



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EL NIÑO MALTRATADO: SU PERCEPCIÓN
FRENTE AL TRATAMIENTO DENTAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARCIA POPOCA GONZÁLEZ

TUTORA: C.D. MARÍA ISaura CORTÉS GARCÍA

MÉXICO, D.F.

2008



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 ese ser invisible por darme la oportunidad de vivir, de guiar todos los momentos de mi vida, gracias por darme la fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida. Este trabajo alguna vez fue un sueño que ahora puedo ver, reconozco que este logro es producto de creer en tu infinito poder.

A mi madre. Gracias mamita porque pese a todas las adversidades que has pasado en la vida, siempre he sido prioridad en tu vida, me has apoyado y protegido de todo, gracias por tu ejemplo. Te amo mucho
mamá.

A mis hermanas, Móni y Magda, gracias porque no importa la hora ni el lugar siempre están conmigo. Las quiero muchísimo.

A mis sobrinos, gracias porque aún a su corta edad le han dado un significado maravilloso a mi vida.

A mi novio, gracias mi amor por ser siempre tan tierno conmigo y porque ahora sé, que yo formo parte de tus grandes sueños. Te amo.

A mi asesora, gracias Dra. Isaura por haberme aguantado estos tres meses, por regalarme su tiempo, porque desde que la conocí siempre me ha apoyado, porque es un ejemplo para mí, porque me ha enseñado que no hay límites para seguir superándome como profesionalista, pero sobre todo por brindarme su amistad.

Al Dr. Javier Villasana, gracias Dr. Por apoyarme siempre y por creer en mis capacidades como profesionalista, pero sobre todo por brindarme su muy valiosa amistad.

A mis profesores que a lo largo de la carrera me transmitieron sus conocimientos y sobre todo por su calidad humana.

A todos los profesores del seminario de Odontopediatría, gracias porque he vivido una magnífica experiencia, y he tenido el honor de conocerlos como profesionalistas y como personas, gracias por transmitirme la pasión por la odontopediatría.

A la Universidad Nacional porque es un orgullo el haber estudiado en ella y sobre todo por formarme como profesionalista y persona.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1.	MALTRATO INFANTIL	
1.1	Concepto de maltrato infantil	3
1.2	Antecedentes del maltrato infantil	5
2.	DIAGNÓSTICO ASERTIVO DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN ODONTOLOGÍA	
2.1	Hallazgos clínicos generales	10
2.2	Hallazgos en la exploración clínica	10
2.2.1	Lesiones en piel y mucosas	11
2.2.2	Lesiones relevantes en la mucosa bucal	14
2.2.3	Caries	16
2.3	Actitud de los padres y actitud de los niños	17
3.	FACTORES DE RIESGO, TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y SUS INDICADORES	
3.1	Factores de riesgo	20
3.1.1	En el niño	20
3.1.2	En la familia	21
3.1.3	En el medio ambiente	21
3.1.4	Maltrato propiamente dicho	22
3.2	Tipos de maltrato y sus indicadores	22
3.2.1	Maltrato físico	23
3.2.2	Negligencia o abandono físico	23
3.2.3	Abuso sexual	26
3.2.4	Maltrato emocional	26

4. FACTORES QUE AFECTAN LA PERCEPCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO FRENTE AL TRATAMIENTO DENTAL	
4.1 Conducta del adulto agresor dentro del ámbito familiar	29
4.2 El maltrato como una situación traumatizante para el niño y sus efectos en su psicología.	31
4.3 Trauma de la infancia y trastorno de estrés post-traumático: una problemática que enfrenta el niño maltratado frente al tratamiento dental	35
4.3.1 La gravedad y duración de las reacciones de estrés postraumáticos como factor influyente en la conducta del niño maltratado frente al tratamiento dental	38
5. LA CONSULTA DENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL NIÑO MALTRATADO	
5.1 Miedo ¿A qué le teme el niño?	40
5.2 ¿A qué le teme un niño maltratado en la consulta dental?	42
5.3 ¿Qué espera el niño maltratado del cirujano dentista?	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51



INTRODUCCIÓN

Un caso de maltrato infantil nos hace experimentar intensamente una serie de sentimientos, que no solamente nos provocan pena, dolor, rabia, resentimiento, impotencia, sino que todos estos sentimientos humanos, nos dirigen por un camino de sensibilización, reflexión y de aprendizaje.

Hablando de violencia contra los niños, se debe entender y aceptar que es un problema médico-social. Por ello, la organización Mundial de la Salud (OMS) lo señala como un problema de salud pública mundial y la niñez mexicana no escapa de este problema médico-social de la humanidad.

Por lo anterior, se abre un nuevo espacio terapéutico, en donde el odontólogo, deberá enfrentar un verdadero desafío: el tratamiento dental al niño maltratado.

El objetivo de este trabajo es resolver una serie de cuestionamientos muy interesantes, que durante la elaboración de este trabajo han surgido, y que en sus respuestas muy probablemente podremos comprender mejor los sentimientos del niño que ha sido víctima de malos tratos. También conoceremos los factores que influirán en la percepción del niño, cuando éste se encuentra enfrentando el tratamiento dental.

Comprenderemos que con la información clínica, obtenida durante la realización de la historia clínica completa, es posible establecer un diagnóstico de sospecha. Reconociendo que, no solamente los hallazgos de la exploración física permiten al cirujano dentista pensar que se encuentra frente a un caso de maltrato infantil, hay una serie de datos no físicos, que son llamativos para sospechar de un caso de maltrato, los cuáles son: la actitud del niño y la actitud de los padres.



Es sumamente importante que el cirujano dentista, comprenda la trascendencia de entender lo que una situación de maltrato significa para el niño, que entienda las reacciones posibles, que como consecuencia de una agresión, el niño ejecutará en la consulta dental. Esto lo logrará teniendo conocimiento de: los factores ambientales que ponen en peligro al niño de sufrir maltrato, los tipos de maltrato que existen y las consecuencias psicológicas que tendrá el niño ante estos sucesos.

Uno de los objetivos del trabajo es sensibilizarnos y comprender la gravedad del trauma que pudo haber sufrido el niño, es esencial tener en mente los detalles que probablemente el niño ha tenido que pasar, considerar que por estos hechos el niño se siente aterrorizado e impotente. Para conocer un poco más de cerca la actitud y sentimientos que tienen los niños que han sido víctimas de maltrato, he realizado la tarea de realizar algunas entrevistas a psicólogos, médicos y al director de una casa hogar, los cuales nos proporcionan una serie de datos muy interesantes, en los que encontraremos relatos de casos de niños que han sido víctimas de tratos tan crueles, como los que nos serán revelados en este trabajo.



1. MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es considerado por la Organización Mundial de La salud como un problema de salud pública¹. Definir el maltrato infantil parece sencillo; sin embargo resulta verdaderamente complejo, pues se deben tomar en cuenta múltiples factores. En la actualidad existen diferentes definiciones, las cuales se analizarán en este capítulo.

1.1 Concepto de maltrato infantil

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia solamente al maltrato físico donde predominaban aspectos de criterios médicos-clínicos, a la explotación laboral y trabajo de los niños (revolución industrial, siglo XVIII). Mientras que en la época actual las definiciones de basan en las necesidades y los derechos de los niños.

La evolución y ampliación del concepto de maltrato se debe al avance de la sociedad, en general, y específicamente en relación con la infancia, con sus derechos y libertades.

Las definiciones actuales han integrado en el concepto diferentes aspectos, los cuales son: la perspectiva histórica del maltrato, los diversos tipos de maltratos, el punto de vista de la víctima, el grado de intencionalidad del agresor, la frecuencia con que se producen los hechos, los derechos de los niños.

¹ Nancy T Jordan González. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev. Fac. Medicina. UNAM. Vol 50. No.3. Mayo-Junio 2007



Martínez y De Paul, 1993 define maltrato infantil como: “Lesiones físicas psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño².

A partir de estos aspectos El Centro Internacional de la Infancia de París define maltrato infantil: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psicológico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”³.

Según P. Planells del pozo y L. Gallegos López maltrato infantil es: “El maltrato en la infancia suele definirse como el uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, que es ejercida por un individuo responsable de su cuidado físico y moral. Se considera como niño maltratado a aquel individuo que se encuentra entre el periodo entre el nacimiento y la pubertad, y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que tengan relación con él”⁴.

² Villanueva Badenes Lidón, Clemente Esteban Rosa Ana, *Collecció Psique 4, El menor ante la violencia: Procesos de Victimización*, Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L. 2002. Pág. 43

³ Casado Flores, J.; Díaz Huertas, J. A.; Martínez González, C. *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997. Pág. 10

⁴ Boj Juan R, Cátala Monserrat, García Ballesta Carlos, Mendoza Asunción, “*Odontopediatría*” Ed.Masson.2004. pág. 423.



La OMS define maltrato infantil como: el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder ⁵.

CAINM-INP considera que el maltrato infantil es "toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor (es), antes o después de nacer y que afecte su integridad bio-psicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual".⁶

1.2 Antecedentes del maltrato infantil

En la historia del maltrato infantil y dentro del las profesiones sanitarios, se reconocen diferentes etapas.

Primera etapa: desconocimiento

El maltrato infantil era desconocido para los profesionales sanitarios, ya que no era reconocido como un problema de salud durante esta etapa. La competencia del profesional se circunscribía únicamente a la lesión y no al

⁵ Concha-Eastman, Alberto and Krug, Etienne. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev. Panam Salud Pública, Oct. 2002, vol.12, no.4, p.227-229. Cap. 3.

⁶ Perea MA, Loredó-Abdalá A, cols. El maltrato al menor: Propuesta de una definición Integral. Bol Med Hosp Infant Méx. 2001; 58:251-258.



entorno ni a las consecuencias del hecho, esto explica por qué las primeras publicaciones sobre el tema están referidas sólo a las características de los daños producidos por el organismo del niño, los golpes, las quemaduras y fracturas múltiples.

El primer caso de maltrato infantil se refiere a una niña de 9 años, y se describe en la ciudad de Nueva York en 1974. No existía jurisprudencia alguna al respecto. El proceso judicial tuvo que basarse en la legislación para la protección de los animales.

No es hasta después de la primera guerra mundial cuando a partir de la quinta asamblea de la sociedad de Naciones queda establecida la Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra, en 1924, que describía tan sólo cinco derechos en la infancia.

Segunda etapa: descripción de síndromes sin identificar

En 1946, surge el descubrimiento médico del maltrato infantil. En una publicación de Caffey se concluyó que las fracturas de huesos largos en niños podían documentarse de manera específica en cuanto su origen⁷.

Con el desarrollo de la radiología con la descripción de las lesiones óseas, en niños con hematomas subdurales, fracturas en los huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieran a las fracturas. Estos hallazgos se atribuyen a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas de los padres o tutores. Después de la II guerra mundial se impulsan los derechos de los niños, surgen instituciones como la UNICEF (Fondo Internacional del Socorro de la Infancia, 1947) y se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño (1959).

⁷ Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 2da ed. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill pág. 9.



Tercera etapa: identificación

Se introduce por primera vez el término del Síndrome del niño apaleado. Este síndrome es definido por Kempe en 1962 para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores. Comienzan a publicarse casos y ampliarse el concepto al abuso sexual, niño sarandeado, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato emocional, etc.

Cuarta etapa: reconocimiento

A partir de mediados de la década de 1970 y hasta mediados de la década de 1980, se reconoce la magnitud del problema del maltrato infantil por su frecuencia y sus graves consecuencias, se incorpora a la atención del niño el diagnóstico del síndrome del niño maltratado.

Quinta etapa: prevención

A partir de 1980, el maltrato comienza a considerarse como una prioridad y a diseñarse una estrategia para su prevención, ya que de acuerdo a la etiología hay niños en riesgo. Aquellos que están inmersos en hogares disfuncionales, en pobreza extrema, hijos de padres alcohólicos, drogadictos o con problemas mentales, si bien es igualmente reconocido que los malos tratos no tienen fronteras de raza, sexo, ni condición.

En México a partir de 1984 en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría (INP) en la Cd. De México, se inició el estudio multidisciplinario de esta patología médico social. En 1997 se estableció formalmente la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM) en el INP, Coordinada por el Dr. Arturo Loredó Abdalá⁸.

⁸ <http://www.pediatria.gog.mx/cainmtipo.html>



2. DIAGNÓSTICO ASERTIVO DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN ODONTOLOGÍA

Cuando la situación de maltrato no es tan evidente, establecer un diagnóstico de maltrato es realmente difícil. Este aspecto deben comprenderlo los odontólogos, trabajadores sociales y abogados. Se debe evitar establecer un tratamiento multidisciplinario en toda la familia, y después descubrir que se ha cometido un error y que el caso no corresponde al síndrome del niño maltratado.

Actualmente cuando se sospecha o la situación de maltrato es muy evidente, el caso se trata entre todos los especialistas que constituyen el equipo multidisciplinario involucrado en la atención integral del problema. De esta manera se intenta obtener la mejor opción para el paciente; es decir, evitar, hasta donde sea posible, el rompimiento del núcleo familiar.

Es importante recordar que la atención del niño debe estar en manos de un equipo interdisciplinario, con entrenamiento y habilidad. Este equipo debe estar integrado por pediatras, trabajadoras sociales, psicólogos y/o psiquiatras, un coordinador y consultas legales especializadas⁹.

Dentro del marco que caracteriza al maltrato y al abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud, pues como se conoce, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo pediatra o al mismo centro de salud más de

⁹ Rev. Fac Med UNAM Vol. 50 No. 3 Mayo-Junio, 2007 Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia Nancy T Jordán González.



una vez para no ser descubiertos. Sin embargo, no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos¹⁰.

La experiencia de los autores en el manejo de niños maltratados, les permite señalar que el establecimiento del diagnóstico correcto se logra mediante el empleo adecuado de los datos obtenidos en la historia clínica como herramienta básica.¹¹

La historia clínica detallada debe recoger fielmente las explicaciones de las lesiones presentes en el niño, siguiendo una serie de precauciones para llegar a la verdad.

Lo primero que se debe tener en cuenta es la actitud del profesional ante la sospecha de un problema de estas características.

Se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable. En niños pequeños un ambiente de juego puede facilitar la entrevista. El principal objetivo es ganarse la confianza del niño. Cuando la edad del paciente lo permita, se puede realizar la entrevista directamente con él, pero no siempre en presencia del personal auxiliar. En otros ámbitos, se debe realizar en presencia de un trabajador social o representante legal. Se debe evitar el asombro ante lo que el paciente relate y no parecer en ningún momento amenazador¹².

¹⁰ Boj. Op. Cit.,pág. 423

¹¹ Loredo Abdala Arturo. Maltrato al menor, Ed Mc Graw Hill, Méx, 2001 Pág. 96

¹² Boj. Op. Cit., pág. 426



2.1 Hallazgos clínicos generales

Puede sorprender el escaso desarrollo de peso y talla con respecto a la edad cronológica, correspondiendo al denominado retraso de crecimiento no orgánico, peso, talla, y retraso en sus habilidades motoras e inteligencia. El aspecto general puede ser descuidado, similar a lo que llamaríamos “niño sucio”. La ropa puede no ser acorde con la estación del año (niño con manga larga en verano para ocultar lesiones a nivel de miembros superiores)¹³.

“Los hallazgos clínicos que generalmente te hacen sospechar de un caso de maltrato durante la realización de la historia clínica son:

Niños con talla y peso bajo, desnutrición, con palidez en la piel, cicatrices en la cara y en el cuerpo, moretones o equimosis en diferentes partes del cuerpo y muy mal estado de higiene”.¹⁴

2.2 Hallazgos en la exploración clínica

Estos hallazgos significan mucho para el odontólogo, por lo que este no debe limitarse a inspeccionar únicamente los dientes del niño, sino debe prestar una particular atención a la exploración de los tejidos blandos de la cavidad oral, ya que en estos es posible encontrar signos, que nos pueden hacer sospechar que el paciente probablemente está siendo víctima de abusos y malos tratos.

¹³ Loredo. Op. Cit., Pp. 427 - 428

¹⁴ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.

2.2.1 Lesiones en piel y mucosas

Las lesiones más frecuentes a nivel general en la piel y mucosas son los hematomas (39%), seguidas por los desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras (6%). Las áreas más afectadas son las llamadas “zonas castigo”: nalgas, cara, extremos proximales de miembros¹⁵(fig 1).



Fig 1. Lesiones en cara¹⁶

“Las lesiones si se encuentran en la cabeza pero no es el sitio más frecuente, por lo regular las lesiones son en áreas donde no es fácil verlo para que no se den cuenta la personas que están alrededor del niño y no se levante sospecha”¹⁷(fig 2).

¹⁵ Boj. Op.Cit., pág. 428

¹⁶ Welbury RR. Paediatric dentistry. Oxford Uni P 1997.

¹⁷ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.



Fig. 2 Lesiones por maltrato físico¹⁸.

Existen algunas diferencias entre las lesiones que probablemente son provocadas de las lesiones accidentales, las cuales nos pueden sugerir un caso de maltrato (cuadro 1).

El color de las lesiones también ayudará a evaluar la evolución y tiempo transcurrido de la lesión. La posible contradicción entre las fechas recogidas en la información sobre los hechos, transmitida por los padres o tutores durante la anamnesis y la exploración clínica, puede sugerir un diagnóstico de maltrato (cuadro 2).

¹⁸ www.eldeber.com.bo/.../20041231/portada.html



Cuadro 1. Diferencias entre lesiones provocadas y accidentales¹⁹.

Lesiones Provocadas	Lesiones accidentales
<p>Hematomas</p> <p>Parte proximal extremidades</p> <p>Región Lateral de la cara: Pabellones auriculares y cuello</p> <p>Genitales y glúteos: varias localizaciones</p>	<p>Hematomas</p> <p>Parte media y distal</p> <p>Crestas iliacas</p> <p>Región facial y frontal</p> <p>Región maxilar</p>
<p>Quemadura</p> <p>Bordes nítidos: localización múltiple y forma de calcetín o guante simétrico o nítido: marcas de cigarrillos</p> <p>En la mucosa bucal:</p> <p>Cicatrices de quemaduras antiguas en palmas de las manos, plantas de los pies, genitales y glúteos, orejas, mejillas, boca, hombros y espalda</p>	<p>Quemaduras</p> <p>Bordes irregulares</p> <p>Asimétricas</p> <p>En zonas descubiertas: frente, mentón, codos, rodillas, caderas, espinillas, dorso de la mano, dorso de los pies</p>
<p>Mordiscos</p> <p>Mas de 3cm de diámetro bicanino (arcada de adulto)</p>	<p>Mordiscos</p> <p>Menos de 3 cm de diámetro bicanino (arcada infantil)</p>
<p>Fracturas dentales</p> <p>Fractura de diente y alveolo</p> <p>Falta de un diente antes de su exfoliación normal</p> <p>Traumatismos múltiples en diferentes fases de evolución</p>	<p>Fracturas dentales.</p> <p>Fracturas individuales.</p> <p>Fracturas con historia de traumatismo acorde al accidente que lo provoco</p>

¹⁹ Boj. Op. cit., pág. 430



La presencia de lesiones con diferente coloración, sugiere que las agresiones ocurrieron en diferentes fechas y son sospecha de maltratos físicos.

Cuadro 2. Cambios en el color de la piel después de la lesión²⁰.

Tiempo después del traumatismo	Cambios de color de la piel después de la lesión
Inmediato (menor a un día)	Negrusco, azul oscuro
1-5 días	Rojo-violáceo
5-7 días	Rojo-purpura
7-10 días	verdoso
2-4 semanas	Amarillento

2.2.2 Lesiones relevantes en la mucosa bucal

Las laceraciones del labio superior y el desgarró del frenillo labial (fig. 3) suelen ser consecuencias de golpes e intentos bruscos de silenciar al niño con la mano (en estos casos encontramos un hematoma peribucal que señala en forma de espejo la huella de la mano del agresor). Una alimentación forzada con cucharas o tenedores puede dar lugar a laceraciones en la mucosa y luxaciones dentarias en el área dañada.

²⁰ Boj. Op. Cit., pág. 431.



Fig.3 Laceración de frenillo labial²¹

Las señales por abuso sexual en el niño es posible encontrarlas en la cavidad oral en forma de desgarró del frenillo lingual y/o presencia de petequias entre el paladar duro y blando; si no hay otra causa que puedan explicarlas, pueden indicar abuso sexual con felación²².

Las infecciones orales pueden detectarse en casos de abuso sexual, pudiendo aparecer herpes (virus del herpes simple tipo 2), condiloma acuminado (lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo de corales, que aparecen en zonas de contacto directo intenso relacionados con microtraumatismos orales), y gonorrea.

Las quemaduras suelen estar situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival, siendo producidas por cigarrillos, objetos calientes o ingestión forzada de cáusticos o alimentos a altas temperaturas.

²¹ Welbury RR. Paediatric dentistry. Oxford Uni P 1997.

²² Boj. Op. cit., pág. 432



2.2.3 Caries

En un estudio sobre la correlación entre la caries dental y el abuso de menores, el Gobierno Metropolitano de Tokio Oficina de Bienestar Social señaló recientemente que los niños que sufren de maltrato infantil en comparación con los niños que no lo sufren, tenían más probabilidades de tener caries dental y menos probabilidades de ser tratados. En particular, el 46,6% de los niños menores de seis años que habían sido víctimas de malos tratos tenían caries en comparación con el 21% de los niños que no sufrían maltrato infantil. Los niños maltratados tenían un promedio de 2.7 dientes cariados en la necesidad de tratamiento, más de seis veces el número de niños que no habían sido objeto de abusos, y esta diferencia fue particularmente evidente en los niños de más de dos años de edad. Estas estadísticas indican que los niños maltratados no reciben la debida instrucción en la higiene bucal o la atención dental de sus padres o tutores²³.

En otro estudio realizado en Toronto, Ontario Canadá se observó que en los niños pequeños maltratados y desatendidos había niveles más altos de caries que en la población en general²⁴.

Con respecto a esta problemática se realiza una entrevista al Sr. Dionisio Mares López director de Ministerios Pan y Vida en Querétaro, nos reveló un dato muy interesante dice que las condiciones de los dientes de estos niños que han sido víctimas del maltrato son pésimas y lo narra así:

“Los dientes vienen afectadísimos, pero en serio. Hace 2 años iniciamos un programa dental por medio de algunos proyectos debido a que

²³ Fuente: 2007-2008 Gobierno Metropolitano de Tokio la página principal;
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2003/06/22d6h301.htm>

²⁴ Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D Public Health Dent. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. 2008 Spring; 68(2):94-101.



notamos las condiciones de los dientes de algunos niños y empezamos a llevar a los niños con los dentistas. Aquí nos dimos cuenta que el 95% de estos niños están afectados de su dentadura. Obviamente este problema es por descuido, falta de higiene y mala alimentación. Las consecuencias de estos maltratos las notamos mucho en los dientes²⁵.

2.3 Actitud de los padres y actitud de los niños

La experiencia del médico y, en ocasiones, de las trabajadoras sociales, permiten captar estos aspectos que junto a los datos recabados en la historia clínica constituyen un auxiliar muy importante para establecer el diagnóstico de sospecha.

“En la consulta psicológica la actitud del acompañante del niño es clave, sobre todo cuando la persona que acompaña al niño es el agresor, por lo regular cuando sucede esto, en el momento que se le pregunta algo al niño en presencia del padre o madre agresora, el niño se queda mudo y tieso voltean sus ojos hacia el acompañante para poder dar una respuesta, “Los niños no son libres”²⁶.

Los padres en la consulta odontológica pueden presentar actitudes de aparente sobreprotección en donde casi nunca demostrarán rechazo o agresión al niño delante del médico o de otra persona ajena a la familia, tardan horas o días para llevar al menor a su atención médica u

²⁵ Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.

²⁶ Entrevista a comunicación personal 21 de septiembre de 2008 11:15 am a Lic. Psicología Magdalena Popoca González.



odontológica, lo cual se debe a que los padres tratan de ocultar su agresión pero la gravedad de las lesiones lo obligan a recurrir al hospital²⁷.

Si se trata de maltrato físico, no coincide el momento de la consulta con la fecha probable de la lesión, cada uno de los progenitores da versiones distintas, estos pueden culpabilizar a otros; hay falta de emoción en la manera de referir la historia, poco compromiso afectivo ante las lesiones que el niño presenta que se explican generalmente como accidentales, suele haber una historia previa de accidentes, El relato del accidente es confuso, increíble o bien contradictorio²⁸.

“Los padres o los agresores, al estar cometiendo un acto de violencia o de abuso, muestran que algo sucede en ellos ya que su manera de relacionarse con los otros no es la esperada. Con estos conocimientos básicos, cabe esperar que en transcurso de las entrevistas clínicas, ya sea en las médicas, psiquiátricas, odontológicas o de trabajo social, esos padres y sus hijos no establecerán una relación tranquila y abiertamente cooperadora con los profesionistas. Por el contrario, debido al temor de ser castigados y por el propio malestar que sienten hacia las figuras de autoridad, pueden mostrarse inicialmente antagónicos, retadores y contestatarios; debido al deseo de agrandar y de sentirse aprobados, algunos padres se mostraran excesivamente cooperadores y complacientes, obedientes y en momentos melosos, lo cual valorando en la integridad del problema se percibirá sólo como una superficial cortesía”²⁹.

“Cuando los niños llegan al hospital debido a una agresión física, por los regular los acompañan los abuelos o los tíos, sin embargo cuando aún

²⁷ Loredó. Op. Cit., pág 95

²⁸ Comité de familia y salud mental por Dra. Gloria Sacroisky comités de la SAP Arch. Argent. Pediatr 2003; 101(1).

²⁹ Loredó . op. Cit., Pág. 110



no se ha detectado el agresor, puede estar el papá o la mamá tratando de dar una imagen de que ellos no son los agresores y tratan de compensarlo con una sobreprotección con el niño, preguntando a cada rato como esta su hijo, si se va a recuperar. No se quieren apartar de la cama del niño para no levantar sospecha”³⁰.

“Los niños maltratados en presencia del médico generalmente son niños retraídos, apáticos debido a la misma agresión que han recibido recientemente. Por lo regular cuando ven al médico en ese momento empiezan a llorar u otros son totalmente apáticos, indiferentes, no contestan ni cooperan durante el interrogatorio”³¹.

³⁰ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.

³¹ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.



3. FACTORES DE RIESGO, TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y SUS INDICADORES

Los diversos profesionales han descrito los factores etiológicos del maltrato. Muchos de los autores coinciden en que no es un acontecimiento aislado, sino que es un hecho que es determinado por la unificación de diversos factores: sociales, familiares del propio niño. Estos factores se caracterizan por tener una relación dinámica.

3.1 Factores de riesgo

De acuerdo al modelo ecológico, se desarrolla a continuación una descripción que nos permitirá conocer los factores de riesgo y la vulnerabilidad que facilitan la posibilidad del maltrato tomando como base los distintos niveles descritos por el Dr. De Paul³².

3.1.1 En el niño

- a) **Edad.** Lo que determina el mayor o el menor riesgo. Hasta los tres años, cualquier situación de maltrato es severo. El niño tiene un desarrollo físico, cognitivo y emocional que le genera mayor daño en su cuerpo. Otra circunstancia es que no puede defenderse de la misma manera que uno de siete u ocho años.
- b) **Características del niño.** Estas están incluidas dentro de lo que son los factores de vulnerabilidad al maltrato por situación especial que

³² Fernández Eduardo Daniel. De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Editorial Distribuidora Lumen, 2002. Pág. 64-66



genera la frustración en los padres, estrés y tensión en la familia. Por ejemplo, cuando el niño es hijo de otra pareja; cuando el niño presenta características que hacen al niño negativo a la percepción parental: discapacitados; con problemas al nacer; llorones, inquietos.

3.1.2 En la familia

- a) **Características del padre o guardador que maltrata y el que no maltrata.** Dentro de la familia, hay situaciones de padres con problemas psiquiátricos reales, o padres con depresiones severas, débiles mentales, alcohólicos o drogadictos. Padres con una menor capacidad para cuidar a sus hijos, quienes están en situación de riesgo de maltrato. Padres que no pueden detener su impulsividad, aumentando la posibilidad de maltratar.
- b) **Acceso al niño.** Representa la posibilidad que tiene el adulto maltratador de acceder al niño para maltratarlo o abusar sexualmente de él.
- c) **Violencia conyugal.** Cuando la familia configura un sistema familiar violento entre los cónyuges, nada garantiza que los niños no sean castigados o maltratados. El mismo clima de violencia conyugal puede ser considerado una situación de maltrato emocional.

3.1.3 En el medio ambiente

- a) **Fuentes de estrés.** Tienen que ver con lo sociocultural; situaciones que elevan la tensión en la familia, pero que en las



familias maltratadoras no se pueden manejar de una manera que no sea recurriendo a la descarga en el golpe, la descarga en la acción. Dentro de estas situaciones: la desocupación, la muerte de un familiar, cambios de trabajo y problemas económicos.

- b) Apoyo social.** La existencia o no de redes de apoyo social que tenga o no la familia y el tipo de acceso a ellas.

3.1.4 Maltrato propiamente dicho

- a) La cronicidad:** es importante determinar si el niño presenta el primer acto de maltrato o si tiene fracturas o lesiones de largo tiempo.
- b) La gravedad del maltrato.** Tiene que ver con la intensidad de la acción maltratante: no es lo mismo una persona que con un cinto le deja marcas en la espalda a un niño, que una persona le ocasione una fractura. Aquí se evalúa la situación de gravedad del daño producido.

3.2 Tipos de maltrato y sus Indicadores

Dada la multicausalidad del maltrato, la clasificación implica únicamente reconocer el problema más relevante que afecta al niño, y que determinará su detección.



3.2.1 Maltrato físico

Es el tipo de maltrato más conocido y se conoce con el nombre de “síndrome del niño apaleado” descrito por primera vez por Kempe en 1962. Se trata de una acción no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o bien que lo coloca en grave riesgo de padecerlo.

Indicadores: El menor se muestra aprensivo cuando otros menores lloran, y cauteloso ante el contacto físico con los adultos. Muestra asimismo conductas extremas de alta agresividad o máximo rechazo. En lo que respecta al tipo de indicadores de naturaleza física, algunos de ellos son: magulladuras, alopecias por erosión, fracturas de cráneo, nariz y mandíbula, cortes, pinchazos, asfixia o ahogamiento, señales de mordeduras humanas. Por ejemplo, las características de los hematomas que proceden de una situación de maltrato se encuentran en zonas no prominentes, sino protegidas (cuello, lóbulo de la oreja), y poseen formas rectilíneas, geométricas, con bordes precisos. Las quemaduras no accidentales también se encuentran en zonas protegidas, son profundas, y poseen límites bien dibujados (Martínez y de Paúl, 1993). O bien como indican Arruabarrena *et al.* (1996), cubren toda la superficie de las manos como un guante, o de los pies como un calcetín³³.

3.2.2 Negligencia o abandono físico

Negligencia del latín *negligentia* significa descuido, falta de cuidado falta de aplicación. En este caso, las necesidades físicas básicas de un niño no son atendidas de forma temporal o permanente. Este tipo de maltrato es el que

³³ Villanueva. Op. Cit., pág. 44



con mayor frecuencia suele producirse de forma inconsciente, como una manifestación más de la ignorancia, incultura o incapacidad parenteral para proteger y criar a los hijos (Martínez y de Paúl, 1993).

De los cuatro grandes tipos de maltrato la negligencia es la forma de maltrato más frecuente en México. Según registros del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el 2005, el porcentaje de niños atendidos por abandono fue de 7.7%, omisión de cuidados 27.6 % y negligencia de 8.3%³⁴.

Indicadores y formas de negligencia en los niños:

1. **Higiene.** Niño habitualmente sucio o con mala higiene; lactantes con dermatitis de pañal, infecciones cutáneas, liendres.
2. **La negligencia dental** es definida por la American Academy of Pediatric Dentistry como una falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda y seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor y de infección. Se produce ante la falta de búsqueda de tratamiento por parte de padres o tutores en caries no tratadas, infecciones orales y dolor o la falta de continuación de un tratamiento cuando ya han sido informados los padres de que existen las condiciones anteriormente citadas.

La falta de cuidados en estos casos imposibilita una alimentación normal, causa dolor crónico, frena el crecimiento del niño y dificulta su vida diaria normal (fig 4). Las condiciones de pobreza u otros factores deben ser

³⁴ Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI).



considerados en estos casos, pero una vez salvados estos, la ausencia reiterada de asistencia dental constituye negligencia³⁵.



Fig 4. Negligencia Dental. Fuente directa.

3. **Vestido.** Ropa habitualmente rota , sucia o inadecuada frente al tiempo atmosférico
4. **Alimentación.** Falta del aporte calórico suficiente, falta de nutrientes específicos por dietas restrictivas influenciadas por los padres.
5. **Atención médica.** Ausencia o mal cumplimiento del esquema de vacunas y revisiones periódicas, falta de seguimientos de los tratamientos médicos³⁶.

³⁵ Boj. Op. Cit ., pág. 425

³⁶ Casado. Op. Cit., pág. 141



3.2.3 Abuso sexual

Se define como la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto o de un igual, basándose en una posición de autoridad o poder. Normalmente se lleva a cabo por una persona cercana al niño.

Indicadores: Dificultades al andar o sentarse, dolor o picor en la zona genital, enfermedades de transmisión sexual en boca, ano y ojos, enuresis y encopresis, conductas o comentarios sexuales inapropiados para su edad, pesadillas, conductas agresivas, chuparse el dedo, orinarse en la cama, desconfianza hacia los adultos, excesiva obediencia y deseo de complacer a los demás, prostitución, sentimientos de culpa, pudor o miedo excesivos ante las exploraciones médicas, pérdida de apetito, miedo a estar sólo, rechazo al padre o la madre de forma repentina, cambios bruscos de conducta, rechazo a las caricias y a los besos³⁷.

3.2.4 Maltrato emocional

Se trata de una hostilidad verbal en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro). Reiteradamente se rechaza al niño, se le priva de relaciones sociales, se ignoran sus necesidades emocionales y de estimulación, se le exige por encima de sus posibilidades, se muestra frialdad afectiva. No se tienen en cuenta las necesidades psicológicas del niño, especialmente las que tienen que ver con relaciones interpersonales y autoestima.

³⁷ Villanueva Op. Cit., pág 45



El maltrato emocional resulta ser uno de los maltratos más difíciles de diagnosticar, y frecuentemente aparece junto a cualquiera del resto de subtipos de maltrato. Garbarino y colaboradores han definido maltrato emocional como el daño que propositivamente se hace contra las aptitudes y habilidades de un niño, dañando su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deterioro en su personalidad, en su socialización y, en general, en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades.

Indicadores: conductas adultistas (hacer el papel del padre o madre de otros niños), o bien, conductas demasiado infantiles (trastorno en el control de esfínteres, chuparse el dedo, mecerse), conducta excesivamente complaciente, pasiva, nada exigente, o bien extremadamente rabiosa y agresiva, retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual, intentos de suicidio, etc. Por ejemplo, en bebés de un año de edad se ha observado un fenómeno vascular de manos y pies fríos, con la piel moteada de manchas moradas y rosáceas, producido por una sobre actividad del sistema nervioso simpático debido al miedo (Cerezo, 1995).



Otra de las conductas que manifiestan los niños que han recibido malos tratos es, que son niños muy adaptados y complacientes con adultos que desconocen, tienen una facilidad abrumadora de adaptabilidad con personas que no conocen o con las que tienen poca confianza³⁸(fig. 5).



Fig 5. Fácil adaptabilidad con personas extrañas. Fuente directa.

³⁸ Fernández. Op. Cit., pág 62



4. FACTORES QUE AFECTAN LA PERCEPCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO FRENTE AL TRATAMIENTO DENTAL.

Si pudiera entrar en la mente y el corazón de un niño víctima de malos tratos, buscaría en sus sentimientos y pensamientos al odontólogo. Sería realmente interesante, lograr descubrir los sentimientos que experimenta el niño maltratado justamente cuando este se encuentra frente al odontólogo, a punto de ser sometido al tratamiento dental. Si bien es cierto, estos sentimientos y pensamientos serán influidos en su totalidad por el medio ambiente familiar en el que el niño se encuentra inmerso, y que hablando de un niño que ha sufrido malos tratos, en donde las condiciones ambientales han sido terribles para él, no es difícil pensar que la impresión que tendrá este niño violentado hacia el tratamiento dental y al odontólogo, serán seguramente muy negativas. Por lo que es muy importante el conocer su relación con su familia, y por supuesto reconocer que el niño está viviendo en efecto, una situación traumática.

4.1 Conducta del adulto agresor dentro del ámbito familiar

Hay cinco tipos de conducta en el adulto perpetrador que ejerce sobre el niño y que sin duda alguna, estas influirán totalmente en el estado de ánimo del niño.

- 1. Rechazar.** Tiene que ver con el repudio al niño; su conducta, forma de ser, sus manifestaciones, su afecto, tanto dentro de la familia



como públicamente. Se ve en la minimización, en la descalificación, en el constante insulto y degradación.

2. **Ignorar.** Modo de vínculo extremo respecto del rechazo. El niño es como si no existiera para el adulto; se establece así un patrón de comunicación o de vinculación con el niño en el cual no se va a satisfacer ninguna de sus necesidades o estímulos (necesidades físicas y materiales, demostración de afecto, aprobación, cariño, comprensión, contención y aún, si se quiere, de disciplina). Ignorar al niño es el límite del rechazo.
3. **Aislar.** Coartar el acceso del niño a cualquier forma de relación social exterior a la familia, para evitar que se vincule con algún adulto positivo, inmediato o extenso. Se deja al niño encerrado, evitando que salga, que vea la televisión, que tenga contacto con figuras positivas.
4. **Infundir temor.** Se intimida al niño como forma de disciplinarlo. Se le amenaza tanto con cuestiones o agresiones físicas como psíquicas: “Te voy a dar en adopción”, si no estudias.” Se le introduce en una pauta de temor, de terror como forma de que se discipline y aprenda.
5. **Corromper.** Comprende aquellas conductas que el adulto inculca activamente en el niño a efectos de que desarrolle pautas de conducta antisociales. Enseñarle a robar, a mentir para hacer trampa y obtener un beneficio, a hacer daño a los demás. Involucrar activamente al niño a conductas antisociales e incluso a actividades delictivas y de abuso sexual³⁹.

³⁹ Fernández. Op. Cit., Pp60-63



4.2 El maltrato como una situación traumatizante para el niño y sus efectos en su psicología.

Como hemos visto, el maltrato infantil existe en muchas variedades y puede ocurrir a diferentes edades del niño, con diferentes intensidades, por periodos de duración variables y en lugares distintos. Cada menor expuesto a situaciones de maltrato posee características individuales, pasa por momentos especiales de su desarrollo y tiene relaciones únicas con sus figuras paternas y maternas; además, en su vida de niño, contempla y vive experiencias particulares que dan un matiz muy personal a la vivencia del maltrato. De manera semejante, en etapas posteriores de su desarrollo o durante su infancia maltratada, hay muchas otras vivencias y relaciones que lo influyen, agravando o mejorando sus temores, su autoestima, sus expectativas e ilusiones.

A pesar de esa gama de variantes es posible tener algunos factores comunes en relación con el efecto que deja el maltrato en las áreas psíquicas del niño, cognoscitivas, sociales y de relación del niño.

Dentro de las manifestaciones psicológicas que se observan como consecuencia del maltrato físico se encuentra en primer lugar una pobre autoestima, ya que son niños que han vivido constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; por ejemplo, ellos crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivió el trato irrespetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo.

Aunado a esa pobre autoestima, que se reflejara en todos los actos de su vida, se encuentra un escaso sentido de identidad, que aún cuando se reconozca como niño o niña, le será más difícil sentirse integrado como



totalidad que crece y siente. Se percibe inadecuado a su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos e inseguro de quién es y qué clase de persona es. A esta fragilidad en la autoestima y en el sentido de identidad se le agrega cierta incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan; en lo cotidiano se siente sobrecargado y desorganizado.

La inconstancia en la interacción madre-hijo proporciona al niño un sentido de realidad poco confiable; él no puede utilizar sus recuerdos con claridad para prever qué consecuencias tendrá determinado acontecimiento; le es difícil establecer una relación objetiva de la realidad en función de sus experiencias.

Por lo consiguiente, son niños y adultos que se hallan constantemente buscando claves sobre lo que está pasando en su ambiente y eso contribuye a ese cierto temor paranoide y de desconfianza que se observa a menudo en estas personas, ya sea en la edad infantil o la adulta.

Esta dificultad para coordinar y organizar su mundo interno de manera concordante a su realidad externa influye en la mayoría de las ocasiones el niño tiene problemas de lenguaje y de aprendizaje. El aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos, así como las conductas de agresividad.

Aún cuando estos niños crecen con esa constante necesidad de ser queridos, de sentirse parte de un ambiente, de ser aceptados por un grupo y de poder expresar sus sentimientos de enojo y agresión, no encuentran la manera fácil de hacerlo, terminando en el refugio de la soledad o en la adhesión a grupos parasociales.



Desde pequeños viven con el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran a su edad adulta, buscando cualquier aprobación que los rodea. Con estos comportamientos, los niños escolares se hallan temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y de los demás compañeros pero también para detectar cualquier mínimo signo de desaprobación y de crítica. Existe una hipersensibilidad en cuanto a la identificación de cualquiera manifestación de desaprobación. La respuesta a estos sentimientos es de depresión, enojo y desesperanza⁴⁰.

Respecto al maltrato por negligencia uno de los problemas que presentan los niños de edad preescolar que presentan el síndrome del niño maltratado es la carencia afectiva. Los signos asociados a la carencia efectiva durante la primera infancia son:

- ❖ Falta de contacto visual
- ❖ Indiferencia hacia las otras personas
- ❖ Rostro inexpresivo o gestos faciales que no establecen contacto social.
- ❖ Escaso interés en vestirse y alimentarse solo
- ❖ No demuestra ansiedad en respuesta a extraños.
- ❖ Lenguaje pobre y sin inflexiones vocables o ausencia de lenguaje.
- ❖ Excesivo rocking (acunamiento)
- ❖ Falta de respuesta de ansiedad frente a la separación de los padres⁴¹.

En cuanto a los menores que han sido víctimas de abuso sexual, las manifestaciones psicológicas serán también muy variables, dependiendo de ciertos aspectos externos. El abuso intrafamiliar es más dañino que el causado por un extraño, ya que el primero es ocasionado por una persona en la que se ha confiado y además, porque bajo este problema hay toda una

⁴⁰ Loredo. Op. Cit., pág 108

⁴¹ Casado. Op. Cit., Pp. 142-143.



conflictiva familiar que dificulta la posibilidad de un apoyo. En aquellas situaciones donde a los niños no se les cree, sino que por el contrario se les acusa de la responsabilidad y culpabilidad de lo sucedido, resulta aún más grave el problema. La experiencia se vuelve más traumática cuando se utiliza violencia o fuerza y cuando el agresor es mayor. Tanto niñas como niños que han sido expuestos a conductas de abuso sexual, presentan escasa autoestima y pobre sentido de identidad, lo cual es especialmente evidente en su identidad sexual.

Los varones tienden a sentirse más avergonzados y denigrados por las experiencias infantiles de abuso sexual; las niñas tienden a sentirse denigradas y sucias. Ambos viven con un sentimiento, en ocasiones inconsciente, de miedo y coraje ante las figuras de autoridad y hacia aquellos que quienes se sintieron explotados y que ahora temen que puedan volver a hacerlo. Un número importante de estos menores cuando crecen, realizan actividades de prostitución y promiscuidad sexual, presentan problemas en el funcionamiento sexual con sus parejas, algunos crean una aversión a la actividad sexual, otros permanecen célibes y otros quedan en una postura homosexual⁴².

Las mujeres cargan con un sentimiento de desesperanza y presentan tendencias abiertas al suicidio; se apegan frecuentemente a personas sádicas y ellas continúan un papel masoquista.

Generalmente las experiencias sexuales en la infancia se mantienen en secreto y difícilmente se comunican aún en largos procesos psicoterapéuticos; los varones tienden más a no hablar de estas experiencias, resintiéndose intensamente en su identidad masculina: la sienten frágil y se cuestionan si son homosexuales o no.

⁴² Loredo. Op. Cit., Pp. 108-109



En resumen, las manifestaciones de los menores agredidos sexualmente incluyen que son niños que tienden al aislamiento social, con escasas relaciones grupales; hay conductas masturbatorias más abiertas y más intensas, así como mayor participación en juegos sexualizados.

4.3 Trauma de la infancia y trastorno de estrés pos-traumático: una problemática que enfrenta el niño maltratado frente al tratamiento dental

El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el paciente, y que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca ruptura de sus mecanismos de defensa. El trastorno será más grave y duradero cuando el agente estresante sea un ser humano y el efecto será mayor o menor según la intensidad y cercanía de la víctima a ese agente estresante⁴³.

A ese trastorno que se desarrolla después del abuso sexual y del maltrato físico se le conoce con el nombre de estrés postraumático. El trastorno por estrés post traumático pertenece a la categoría de los trastornos de ansiedad. Consistente en un grupo de síntomas que se desarrolla, con un período de latencia variable, después de un acontecimiento que está por fuera de los márgenes usuales de la

⁴³ Mieggiolle, Mónica, Planells, Paloma. "Manejo de la conducta del paciente Maltratado". Volumen 40 N° 3. 2002 <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/index.htm>



experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia⁴⁴.

Determinadas variables pueden potenciar el carácter lesivo del suceso traumático. Cuanto más cercana sea la relación entre la víctima y el agresor; si el suceso se dio dentro del hogar; que tan repetitivo, crónico y reiterado fue el abuso.

El trastorno de estrés post traumático (TEPT) se presenta a cualquier edad y la sintomatología puede aparecer meses o años después del trauma. El curso es altamente variable: puede ser fluctuante, crónico o autolimitado y depende de la severidad, tipo de estresor, de su cronicidad, de las características del niño y su historia previa, de la calidad del apoyo social, de la presencia de estresores asociados y los sucesos posteriores al evento, entre otros.

En general el estrés más severo tiene un curso más prolongado. El curso crónico se puede esperar cuando el niño ha sido sometido a múltiples injurias, ha presenciado numerosas pérdidas de vida o destrucción masiva. También tiende a cronificarse cuando hay sentimientos de culpa por responsabilidades en daño a otros, y participación en procedimientos penales y civiles asociados.

Los niños con TEPT presentan una amplia variedad de reacciones al trauma, la que incluye conductas regresivas, ansiedad, miedos, somatizaciones, depresión, problemas de conducta, aislamiento, déficit de atención y trastornos del sueño. En los niños más pequeños es frecuente la regresión o la pérdida de habilidades recientemente adquiridas, tales como la enuresis y encopresis; también pueden pedir ayuda para realizar tareas

⁴⁴ Mc Mouren.Simeoni. "Actualite du syndrome de estrés post-traumatique chez l'enfant". Séance du lundi. Vol. 152. N° 10 1994. Pp.: 685-688.



que ya dominaban; tales como vestirse, lavarse o presentar una regresión en sus habilidades lingüísticas algunos se ponen agresivos y otros se tornan pasivos.

En los escolares se han encontrado, exacerbación de trastornos de aprendizaje y de conducta y depresión en algunos. En los adolescentes se asocia más al consumo de sustancias y depresión. La frecuente asociación entre depresión y TEPT crónico se puede explicar por:

- a) Intrusión permanente de recuerdos y depresión secundaria a éstos.
- b) TEPT crónico que altera las relaciones familiares.
- c) El TEPT incluye dificultades de adaptación que facilitan las adversidades posteriores⁴⁵.

El trauma de la infancia según Terr se clasifica en: trauma tipo I y tipo II. En el tipo I hay un evento único, no anticipado, que se asocia con los síntomas de estrés post traumático de repetidas experiencias. Estos niños recuerdan detalles de la situación, presentan “augurios”, distorsiones cognitivas y errores perceptivos, los que pueden formar la base para un cambio de personalidad, así como en las relaciones interpersonales y actitudes. En cuanto al tipo II ocurre como respuesta a un estresor crónico, pudiendo haber miedo o ausencia de sentimientos respecto al trauma inicial. Incluye estrategias de defensa y manejo como la negación, represión, disociación, “auto-hipnosis”, identificación con el agresor y conducta autodestructiva⁴⁶.

⁴⁵ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120

⁴⁶ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120



4.3.1 La gravedad y duración de las reacciones de estrés postraumáticos como factor influyente en la conducta del niño maltratado frente al tratamiento dental

Las reacciones de los niños y de los adolescentes al estrés post-traumático pueden caer en una escala entre leve y grave, pueden durar por pocos o muchos años, y mejorarse de vez en cuando pero sólo para empeorar en distintas ocasiones. Para entender estas diferencias hay que partir de la gravedad de la experiencia que tuvo el niño. Hay dos modos de juzgar la gravedad.

Primero, es importante tener en mente los detalles de lo que el niño ha tenido que pasar. Considerar que el niño está atrapado y que su padre le disparó con un rifle; un niño que está presenciando a uno de sus padres apuñalar al otro y que tiene que socorrer al herido hasta que llegue un adulto a prestar ayuda; un niño que tiene que soportar el maltrato continuo y cada vez más violentos de uno de sus progenitores o de las personas que están a cargo de su cuidado; un adolescente que fue ultrajada por las personas que están a su cuidado.

En general, mientras peor sea la violencia, mientras más amenazas y heridas, mientras más veces haya presenciado daños y muertes grotescas, más graves y posiblemente duraderas serán las reacciones de estrés post-traumático. Segundo, la experiencia subjetiva que el niño ha tenido de lo que ha sucedido explica también la gravedad y duración de sus reacciones de estrés post-traumático.

Es importante entender cuán aterrorizado, espantado o impotente se siente el niño, y también hasta qué grado teme que lo hirieran o que lo maten a él o a un ser querido. Por otra parte, la experiencia de violación de



su cuerpo o de verse traicionado por uno de sus padres o por la persona a cargo de su cuidado puede conducir a reacciones más graves⁴⁷.

P. Planells del Pozo y L. Gallegos López, mencionan que dependiendo de la tipología y manifestaciones del niño en situación de estrés postraumáticos, el menor puede presentar fundamentalmente dos tipos de reacciones:

1. **Trauma de tipo I** (resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único). Aquella en la que el niño presenta un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de la confianza como resultado del episodio de malos tratos (es muy similar a la tipología del niño cooperador tenso).
2. **Trauma de tipo II** (resultado de una larga o repetida exposición al maltrato). Aquella en la que el paciente presenta una conducta destructiva y agresiva que, normalmente, intenta imposibilitar el tratamiento (similar al niño con aversión a la autoridad).⁴⁸

⁴⁷ National Traumatic Stress Network. "Entendamos el estrés traumático infantil". 2004. www.NCTSN.net.org.

⁴⁸ Boj. Op. Cit., pág. 433.



5. LA CONSULTA DENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL NIÑO MALTRATADO

¿A qué le teme el niño maltratado en la consulta dental? Esta es una pregunta, que seguramente sólo preguntándole al mismo niño podríamos responder con certeza. Y que sin embargo, pese a que no es tan sencillo poder tener comunicación directa con estos pequeños, si podremos descubrir más acerca de sus sentimientos y miedos recopilando testimonios importantes con las personas que viven o han tenido contacto directo con niños que han sido víctimas de tratos tan crueles como los que nos serán revelados en este capítulo.

5.1 Miedo. ¿A qué le teme el niño?

El miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física del dolor⁴⁹. En realidad desde la perspectiva del niño, no hay realmente incentivos para cooperar o exponerse a situaciones de aspecto peligroso. Si tuviera una opción, es posible que no elija ser separado de su mamá, someterse con entusiasmo a anestesia local, o abandonar sus juegos, o su programa favorito de televisión, trátase o no de un niño maltratado.

El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, para un niño maltratado el resto del mundo esta tan ansioso de señalar sus errores que queda a algunos adultos la posibilidad de felicitarlos cuando lo hacen bien. En la mente del niño esta, sobre todo, la incertidumbre acerca de lo que le será requerido y el grado de molestia que significara. El dentista debe

⁴⁹ Barbería, E. Leache, “Odontopediatría”; Ed. Masson, 2da. Edición, 2002, Barcelona.



tener la habilidad de ponerse en lugar del niño (trato de entender cómo te sientes, siendo más afectivo, en periodos difíciles.

La primera infancia esta por lo general protegida por el miedo. Los temores pueden ser racionales e irracionales, pero, en cualquier caso, su fundamento se establece en la experiencia del niño los niños de esta edad le temen a los ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, lugares, objetos extraños, soledad y al dolor.

El período máximo de temores específicos es la edad preescolar, en donde el niño le teme a los médicos, dentistas, fantasmas y esqueletos En el período preescolar tardío, es normal que el niño tema a la obscuridad, a quedarse solo, a lo imaginario y a lo sobrenatural⁵⁰.

Los niños difieren en cuanto a temperamento, inquietudes y miedos, puntos fuertes de su personalidad y modo de manejar los problemas. Por ejemplo, los niños ansiosos responden con más miedo, pueden reaccionar a los recordatorios del trauma con más temor de que vuelvan a suceder y tal vez tengan más dificultad para tranquilizarse o para sentirse seguros. Es posible que tengan más dificultad para determinar el peligro a una situación posterior⁵¹.

⁵⁰ Escobar Muñoz Fernando, Odontología Pediátrica, 2da. Edición, 2004, Edit. Amolca, Pág. 24

⁵¹ National Traumatic Stress Network. "Entendamos el estrés traumático infantil".2004.
www.NCTSNet.org.

5.2 ¿A qué le teme un niño maltratado en la consulta dental?

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo. Estos miedos incluyen temor a las agujas (fig 6), miedo a la lesión corporal y temor a lo desconocido, en general⁵².



Fig 6. Miedo a las jeringas. En los dibujos de los niños aparecen con toda claridad las causas de sus miedos ante la perspectiva de la visita al dentista. En ellos, la jeringa tiene un papel destacado⁵³.

La etiología del miedo en el consultorio dental es multifactorial⁵⁴. El grado de temor, que depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia del propio niño y con el ambiente.

⁵² Boj. Op. Cit., pág. 261

⁵³ Waes Van, Hubertus. Atlas de Odontología Pediátrica. Ed. Masson, Barcelona, España, 2002. Pág 155



El miedo puede ser factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o bien a la causa es otra o multifactorial.

Boj Quesada menciona que el niño puede exagerar sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida (p.ej., niños provenientes de hogares en crisis, niños que sufren abusos).

La ansiedad también es frecuente. Lo más común es un aumento de los miedos específicos o fobias, especialmente frente a situaciones claves que recuerden el estresor, la ansiedad de separación, y algunos señalan un trastorno de ansiedad generalizada⁵⁵.

La Lic. En Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez nos dice lo siguiente. “Yo creo que el niño te va a tener mucha desconfianza, va a tener más resistencia, va a cooperar menos que un niño que no ha recibido maltrato. Se va resistir a que alguien más le haga sentir molestia o miedo. Su principal miedo es que tú también lo maltrates y lo rechaces... El niño maltratado siempre va a buscar la aprobación de los adultos, esta es la clave para lograr obtener su confianza. Te debes poner en sus zapatos por ejemplo si el niño te dice: “Tengo miedo”, tú debes responderle: “Yo también he sentido temor y me siento molesta cuando me hacen esto”. Si te dice: “no me gusta”, tú debes responder: “¿Qué crees, que a mí tampoco me

⁵⁴ Peretz, B. Zadik, D. Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatric Dentistry*, Vol 21, N° 3, June, 1999. Pág. 201-203

⁵⁵ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2001; 39(2): 119-120



gusta?”. Debes de reconocer esas mismas sensaciones en ti para poder entenderlos a ellos. Se debe llevar a cabo este proceso empático”⁵⁶.

El Sr. Dionisio Mares López Director de la casa hogar “Ministerios pan y vida”, encargado de la salud tanto bucal, como médica, de los niños que han sido víctimas de maltrato, nos narra la experiencia que viven estos niños en la consulta dental.

“Cuando llegamos al consultorio dental el niño va tomado de mi mano fuertemente, esta conducta la he observado en todos los niños, es una conducta que ellos llevan a cabo, porque siento que de esa forma ellos se sienten más seguros. Llegó con el niño le voy explicando que lo van a revisar, lo acompaño hasta la camilla, cuando ve que se acerca el doctor, lo que primerito hace es voltear a verme, yo le digo con señas que está bien, el se tranquiliza. Aquí noto la gran inseguridad que ellos tienen, pero también la seguridad que llegan a tener cuando está presente alguien de confianza.

Cuando comienza el tratamiento no te pierde de vista, a lo mejor se distrae un poco por el ruido de los instrumentos, pero casi inmediatamente voltea para ver si no está solo, la experiencia le dice: ¡aguas porque te pueden dejar sólo y te pueden abandonar! Esta es la actitud que la mayoría de los niños tienen cuando visitan por primera vez el consultorio dental. Y ya después empiezan a conocer al dentista ven que no pasa nada y entonces el niño comienza a sentirse más confiado. Sin embargo hay casos pero pocos son los casos donde el niño de inicio no se deja atender, me imagino que viene a su mente todo lo que han vivido y no permite que se le revise,

⁵⁶ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:30pm al la Lic. Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez miembro del DIF Querétaro en el centro de Diagnostico de Salud mental.



hasta la tercera o cuarta vez que tienen oportunidad de ir. Cuando sucede esto es un caso especial, sabemos que su daño emocional es severo y tenemos que trabajar con él, platicarle y explicarle una y otra vez que lo van a revisar hasta que logramos convencerlo.

“Sí hay casos donde el niño no permite que un adulto este cerca de él” y te voy a platicar por qué:

Muchos de los niños que nosotros atendemos aquí, aparte del maltrato que reciben en la familia nos han contado que aparte de este maltrato, y cuando los corren de su casa, la misma gente de la comunidad los maltrata... y es por eso que no tienen nada de confianza a un adulto. Obviamente, adulto que se acerca a ellos piensan que este les va hacer daño. Es tan marcado, lo traen tan adentro, hasta que no saben quién eres, permiten el contacto, pero si no te conocen no permiten ningún contacto.

¿Qué tipo de maltrato ha sufrido un niño que no permite el contacto con un adulto?

Tenemos un caso donde el niño vivía con sus papas y hermanos en una comunidad de Querétaro y todo estaba bien...Hasta que el niño sufre una enfermedad...requiere que este sea hospitalizado, el médico explica al papá que es necesario una transfusión de sangre y para esto tiene que firmar el padre, este firma que está de acuerdo, se lleva a cabo la transfusión, el niño sale del hospital se va a su casa y a partir de ese día el padre le dice al niño: ¡Tú ya no eres mi hijo, porque tú ya no eres de mi sangre! La madre y los hermanos adoptan la actitud del padre, lo corren de su casa en la madrugada, lo sacan de su casa a golpes, le avientan agua fría para que se vaya, busca protección con los vecinos, estos lo insultan y le pegan, dormía bajo una banca en el parque o en el atrio de alguna iglesia,



un día tuvo hambre y va a buscar de comer a su casa, su familia lo corre, el padre le avienta el nixtamal ardiendo en el cuerpo. El niño tiene el lado derecho del cuerpo totalmente quemado. Cuando el niño llega aquí nadie se podía acercar a él ni yo pude, porque hacia una mueca de terror como diciendo: tú que me vas a hacer. “me costó tres meses establecer contacto con este niño hasta que por fin lo pude abrazar y le dije: yo te quiero y él me cuenta lo que pasó. Hace 6 años que llegó este caso, ahora el niño ya es un joven. La primera vez que llevamos a este niño al dentista, no se dejó revisar. No permitía que el odontólogo se le acercara. Fue como hasta la tercera cuarta cita cuando el niño pudo ser atendido y yo me tuve que sentar con él abrazándolo, solamente así lo pudieron atender”⁵⁷.

Con lo anterior dicho ahora podemos dar nuestra respuesta a la pregunta realizada en este capítulo:

El niño maltratado en la consulta dental teme a:

1. Los miedos naturales del mismo niño: Inyección, dolor, le teme al médico y al dentista.
2. Le va a temer a encontrar cualquier similitud en el dentista que le recuerde a su agresor y a la situación de agresión que pudo haber vivido.

Agregaremos otro tipo de miedos que serían: miedo al rechazo, al ser ignorado, el ser amenazado, ha ser golpeado, o abusado.

⁵⁷ Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.



5.3 ¿Qué espera el niño maltratado del cirujano dentista?

“En la consulta psicológica y que también se incluiría la consulta médica y por su puesto la odontológica el niño maltratado espera recibir de ti como profesional básicamente cuatro cosas:

- Que le digas siempre la verdad “Confianza”
- Que lo respetes
- Que lo ayudes
- Que lo sanes⁵⁸

“Principalmente estos niños esperan protección, comprensión y mucha seguridad ante los adultos. Su forma de vivir les dice: los adultos son malos, los adultos son los que maltratan”⁵⁹.

“Un niño maltratado espera que tú identifiques que es un niño que está sufriendo agresión y que no está recibiendo atención, que identifiques al agresor y que le pongas solución al problema. Busca un trato agradable, una palmadita, una sonrisa, eso es muy importante para ellos...llegar a un lugar de paz y tranquilidad donde pueda recibir por lo menos un buen trato”⁶⁰.

⁵⁸ Entrevista a comunicación personal 21 de septiembre de 2008 11:15 am a Lic. Psicología Magdalena Popoca González.

⁵⁹ Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.

⁶⁰ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.



Reflexionemos: ¿Seremos lo suficientemente sinceros y humanos para hablarles siempre con la verdad?, ¿seremos capaces de ganarnos su confianza?, ¿tenemos la capacidad de brindarles el respeto que merecen?, ¿seremos lo suficientemente valientes para ayudarlos?, ¿tendremos en realidad la responsabilidad de tener todos los conocimientos necesarios para sanarlos? Estas son preguntas que tendremos que respondernos a nosotros mismos.



Fig 7. Foto con Tadeo “Ministerios Pan y Vida”. Fuente directa.



CONCLUSIONES

- Cuando la situación de maltrato no es tan evidente, establecer un diagnóstico de maltrato en odontología es realmente difícil. Se debe evitar implantar un tratamiento multidisciplinario en toda la familia, y después descubrir que se ha cometido un error y que el caso no corresponde al síndrome del niño maltratado.
- Para llevar a cabo con eficiencia y efectividad la detección, notificación e intervención del maltrato infantil, el odontólogo debe tener claros los conocimientos básicos y muy particulares del maltrato infantil.
- Un caso de maltrato infantil detectado por el cirujano dentista, debe ser dirigido siempre en conjunto de un equipo interdisciplinario.
- El odontólogo, antes de preocuparse del tratamiento dental del niño maltratado, debe comprender los sentimientos de éste, debe tener en cuenta que muy probablemente, el niño se sentirá aterrorizado y que en cualquier momento pueden venir a su mente todos los abusos que ha vivido.
- Para el niño, ser víctima de abusos y malos tratos significa un trauma; llamado “trauma de la infancia”; situación que enfrenta cuando se le somete al tratamiento dental.
- La percepción que tenga un niño maltratado respecto al tratamiento dental, va a depender de múltiples factores: edad, temperamento, carácter, tipo de maltrato recibido, intensidad y gravedad del maltrato, y evidentemente su relación con sus padres en el hogar.
- El niño maltratado en la consulta dental teme a:
 - a) Los miedos naturales del mismo niño: Inyección, dolor, le teme al médico y al dentista.



- b) Le va a temer a encontrar cualquier similitud en el dentista que le recuerde a su agresor y a la situación de agresión que pudo haber vivido.
 - c) Miedo al rechazo, a ser ignorado, a ser amenazado, a ser golpeado, o abusado.
- Evidentemente, si tenemos en mente lo que un niño maltratado a tenido que pasar, pensamos inmediatamente que la percepción que tiene el niño con respecto al dentista y al tratamiento dental va a ser siempre terrible, sin embargo, muchos de estos niños tienen una necesidad afectiva enorme, por lo que tienen una facilidad realmente abrumadora de adaptarse con personas que desconocen. Lo anterior nos hace concluir que no todos los niños que sufren maltrato van a tener una percepción negativa al dentista y al tratamiento dental, ya que muchos de los niños que han sufrido maltrato son extremadamente complacientes con las personas desconocidas, por lo que esta situación, puede convertirse en algunos casos, una gran ventaja para el odontólogo. Si el niño se siente protegido, aceptado importante para el odontólogo, seguramente colaborará positivamente en la consulta dental.



BIBLIOGRAFÍA

Barberia, E. Leache, Odontopediatría, Ed. Masson, 2da edición, Barcelona. 2002. Pp 432

Boj Juan R, Cátala Monserrat, García Ballesta Carlos, Mendoza Asunción, Odontopediatría Ed. Masson.2004. Pp 372

Casado Flores, J.; Díaz Huertas, J. A.; Martínez González, C. (Ed.). Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997. Pp 380

Sacroisky Gloria Comité de familia y salud mental. Comités de la SAP Arch. Argent. Pediatr 2003; 101(1).

Concha-Eastman, Alberto and Krug, Etienne. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev. Panam Salud Pública, Oct. 2002, vol.12, no.4, p.227-229. Cap. 3

Entrevista a comunicación personal 21 de septiembre de 2008 11:15 am a Lic. Psicología Magdalena Popoca González.



Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.

Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:30pm al Lic. Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez miembro del DIF Querétaro en el centro de Diagnóstico de Salud mental.

Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.

Escobar Muñoz Fernando, Odontología Pediátrica, 2da. Edición, 2004, Edit. Amolca, pp 534

Fernández Eduardo Daniel. De los malos Tratos en la niñez y otras crueldades. Editorial Distribuidora Lumen, 2002. Pp 221

Gobierno Metropolitano de Tokio la página principal; 2007-2008
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2003/06/22d6h301.htm>

<http://embarazo10.com/2008/05/26/el-estres-como-contaminante-social-y-sus-efectos-sobre-la-ninez/>



<http://www.pediatria.gog.mx/cainmtipo.html>

Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI).

Loredo Abdala Arturo. Maltrato al menor. Ed, Interamericana Mc Graw Hill.
1ra. Edición, 1994. Pp 162

Mont María Elene, Hermosilla Wladimir, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120

Mc Mouren.Simeoni. Actualite du syndrome de estrés post-traumatique chez l'enfant. Séance du lundi. Vol. 152. N° 10 1994. Pp.: 685-688.

Mieggimolle, Mónica, Planells, Paloma. Manejo de la conducta del paciente Maltratado. Vol. 40 No. 3 2002 <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/index.htm>

National Traumatic Stress Network. Entendamos el estrés traumático infantil".2004.www.NCTSNet.org.



Perea MA, Loredó-Abdalá A, cols. El maltrato al menor: Propuesta de una definición Integral. Bol Med Hosp Infant Méx. 2001; 58:251-258.

Peretz, B. Zadik, D.Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. Pediatric Dentistry, Vol 21, N° 3, June, 1999. Pág. 201-203

Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 2da ed. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill pp. 735

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

Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. Public Health Dent. 2008 Spring; 68(2):94-101

Villanueva Badenes Lidón, Clemente Esteban Rosa Ana, *Collecció Psique 4, El menor ante la violencia: Procesos de Victimizació,* Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L. 2002, Pp 169.



4. FACTORES QUE AFECTAN LA PERCEPCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO FRENTE AL TRATAMIENTO DENTAL.

Si pudiera entrar en la mente y el corazón de un niño víctima de malos tratos, buscaría en sus sentimientos y pensamientos al odontólogo. Sería realmente interesante, lograr descubrir los sentimientos que experimenta el niño maltratado justamente cuando este se encuentra frente al odontólogo, a punto de ser sometido al tratamiento dental. Si bien es cierto, estos sentimientos y pensamientos serán influidos en su totalidad por el medio ambiente familiar en el que el niño se encuentra inmerso, y que hablando de un niño que ha sufrido malos tratos, en donde las condiciones ambientales han sido terribles para él, no es difícil pensar que la impresión que tendrá este niño violentado hacia el tratamiento dental y al odontólogo, serán seguramente muy negativas. Por lo que es muy importante el conocer su relación con su familia, y por supuesto reconocer que el niño está viviendo en efecto, una situación traumática.

4.1 Conducta del adulto agresor dentro del ámbito familiar

Hay cinco tipos de conducta en el adulto perpetrador que ejerce sobre el niño y que sin duda alguna, estas influirán totalmente en el estado de ánimo del niño.

- 1. Rechazar.** Tiene que ver con el repudio al niño; su conducta, forma de ser, sus manifestaciones, su afecto, tanto dentro de la familia



como públicamente. Se ve en la minimización, en la descalificación, en el constante insulto y degradación.

2. **Ignorar.** Modo de vínculo extremo respecto del rechazo. El niño es como si no existiera para el adulto; se establece así un patrón de comunicación o de vinculación con el niño en el cual no se va a satisfacer ninguna de sus necesidades o estímulos (necesidades físicas y materiales, demostración de afecto, aprobación, cariño, comprensión, contención y aún, si se quiere, de disciplina). Ignorar al niño es el límite del rechazo.
3. **Aislar.** Coartar el acceso del niño a cualquier forma de relación social exterior a la familia, para evitar que se vincule con algún adulto positivo, inmediato o extenso. Se deja al niño encerrado, evitando que salga, que vea la televisión, que tenga contacto con figuras positivas.
4. **Infundir temor.** Se intimida al niño como forma de disciplinarlo. Se le amenaza tanto con cuestiones o agresiones físicas como psíquicas: “Te voy a dar en adopción”, si no estudias.” Se le introduce en una pauta de temor, de terror como forma de que se discipline y aprenda.
5. **Corromper.** Comprende aquellas conductas que el adulto inculca activamente en el niño a efectos de que desarrolle pautas de conducta antisociales. Enseñarle a robar, a mentir para hacer trampa y obtener un beneficio, a hacer daño a los demás. Involucrar activamente al niño a conductas antisociales e incluso a actividades delictivas y de abuso sexual³⁹.

³⁹ Fernández. Op. Cit., Pp60-63



4.2 El maltrato como una situación traumatizante para el niño y sus efectos en su psicología.

Como hemos visto, el maltrato infantil existe en muchas variedades y puede ocurrir a diferentes edades del niño, con diferentes intensidades, por periodos de duración variables y en lugares distintos. Cada menor expuesto a situaciones de maltrato posee características individuales, pasa por momentos especiales de su desarrollo y tiene relaciones únicas con sus figuras paternas y maternas; además, en su vida de niño, contempla y vive experiencias particulares que dan un matiz muy personal a la vivencia del maltrato. De manera semejante, en etapas posteriores de su desarrollo o durante su infancia maltratada, hay muchas otras vivencias y relaciones que lo influyen, agravando o mejorando sus temores, su autoestima, sus expectativas e ilusiones.

A pesar de esa gama de variantes es posible tener algunos factores comunes en relación con el efecto que deja el maltrato en las áreas psíquicas del niño, cognoscitivas, sociales y de relación del niño.

Dentro de las manifestaciones psicológicas que se observan como consecuencia del maltrato físico se encuentra en primer lugar una pobre autoestima, ya que son niños que han vivido constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; por ejemplo, ellos crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivió el trato irrespetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo.

Aunado a esa pobre autoestima, que se reflejara en todos los actos de su vida, se encuentra un escaso sentido de identidad, que aún cuando se reconozca como niño o niña, le será más difícil sentirse integrado como



totalidad que crece y siente. Se percibe inadecuado a su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos e inseguro de quién es y qué clase de persona es. A esta fragilidad en la autoestima y en el sentido de identidad se le agrega cierta incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan; en lo cotidiano se siente sobrecargado y desorganizado.

La inconstancia en la interacción madre-hijo proporciona al niño un sentido de realidad poco confiable; él no puede utilizar sus recuerdos con claridad para prever qué consecuencias tendrá determinado acontecimiento; le es difícil establecer una relación objetiva de la realidad en función de sus experiencias.

Por lo consiguiente, son niños y adultos que se hallan constantemente buscando claves sobre lo que está pasando en su ambiente y eso contribuye a ese cierto temor paranoide y de desconfianza que se observa a menudo en estas personas, ya sea en la edad infantil o la adulta.

Esta dificultad para coordinar y organizar su mundo interno de manera concordante a su realidad externa influye en la mayoría de las ocasiones el niño tiene problemas de lenguaje y de aprendizaje. El aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos, así como las conductas de agresividad.

Aún cuando estos niños crecen con esa constante necesidad de ser queridos, de sentirse parte de un ambiente, de ser aceptados por un grupo y de poder expresar sus sentimientos de enojo y agresión, no encuentran la manera fácil de hacerlo, terminando en el refugio de la soledad o en la adhesión a grupos parasociales.



Desde pequeños viven con el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran a su edad adulta, buscando cualquier aprobación que los rodea. Con estos comportamientos, los niños escolares se hallan temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y de los demás compañeros pero también para detectar cualquier mínimo signo de desaprobación y de crítica. Existe una hipersensibilidad en cuanto a la identificación de cualquiera manifestación de desaprobación. La respuesta a estos sentimientos es de depresión, enojo y desesperanza⁴⁰.

Respecto al maltrato por negligencia uno de los problemas que presentan los niños de edad preescolar que presentan el síndrome del niño maltratado es la carencia afectiva. Los signos asociados a la carencia efectiva durante la primera infancia son:

- ❖ Falta de contacto visual
- ❖ Indiferencia hacia las otras personas
- ❖ Rostro inexpresivo o gestos faciales que no establecen contacto social.
- ❖ Escaso interés en vestirse y alimentarse solo
- ❖ No demuestra ansiedad en respuesta a extraños.
- ❖ Lenguaje pobre y sin inflexiones vocables o ausencia de lenguaje.
- ❖ Excesivo rocking (acunamiento)
- ❖ Falta de respuesta de ansiedad frente a la separación de los padres⁴¹.

En cuanto a los menores que han sido víctimas de abuso sexual, las manifestaciones psicológicas serán también muy variables, dependiendo de ciertos aspectos externos. El abuso intrafamiliar es más dañino que el causado por un extraño, ya que el primero es ocasionado por una persona en la que se ha confiado y además, porque bajo este problema hay toda una

⁴⁰ Loredo. Op. Cit., pág 108

⁴¹ Casado. Op. Cit., Pp. 142-143.



conflictiva familiar que dificulta la posibilidad de un apoyo. En aquellas situaciones donde a los niños no se les cree, sino que por el contrario se les acusa de la responsabilidad y culpabilidad de lo sucedido, resulta aún más grave el problema. La experiencia se vuelve más traumática cuando se utiliza violencia o fuerza y cuando el agresor es mayor. Tanto niñas como niños que han sido expuestos a conductas de abuso sexual, presentan escasa autoestima y pobre sentido de identidad, lo cual es especialmente evidente en su identidad sexual.

Los varones tienden a sentirse más avergonzados y denigrados por las experiencias infantiles de abuso sexual; las niñas tienden a sentirse denigradas y sucias. Ambos viven con un sentimiento, en ocasiones inconsciente, de miedo y coraje ante las figuras de autoridad y hacia aquellos que quienes se sintieron explotados y que ahora temen que puedan volver a hacerlo. Un número importante de estos menores cuando crecen, realizan actividades de prostitución y promiscuidad sexual, presentan problemas en el funcionamiento sexual con sus parejas, algunos crean una aversión a la actividad sexual, otros permanecen célibes y otros quedan en una postura homosexual⁴².

Las mujeres cargan con un sentimiento de desesperanza y presentan tendencias abiertas al suicidio; se apegan frecuentemente a personas sádicas y ellas continúan un papel masoquista.

Generalmente las experiencias sexuales en la infancia se mantienen en secreto y difícilmente se comunican aún en largos procesos psicoterapéuticos; los varones tienden más a no hablar de estas experiencias, resintiéndose intensamente en su identidad masculina: la sienten frágil y se cuestionan si son homosexuales o no.

⁴² Loredo. Op. Cit., Pp. 108-109



En resumen, las manifestaciones de los menores agredidos sexualmente incluyen que son niños que tienden al aislamiento social, con escasas relaciones grupales; hay conductas masturbatorias más abiertas y más intensas, así como mayor participación en juegos sexualizados.

4.3 Trauma de la infancia y trastorno de estrés pos-traumático: una problemática que enfrenta el niño maltratado frente al tratamiento dental

El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el paciente, y que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca ruptura de sus mecanismos de defensa. El trastorno será más grave y duradero cuando el agente estresante sea un ser humano y el efecto será mayor o menor según la intensidad y cercanía de la víctima a ese agente estresante⁴³.

A ese trastorno que se desarrolla después del abuso sexual y del maltrato físico se le conoce con el nombre de estrés postraumático. El trastorno por estrés post traumático pertenece a la categoría de los trastornos de ansiedad. Consistente en un grupo de síntomas que se desarrolla, con un período de latencia variable, después de un acontecimiento que está por fuera de los márgenes usuales de la

⁴³ Mieggiolle, Mónica, Planells, Paloma. "Manejo de la conducta del paciente Maltratado". Volumen 40 N° 3. 2002 <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/index.htm>



experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia⁴⁴.

Determinadas variables pueden potenciar el carácter lesivo del suceso traumático. Cuanto más cercana sea la relación entre la víctima y el agresor; si el suceso se dio dentro del hogar; que tan repetitivo, crónico y reiterado fue el abuso.

El trastorno de estrés post traumático (TEPT) se presenta a cualquier edad y la sintomatología puede aparecer meses o años después del trauma. El curso es altamente variable: puede ser fluctuante, crónico o autolimitado y depende de la severidad, tipo de estresor, de su cronicidad, de las características del niño y su historia previa, de la calidad del apoyo social, de la presencia de estresores asociados y los sucesos posteriores al evento, entre otros.

En general el estrés más severo tiene un curso más prolongado. El curso crónico se puede esperar cuando el niño ha sido sometido a múltiples injurias, ha presenciado numerosas pérdidas de vida o destrucción masiva. También tiende a cronificarse cuando hay sentimientos de culpa por responsabilidades en daño a otros, y participación en procedimientos penales y civiles asociados.

Los niños con TEPT presentan una amplia variedad de reacciones al trauma, la que incluye conductas regresivas, ansiedad, miedos, somatizaciones, depresión, problemas de conducta, aislamiento, déficit de atención y trastornos del sueño. En los niños más pequeños es frecuente la regresión o la pérdida de habilidades recientemente adquiridas, tales como la enuresis y encopresis; también pueden pedir ayuda para realizar tareas

⁴⁴ Mc Mouren.Simeoni. "Actualite du syndrome de estrés post-traumatique chez l'enfant". Séance du lundi. Vol. 152. N° 10 1994. Pp.: 685-688.



que ya dominaban; tales como vestirse, lavarse o presentar una regresión en sus habilidades lingüísticas algunos se ponen agresivos y otros se tornan pasivos.

En los escolares se han encontrado, exacerbación de trastornos de aprendizaje y de conducta y depresión en algunos. En los adolescentes se asocia más al consumo de sustancias y depresión. La frecuente asociación entre depresión y TEPT crónico se puede explicar por:

- a) Intrusión permanente de recuerdos y depresión secundaria a éstos.
- b) TEPT crónico que altera las relaciones familiares.
- c) El TEPT incluye dificultades de adaptación que facilitan las adversidades posteriores⁴⁵.

El trauma de la infancia según Terr se clasifica en: trauma tipo I y tipo II. En el tipo I hay un evento único, no anticipado, que se asocia con los síntomas de estrés post traumático de repetidas experiencias. Estos niños recuerdan detalles de la situación, presentan “augurios”, distorsiones cognitivas y errores perceptivos, los que pueden formar la base para un cambio de personalidad, así como en las relaciones interpersonales y actitudes. En cuanto al tipo II ocurre como respuesta a un estresor crónico, pudiendo haber miedo o ausencia de sentimientos respecto al trauma inicial. Incluye estrategias de defensa y manejo como la negación, represión, disociación, “auto-hipnosis”, identificación con el agresor y conducta autodestructiva⁴⁶.

⁴⁵ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120

⁴⁶ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120



4.3.1 La gravedad y duración de las reacciones de estrés postraumáticos como factor influyente en la conducta del niño maltratado frente al tratamiento dental

Las reacciones de los niños y de los adolescentes al estrés post-traumático pueden caer en una escala entre leve y grave, pueden durar por pocos o muchos años, y mejorarse de vez en cuando pero sólo para empeorar en distintas ocasiones. Para entender estas diferencias hay que partir de la gravedad de la experiencia que tuvo el niño. Hay dos modos de juzgar la gravedad.

Primero, es importante tener en mente los detalles de lo que el niño ha tenido que pasar. Considerar que el niño está atrapado y que su padre le disparó con un rifle; un niño que está presenciando a uno de sus padres apuñalar al otro y que tiene que socorrer al herido hasta que llegue un adulto a prestar ayuda; un niño que tiene que soportar el maltrato continuo y cada vez más violentos de uno de sus progenitores o de las personas que están a cargo de su cuidado; un adolescente que fue ultrajada por las personas que están a su cuidado.

En general, mientras peor sea la violencia, mientras más amenazas y heridas, mientras más veces haya presenciado daños y muertes grotescas, más graves y posiblemente duraderas serán las reacciones de estrés post-traumático. Segundo, la experiencia subjetiva que el niño ha tenido de lo que ha sucedido explica también la gravedad y duración de sus reacciones de estrés post-traumático.

Es importante entender cuán aterrorizado, espantado o impotente se siente el niño, y también hasta qué grado teme que lo hirieran o que lo maten a él o a un ser querido. Por otra parte, la experiencia de violación de



su cuerpo o de verse traicionado por uno de sus padres o por la persona a cargo de su cuidado puede conducir a reacciones más graves⁴⁷.

P. Planells del Pozo y L. Gallegos López, mencionan que dependiendo de la tipología y manifestaciones del niño en situación de estrés postraumáticos, el menor puede presentar fundamentalmente dos tipos de reacciones:

1. **Trauma de tipo I** (resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único). Aquella en la que el niño presenta un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de la confianza como resultado del episodio de malos tratos (es muy similar a la tipología del niño cooperador tenso).
2. **Trauma de tipo II** (resultado de una larga o repetida exposición al maltrato). Aquella en la que el paciente presenta una conducta destructiva y agresiva que, normalmente, intenta imposibilitar el tratamiento (similar al niño con aversión a la autoridad).⁴⁸

⁴⁷ National Traumatic Stress Network. "Entendamos el estrés traumático infantil". 2004. www.NCTSN.org.

⁴⁸ Boj. Op. Cit., pág. 433.



5. LA CONSULTA DENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL NIÑO MALTRATADO

¿A qué le teme el niño maltratado en la consulta dental? Esta es una pregunta, que seguramente sólo preguntándole al mismo niño podríamos responder con certeza. Y que sin embargo, pese a que no es tan sencillo poder tener comunicación directa con estos pequeños, si podremos descubrir más acerca de sus sentimientos y miedos recopilando testimonios importantes con las personas que viven o han tenido contacto directo con niños que han sido víctimas de tratos tan crueles como los que nos serán revelados en este capítulo.

5.1 Miedo. ¿A qué le teme el niño?

El miedo es la reacción frente a una amenaza externa real y corresponde en el plano psicológico a la respuesta física del dolor⁴⁹. En realidad desde la perspectiva del niño, no hay realmente incentivos para cooperar o exponerse a situaciones de aspecto peligroso. Si tuviera una opción, es posible que no elija ser separado de su mamá, someterse con entusiasmo a anestesia local, o abandonar sus juegos, o su programa favorito de televisión, trátase o no de un niño maltratado.

El dentista debe buscar la manera de agradecer y felicitar, para un niño maltratado el resto del mundo esta tan ansioso de señalar sus errores que queda a algunos adultos la posibilidad de felicitarlos cuando lo hacen bien. En la mente del niño esta, sobre todo, la incertidumbre acerca de lo que le será requerido y el grado de molestia que significara. El dentista debe

⁴⁹ Barbería, E. Leache, “Odontopediatría”; Ed. Masson, 2da. Edición, 2002, Barcelona.



tener la habilidad de ponerse en lugar del niño (trato de entender cómo te sientes, siendo más afectivo, en periodos difíciles.

La primera infancia esta por lo general protegida por el miedo. Los temores pueden ser racionales e irracionales, pero, en cualquier caso, su fundamento se establece en la experiencia del niño los niños de esta edad le temen a los ruidos fuertes, desplazamientos bruscos, lugares, objetos extraños, soledad y al dolor.

El período máximo de temores específicos es la edad preescolar, en donde el niño le teme a los médicos, dentistas, fantasmas y esqueletos En el período preescolar tardío, es normal que el niño tema a la obscuridad, a quedarse solo, a lo imaginario y a lo sobrenatural⁵⁰.

Los niños difieren en cuanto a temperamento, inquietudes y miedos, puntos fuertes de su personalidad y modo de manejar los problemas. Por ejemplo, los niños ansiosos responden con más miedo, pueden reaccionar a los recordatorios del trauma con más temor de que vuelvan a suceder y tal vez tengan más dificultad para tranquilizarse o para sentirse seguros. Es posible que tengan más dificultad para determinar el peligro a una situación posterior⁵¹.

⁵⁰ Escobar Muñoz Fernando, Odontología Pediátrica, 2da. Edición, 2004, Edit. Amolca, Pág. 24

⁵¹ National Traumatic Stress Network. "Entendamos el estrés traumático infantil".2004.
www.NCTSNet.org.

5.2 ¿A qué le teme un niño maltratado en la consulta dental?

Un niño con miedo representa un reto enorme para el odontólogo. Estos miedos incluyen temor a las agujas (fig 6), miedo a la lesión corporal y temor a lo desconocido, en general⁵².



Fig 6. Miedo a las jeringas. En los dibujos de los niños aparecen con toda claridad las causas de sus miedos ante la perspectiva de la visita al dentista. En ellos, la jeringa tiene un papel destacado⁵³.

La etiología del miedo en el consultorio dental es multifactorial⁵⁴. El grado de temor, que depende de la forma en que el niño percibe la situación, se vincula con la experiencia del propio niño y con el ambiente.

⁵² Boj. Op. Cit., pág. 261

⁵³ Waes Van, Hubertus. Atlas de Odontología Pediátrica. Ed. Masson, Barcelona, España, 2002. Pág 155



El miedo puede ser factor desencadenante de una crisis conductual durante la visita al dentista, pero es difícil saber si la no cooperación del niño se debe al miedo o bien a la causa es otra o multifactorial.

Boj Quesada menciona que el niño puede exagerar sus temores debido a otros problemas emocionales en su vida (p.ej., niños provenientes de hogares en crisis, niños que sufren abusos).

La ansiedad también es frecuente. Lo más común es un aumento de los miedos específicos o fobias, especialmente frente a situaciones claves que recuerden el estresor, la ansiedad de separación, y algunos señalan un trastorno de ansiedad generalizada⁵⁵.

La Lic. En Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez nos dice lo siguiente. “Yo creo que el niño te va a tener mucha desconfianza, va a tener más resistencia, va a cooperar menos que un niño que no ha recibido maltrato. Se va resistir a que alguien más le haga sentir molestia o miedo. Su principal miedo es que tú también lo maltrates y lo rechaces... El niño maltratado siempre va a buscar la aprobación de los adultos, esta es la clave para lograr obtener su confianza. Te debes poner en sus zapatos por ejemplo si el niño te dice: “Tengo miedo”, tú debes responderle: “Yo también he sentido temor y me siento molesta cuando me hacen esto”. Si te dice: “no me gusta”, tú debes responder: “¿Qué crees, que a mí tampoco me

⁵⁴ Peretz, B. Zadik, D. Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatric Dentistry*, Vol 21, N° 3, June, 1999. Pág. 201-203

⁵⁵ María Elene Mont, Wladimir Hermosilla, Trastorno de estrés post-traumático en niños, *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2001; 39(2): 119-120



gusta?”. Debes de reconocer esas mismas sensaciones en ti para poder entenderlos a ellos. Se debe llevar a cabo este proceso empático”⁵⁶.

El Sr. Dionisio Mares López Director de la casa hogar “Ministerios pan y vida”, encargado de la salud tanto bucal, como médica, de los niños que han sido víctimas de maltrato, nos narra la experiencia que viven estos niños en la consulta dental.

“Cuando llegamos al consultorio dental el niño va tomado de mi mano fuertemente, esta conducta la he observado en todos los niños, es una conducta que ellos llevan a cabo, porque siento que de esa forma ellos se sienten más seguros. Llegó con el niño le voy explicando que lo van a revisar, lo acompaño hasta la camilla, cuando ve que se acerca el doctor, lo que primerito hace es voltear a verme, yo le digo con señas que está bien, el se tranquiliza. Aquí noto la gran inseguridad que ellos tienen, pero también la seguridad que llegan a tener cuando está presente alguien de confianza.

Cuando comienza el tratamiento no te pierde de vista, a lo mejor se distrae un poco por el ruido de los instrumentos, pero casi inmediatamente voltea para ver si no está solo, la experiencia le dice: ¡aguas porque te pueden dejar sólo y te pueden abandonar! Esta es la actitud que la mayoría de los niños tienen cuando visitan por primera vez el consultorio dental. Y ya después empiezan a conocer al dentista ven que no pasa nada y entonces el niño comienza a sentirse más confiado. Sin embargo hay casos pero pocos son los casos donde el niño de inicio no se deja atender, me imagino que viene a su mente todo lo que han vivido y no permite que se le revise,

⁵⁶ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:30pm al la Lic. Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez miembro del DIF Querétaro en el centro de Diagnostico de Salud mental.



hasta la tercera o cuarta vez que tienen oportunidad de ir. Cuando sucede esto es un caso especial, sabemos que su daño emocional es severo y tenemos que trabajar con él, platicarle y explicarle una y otra vez que lo van a revisar hasta que logramos convencerlo.

“Sí hay casos donde el niño no permite que un adulto este cerca de él” y te voy a platicar por qué:

Muchos de los niños que nosotros atendemos aquí, aparte del maltrato que reciben en la familia nos han contado que aparte de este maltrato, y cuando los corren de su casa, la misma gente de la comunidad los maltrata... y es por eso que no tienen nada de confianza a un adulto. Obviamente, adulto que se acerca a ellos piensan que este les va hacer daño. Es tan marcado, lo traen tan adentro, hasta que no saben quién eres, permiten el contacto, pero si no te conocen no permiten ningún contacto.

¿Qué tipo de maltrato ha sufrido un niño que no permite el contacto con un adulto?

Tenemos un caso donde el niño vivía con sus papas y hermanos en una comunidad de Querétaro y todo estaba bien...Hasta que el niño sufre una enfermedad...requiere que este sea hospitalizado, el médico explica al papá que es necesario una transfusión de sangre y para esto tiene que firmar el padre, este firma que está de acuerdo, se lleva a cabo la transfusión, el niño sale del hospital se va a su casa y a partir de ese día el padre le dice al niño: ¡Tú ya no eres mi hijo, porque tú ya no eres de mi sangre! La madre y los hermanos adoptan la actitud del padre, lo corren de su casa en la madrugada, lo sacan de su casa a golpes, le avientan agua fría para que se vaya, busca protección con los vecinos, estos lo insultan y le pegan, dormía bajo una banca en el parque o en el atrio de alguna iglesia,



un día tuvo hambre y va a buscar de comer a su casa, su familia lo corre, el padre le avienta el nixtamal ardiendo en el cuerpo. El niño tiene el lado derecho del cuerpo totalmente quemado. Cuando el niño llega aquí nadie se podía acercar a él ni yo pude, porque hacia una mueca de terror como diciendo: tú que me vas a hacer. “me costó tres meses establecer contacto con este niño hasta que por fin lo pude abrazar y le dije: yo te quiero y él me cuenta lo que pasó. Hace 6 años que llegó este caso, ahora el niño ya es un joven. La primera vez que llevamos a este niño al dentista, no se dejó revisar. No permitía que el odontólogo se le acercara. Fue como hasta la tercera cuarta cita cuando el niño pudo ser atendido y yo me tuve que sentar con él abrazándolo, solamente así lo pudieron atender”⁵⁷.

Con lo anterior dicho ahora podemos dar nuestra respuesta a la pregunta realizada en este capítulo:

El niño maltratado en la consulta dental teme a:

1. Los miedos naturales del mismo niño: Inyección, dolor, le teme al médico y al dentista.
2. Le va a temer a encontrar cualquier similitud en el dentista que le recuerde a su agresor y a la situación de agresión que pudo haber vivido.

Agregaremos otro tipo de miedos que serían: miedo al rechazo, al ser ignorado, el ser amenazado, ha ser golpeado, o abusado.

⁵⁷ Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.



5.3 ¿Qué espera el niño maltratado del cirujano dentista?

“En la consulta psicológica y que también se incluiría la consulta médica y por su puesto la odontológica el niño maltratado espera recibir de ti como profesional básicamente cuatro cosas:

- Que le digas siempre la verdad “Confianza”
- Que lo respetes
- Que lo ayudes
- Que lo sanes⁵⁸

“Principalmente estos niños esperan protección, comprensión y mucha seguridad ante los adultos. Su forma de vivir les dice: los adultos son malos, los adultos son los que maltratan”⁵⁹.

“Un niño maltratado espera que tú identifiques que es un niño que está sufriendo agresión y que no está recibiendo atención, que identifiques al agresor y que le pongas solución al problema. Busca un trato agradable, una palmadita, una sonrisa, eso es muy importante para ellos...llegar a un lugar de paz y tranquilidad donde pueda recibir por lo menos un buen trato”⁶⁰.

⁵⁸ Entrevista a comunicación personal 21 de septiembre de 2008 11:15 am a Lic. Psicología Magdalena Popoca González.

⁵⁹ Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.

⁶⁰ Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.



Reflexionemos: ¿Seremos lo suficientemente sinceros y humanos para hablarles siempre con la verdad?, ¿seremos capaces de ganarnos su confianza?, ¿tenemos la capacidad de brindarles el respeto que merecen?, ¿seremos lo suficientemente valientes para ayudarlos?, ¿tendremos en realidad la responsabilidad de tener todos los conocimientos necesarios para sanarlos? Estas son preguntas que tendremos que respondernos a nosotros mismos.

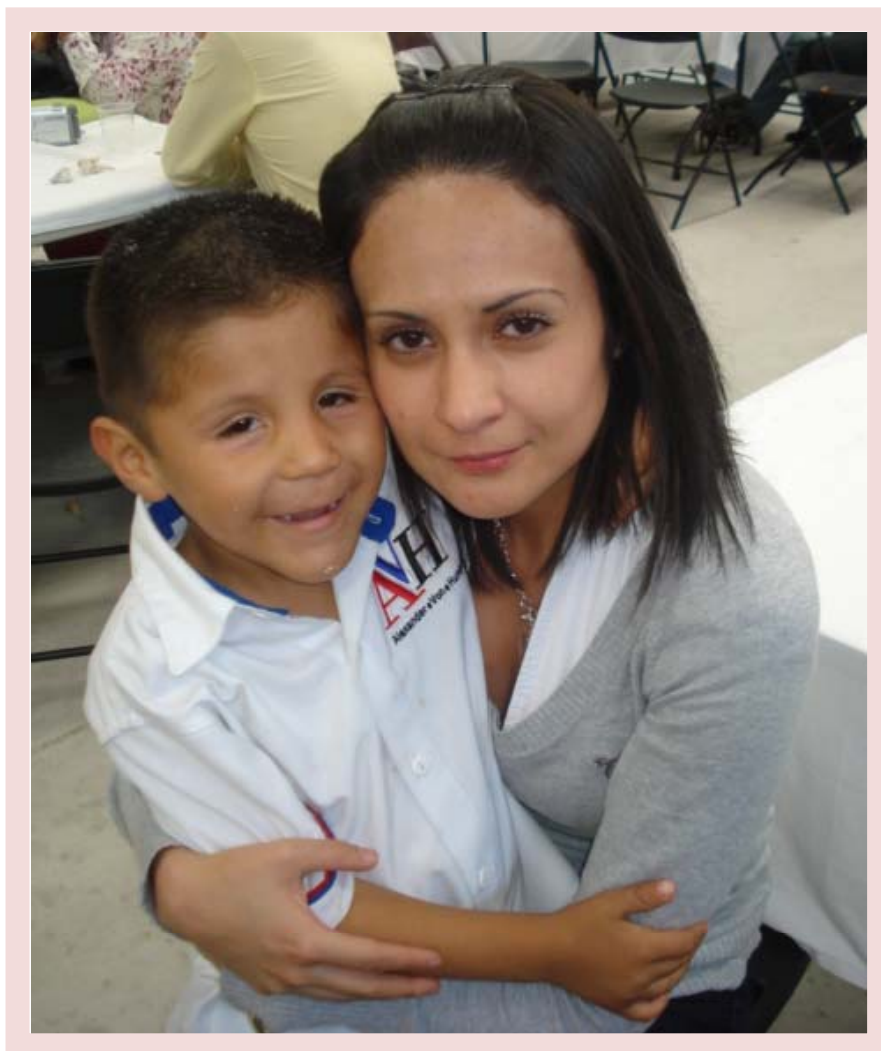


Fig 7. Foto con Tadeo “Ministerios Pan y Vida”. Fuente directa.



CONCLUSIONES

- Cuando la situación de maltrato no es tan evidente, establecer un diagnóstico de maltrato en odontología es realmente difícil. Se debe evitar implantar un tratamiento multidisciplinario en toda la familia, y después descubrir que se ha cometido un error y que el caso no corresponde al síndrome del niño maltratado.
- Para llevar a cabo con eficiencia y efectividad la detección, notificación e intervención del maltrato infantil, el odontólogo debe tener claros los conocimientos básicos y muy particulares del maltrato infantil.
- Un caso de maltrato infantil detectado por el cirujano dentista, debe ser dirigido siempre en conjunto de un equipo interdisciplinario.
- El odontólogo, antes de preocuparse del tratamiento dental del niño maltratado, debe comprender los sentimientos de éste, debe tener en cuenta que muy probablemente, el niño se sentirá aterrorizado y que en cualquier momento pueden venir a su mente todos los abusos que ha vivido.
- Para el niño, ser víctima de abusos y malos tratos significa un trauma; llamado “trauma de la infancia”; situación que enfrenta cuando se le somete al tratamiento dental.
- La percepción que tenga un niño maltratado respecto al tratamiento dental, va a depender de múltiples factores: edad, temperamento, carácter, tipo de maltrato recibido, intensidad y gravedad del maltrato, y evidentemente su relación con sus padres en el hogar.
- El niño maltratado en la consulta dental teme a:
 - a) Los miedos naturales del mismo niño: Inyección, dolor, le teme al médico y al dentista.



- b) Le va a temer a encontrar cualquier similitud en el dentista que le recuerde a su agresor y a la situación de agresión que pudo haber vivido.
 - c) Miedo al rechazo, a ser ignorado, a ser amenazado, a ser golpeado, o abusado.
- Evidentemente, si tenemos en mente lo que un niño maltratado a tenido que pasar, pensamos inmediatamente que la percepción que tiene el niño con respecto al dentista y al tratamiento dental va a ser siempre terrible, sin embargo, muchos de estos niños tienen una necesidad afectiva enorme, por lo que tienen una facilidad realmente abrumadora de adaptarse con personas que desconocen. Lo anterior nos hace concluir que no todos los niños que sufren maltrato van a tener una percepción negativa al dentista y al tratamiento dental, ya que muchos de los niños que han sufrido maltrato son extremadamente complacientes con las personas desconocidas, por lo que esta situación, puede convertirse en algunos casos, una gran ventaja para el odontólogo. Si el niño se siente protegido, aceptado importante para el odontólogo, seguramente colaborará positivamente en la consulta dental.



BIBLIOGRAFÍA

Barberia, E. Leache, Odontopediatría, Ed. Masson, 2da edición, Barcelona. 2002. Pp 432

Boj Juan R, Cátala Monserrat, García Ballesta Carlos, Mendoza Asunción, Odontopediatría Ed. Masson.2004. Pp 372

Casado Flores, J.; Díaz Huertas, J. A.; Martínez González, C. (Ed.). Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997. Pp 380

Sacroisky Gloria Comité de familia y salud mental. Comités de la SAP Arch. Argent. Pediatr 2003; 101(1).

Concha-Eastman, Alberto and Krug, Etienne. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev. Panam Salud Pública, Oct. 2002, vol.12, no.4, p.227-229. Cap. 3

Entrevista a comunicación personal 21 de septiembre de 2008 11:15 am a Lic. Psicología Magdalena Popoca González.



Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:00pm al Médico pediatra Horacio Bribiesca López miembro del Hospital de especialidades del niño y la mujer en Querétaro.

Entrevista a comunicación personal 27 de septiembre de 2008 11:30pm al Lic. Psicología Claudia Verónica Ruiz Sánchez miembro del DIF Querétaro en el centro de Diagnóstico de Salud mental.

Entrevista a comunicación personal 28 de septiembre de 2008 a las 1:30 al Sr. Dionisio Mares López Director de Ministerios pan y Vida Querétaro.

Escobar Muñoz Fernando, Odontología Pediátrica, 2da. Edición, 2004, Edit. Amolca, pp 534

Fernández Eduardo Daniel. De los malos Tratos en la niñez y otras crueldades. Editorial Distribuidora Lumen, 2002. Pp 221

Gobierno Metropolitano de Tokio la página principal; 2007-2008
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2003/06/22d6h301.htm>

<http://embarazo10.com/2008/05/26/el-estres-como-contaminante-social-y-sus-efectos-sobre-la-ninez/>



<http://www.pediatria.gog.mx/cainmtipo.html>

Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI).

Loredo Abdala Arturo. Maltrato al menor. Ed, Interamericana Mc Graw Hill.
1ra. Edición, 1994. Pp 162

Mont María Elene, Hermosilla Wladimir, Trastorno de estrés post-traumático en niños, Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(2): 119-120

Mc Mouren.Simeoni. Actualite du syndrome de estrés post-traumatique chez l'enfant. Séance du lundi. Vol. 152. N° 10 1994. Pp.: 685-688.

Mieggimolle, Mónica, Planells, Paloma. Manejo de la conducta del paciente Maltratado. Vol. 40 No. 3 2002 <http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/index.htm>

National Traumatic Stress Network. Entendamos el estrés traumático infantil".2004.www.NCTSNet.org.



Perea MA, Loredó-Abdalá A, cols. El maltrato al menor: Propuesta de una definición Integral. Bol Med Hosp Infant Méx. 2001; 58:251-258.

Peretz, B. Zadik, D.Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. Pediatric Dentistry, Vol 21, N° 3, June, 1999. Pág. 201-203

Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 2da ed. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill pp. 735

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

Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. Public Health Dent. 2008 Spring; 68(2):94-101

Villanueva Badenes Lidón, Clemente Esteban Rosa Ana, *Collecció Psique 4, El menor ante la violencia: Procesos de Victimizació*, Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L. 2002, Pp 169.