treatment. The Journal of Medicine. 2006. Vol. 119. Pp. 383- 390