

539



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PAPEL DEL ODONTOPEDIATRA ANTE
EL MALTRATO INFANTIL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ILIANA YADIRA VELASCO GARCÍA

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the director, Alejandro Hinojosa Aguirre.

DIRECTOR: C.D. ALEJANDRO HINOJOSA AGUIRRE



México

2001

292325



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres con afecto y eterno agradecimiento por el apoyo, guía y cariño que me brindaron durante la realización de mi carrera profesional, con admiración, amor y respeto.

A Dios por iluminarme y darme fuerza para llegar a la meta del camino y por estar siempre conmigo.

A las personas queridas, que han estado junto a mí apoyándome, durante toda mi carrera en los momentos buenos y malos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 Síndrome del niño maltratado.....	3
1.1. Antecedentes históricos.....	3
1.2. Definición.....	7
1.3. Tipos de maltrato infantil.....	9
CAPÍTULO 2 Maltrato físico.....	15
2.1. Factores de riesgo.....	15
2.2. Perfil del agresor.....	18
2.3. Perfil del niño agredido.....	21
2.4. Características clínicas.....	23
2.5. Características bucales.....	30
CAPÍTULO 3 Diagnóstico del maltrato infantil.....	33
3.1. Sospecha de maltrato.....	33
3.2. Indicadores de maltrato.....	38
3.3. Diagnóstico diferencial.....	43
CAPÍTULO 4 Atención multidisciplinaria.....	45
4.1. Conducta del odontopediatra.....	45
4.2. Instituciones que participan en la atención del niño maltratado.....	51
4.3. Informe del caso.....	54
4.4. Tratamiento y rehabilitación.....	57
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

INTRODUCCIÓN

El problema del maltrato infantil no es nuevo, siempre ha existido y ocurre en todas partes del mundo, sin importar clase social. Hay demasiados ejemplos históricos para confirmar los actos; pero es hasta los años 60's cuando un grupo de médicos observaron ciertas manifestaciones clínicas y radiológicas, dando así el nombre de "Síndrome del niño golpeado o maltratado"

La agresión física comienza a partir de que el padre o la madre tratan de corregir o imponer una disciplina por medio de la violencia física.

El abuso infantil no siempre es un trauma físico, sino que también hay otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico, el abuso sexual y la negligencia que deterioran la personalidad del pequeño.

El síndrome del niño maltratado, es un problema médico-social, por lo tanto involucra a toda la población que tiene alguna relación con niños, dando como resultado que el odontopediatra, responsable de la salud de los niños tenga la obligación de saber sobre el maltrato infantil su definición, clasificación, repercusiones, diagnóstico, a quien recurrir y los pasos a seguir para informar a las autoridades correspondientes con el propósito de brindar ayuda y dar tratamiento al niño agredido.

En México se dice que 4.000 niños anualmente son objeto del maltrato al menor, es una gran parte de la población infantil, que generalmente suelen tener menos de 5 años.

Estos pacientes casi siempre asisten a la consulta dental con una diferencia de horas o días de haber sido atacados físicamente. Los padres o tutores, alegan que las lesiones son accidentales, es por eso que el odontopediatra debe conocer y aplicar los indicadores del maltrato, que están presentes en el agresor, agredido y medio ambiente.

Estos indicadores sirven para realizar un diagnóstico correcto y así acudir a instancias dedicadas al fenómeno. Principalmente el DIF (desarrollo integral de la familia) que orienta al médico respecto a la conducta a seguir. En caso de sospecha y detección de maltrato; lo guía tanto para notificar el caso, así como para diagnosticar el síndrome, tratar al paciente y darle seguimiento con la finalidad de la rehabilitación del niño y la familia.

Este trabajo tiene como propósito recordar y dar a conocer los aspectos más importantes acerca del síndrome del niño maltratado. Que aunque muchas veces parece que no existe o lo desconocemos, sin duda el problema es real y esta muy cerca de cada uno de nosotros, este fenómeno tan grave se debe atacar con información y acudiendo a las autoridades correspondientes, pero sobre todo con la ayuda y cooperación, en el caso de los cirujanos dentistas del odontopediatra que es uno de los profesionistas médicos más cercano y preocupado por la salud infantil.

CAPÍTULO 1

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infantil es una situación que existe desde los albores de la humanidad. Durante siglos el maltrato infantil se ha justificado con el pretexto de “enseñar la disciplina”.

Es un problema Universal y al respecto Manterola afirma “El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad” (1)

Con el paso de los siglos las formas de maltrato al menor han cambiado de acuerdo con la época y la cultura; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie o bien como una forma de imponer disciplina. (2)

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias. La Biblia en el pasaje de Abraham, en el que se dice “Dios le dijo, toma a Isaac tu único hijo al que tanto amas y ofrecélo en holocausto”. (3)

También las ordenes dictadas por Herodes constituyen un ejemplo del fenómeno que se analiza ya que para evitar la pérdida de su reino, mandó matar a todos los recién nacidos de su época. Hubo un tiempo en que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Herodes. (2)

En la historia, 400 años a.C. Aristóteles decía: “Un hijo o esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. (3)

En el siglo IV d.C. en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. (1)

En Suecia un rey llamado Aun sacrificó a nueve de sus diez hijos con el afán de prolongar su vida.

En China, el Límite para procrear era de tres hijos y para efectuar una especie de control de natalidad, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes. La antigua costumbre de lisiar y deformar a los niños para que causaran lástima y así poder pedir limosna era una situación muy común tal y como la describe Charles Dickens en algunas de sus obras. (2)

Martin Lutero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, esto por creer que eran instrumentos del diablo. (4)

Más recientemente, Hitler, en su afán belicista y de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar Física y emocionalmente a millares de niños. Con la Revolución Industrial, los niños ingresaron al trabajo sistemático, en el que se les obliga a laborar turnos de 16 hrs o más. (2)

En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los Aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de los mismos; por ejemplo, la llegada de lluvias abundantes y a tiempo, buenas cosechas, término de epidemias y pestes. (3)

Los grupos Mazahuas obligaban al niño desobediente a mantener la cabeza inclinada sobre el humo que se producía al quemar chiles secos. (2)

En el código mendocino se encuentran castigos al menor que en la actualidad se consideran crueles pero que en sociedades como la Mexica, con una teocracia que imponía su religiosidad y mística guerrera por medio de terror, se piensa que dichos castigos eran congruentes. Entre ellos existían castigos como colocación de púas de maguey por desobediencia, quemaduras del pelo cuando el niño mentía, limitación de alimentos al ladrón. (2)

A pesar de la falta de documentación clínica, Médicos ingleses del siglo XIX fundaron en 1883 la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children, en la ciudad de Liverpool. (5)

Un antecedente de fundamental importancia en el estudio del Síndrome del Niño Maltratado (SNM), es el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad protectora de Animales al no existir instancia legal que la defendiera. (6)

A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países. (6)

En 1962, ante el número cada vez mayor de niños que llegaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver en Colorado, con lesiones no accidentales, Henry Kempe y Silverman organizaron un simposio sobre el abuso infantil en el encuentro anual de la American Academy Pediatrics. Asimismo, con objeto de

llamar la atención sobre la gravedad del problema, publicaron un artículo en el que se acuñó por primera vez el término Síndrome del Niño Maltratado. (5)

El primer informe en México del llamado “Síndrome del Niño Maltratado” se descubrió por los Servicios de Urgencias y Medicina del Hospital de Pediatría y fue presentado en junio de 1966. (2)

1.2. DEFINICIÓN

Es primordial establecer una definición adecuada del SNM para elaborar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han dedicado al tema, aquí mencionaremos varias de estas definiciones.

La primera definición fue dada por Kempe en 1962 quien define el Maltrato Infantil (MI) como: "El uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes". (1)

Para Wolfe es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración o de omisión por parte de quienes están a cargo del Niño". (7)

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor"(1)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos". (8)

La Clínica de Atención Integral al niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP). Concluyo con sus colaboradores como: "Toda agresión

u omisión intencional, dentro o fuera del hogar contra un menor (es) antes o después de nacer que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a la superioridad física y/o intelectual". (9)

El SNM es una entidad causada por una sicopatología familiar que hace víctima al niño en la época de su vida cuando se encuentra más indefenso, aprovechándose de su capacidad para canalizar hacia él una agresión largamente reprimida.

The Medical Journal of Australia define el SNM como "El maltrato físico y/o privación de alimento, cuidado y afecto, con circunstancias que implican que estos maltratos y privaciones no resultan accidentales". (10)

El SNM es una enfermedad social que incluye una lesión física o mental inflingida a un niño por los padres, tutores o responsables de su cuidado como resultado de descuido, negligencia o premeditación. (4)

Existen diferentes definiciones y todas muy similares, mi definición del niño maltratado es " El abuso de autoridad que tiene un individuo, la sociedad o una Institución, para realizar un acto, sobre un menor causándole una lesión en su salud, física, psicológica o emocional."

1.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Para poder abordar tan complejo problema y más aun si deseamos ser útiles en la tarea y prevención debemos manejar conceptos y definiciones, así como tener una mejor comprensión de la dimensión del tema.

Usualmente es raro encontrar un niño en el que el maltrato sea de un solo tipo; un niño golpeado es también maltratado emocionalmente; un niño que evidencia signos de falta de cuidado o negligencia frecuentemente también padece maltrato físico o emocional. (4)

Según la clasificación de la Organización Mundial para la Salud (OMS), el maltrato contra los niños y adolescentes se puede dividir en cuatro categorías:

- *Maltrato físico
- *Abuso sexual
- *Maltrato emocional o psicológico
- *Negligencia (11)

MALTRATO FÍSICO

La inflicción de dolor es el comportamiento violento más frecuente contra los niños, la persona a cargo de disciplinar al niño impone el castigo corporal pensando que así puede modificar los comportamientos que considera indeseables. La consecuencia más grave de este tipo de castigo es que conduce a más violencia. (11)

El maltrato físico es cualquier lesión física infringida al niño (hematomas, quemaduras, fracturas u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes,

tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con que se lastime al niño.

En la definición del maltrato físico es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño con el propósito de lastimarlo o injuriarlo. (12)

Aunque el padre o adulto a cargo puede no tener la intención de lastimar al niño, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño. (10)

ABUSO SEXUAL

En primer lugar, es necesario determinar claramente cuáles son las diferentes maneras de agresión sexual (AS), hoy en día se acepta que éstas pueden ser: Violación, Incesto, Agresión Indecente, Fomentar la Prostitución.

La definición que establece el National Center for Child Abuse and Neglect, señala el problema como: "Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando se emplea al primero para la estimulación sexual del perpetrador o de otra persona. (2)

Asimismo, se considera que puede cometer AS la persona menor de 18 años, cuando es bastante mayor que la víctima o cuando el perpetrador está en una posición de poder o de control sobre el niño. (4)

Schecter y colaboradores propusieron que se debe entender como AS aquella actividad en que se ven envueltos niños o adolescentes que no han entendido las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual y que, por lo tanto, no pueden

otorgar un consentimiento racional a los adultos. Debe incluirse en esta definición que el fenómeno ocurra entre individuos de distinta edad para satisfacción sexual de la persona mayor. (12)

Es importante señalar que el término de abuso sexual implica la existencia de un episodio traumático. Sin embargo, existen casos y situaciones en que la violencia no ocurre y por el contrario hay manipulación genital, besos o exhibicionismo por parte del agresor.

Todas las definiciones incluyen el factor sexual realizado por un adulto hacia un menor, con o sin el consentimiento de este último. El fenómeno de AS puede ser intra o extrafamiliar, y es el incesto el modo más común del abuso intrafamiliar.

MALTRATO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO

Esta es una de las formas más sutiles pero también más extendidas de maltrato infantil.

Son niños habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados. Se les somete en forma permanente a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia. (11)

El maltrato psíquico, se entiende como tal a toda aquella acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones de magnitud suficiente para afectar la dignidad, alterar su bienestar o incluso perjudicar su salud.

Actos de privación de la libertad como encerrar a un hijo o atarlo a una cama, no solo pueden generar daño físico, sino seguramente afecciones psicológicas severas.

Lo mismo ocurre cuando se amenaza o intimida permanentemente al niño, alterando su salud psíquica. (12)

Kieran y O'hagan hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico.

En relación con el primero indican: "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación), lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social". (1)

El maltrato psicológico "Es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras), que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social". (1)

NEGLIGENCIA

Tanto el abandono como la negligencia pueden constituir una forma insidiosa de causar daños graves, y si no interviene un médico pueden persistir, en ignorancia, por mucho tiempo. La negligencia implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. (11)

En la negligencia física se incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

La negligencia referida a la nutrición consiste en no proporcionar al niño las calorías suficientes, bien por alimentación escasa o por someterle a una dieta extravagante. Ello da lugar a insuficiencias en el desarrollo, un estado potencialmente amenazador para la vida en el que el peso, talla y con frecuencia el perímetro encefálico están por debajo de lo normal para su edad.

Los niños que presentan estos déficit de desarrollo muestran con frecuencia otros signos de abandono: falta de aseo y alteraciones emocionales. (4)

Sin lugar a dudas es de gran importancia es la Negligencia Dental que definió la American Academy of Pediatric Dentistry entendiéndose como: "el fracaso voluntario del padre o cuidador para buscar y seguir con el tratamiento necesario para asegurar el nivel de salud oral esencial para la función adecuada y estar libre de dolor e infección". Dando como resultado que si no se tratan las caries dentales, enfermedades periodontales, y otras condiciones orales, pueden llevar al dolor, infección y pérdida de la función. (13)

Estos actos indeseables pueden afectar adversamente el aprendizaje, la comunicación y nutrición, y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal del niño.

El fracaso para buscar u obtener el cuidado dental apropiado puede ser resultado de factores tales como aislamiento familiar, falta de recursos financieros, ignorancia de los padres, o falta de valor percibido en la salud oral. El punto en el cual se considera a un padre descuidado y empieza la intervención ocurre después de que este ha sido apropiadamente alertado por un profesional del cuidado de la salud acerca de la naturaleza y extensión de la condición del niño, el tratamiento específico necesario, y el mecanismo de acceso al tratamiento. (14)

El médico o el odontopediatra deben estar seguros de que los cuidadores entienden la explicación de la enfermedad y sus complicaciones y, cuando existen barreras para el cuidado necesario, orientar a las familias en el descubrimiento de la ayuda financiera, transporte, o instalaciones públicas para los servicios necesarios. (13)

Muchos facultativos o médicos estarán de acuerdo que no podría existir negligencia si los padres pudieran cubrir las necesidades de los niños de manera que sea consistente con su propia situación financiera o ayuda económica disponible.

En las investigaciones sobre el MI se abren nuevas líneas en aspectos considerados como tipos de maltrato hoy poco comunes o poco analizados como son: El maltrato étnico, el denominado ritualismo satánico, maltrato fetal, los niños de la guerra y de la calle, síndrome de Munchausen en niños. (1)

CAPÍTULO 2

MALTRATO FÍSICO

2.1 FACTORES DE RIESGO

El nivel o la condición de riesgo, que va desde la mayor vulnerabilidad a la mayor protección, depende de la presencia tanto de factores de riesgo como de los mecanismos y factores protectores que interactúan en cada familia: ello determina la mayor o menor probabilidad de que ocurra maltrato. (7)

Para que se desarrolle el maltrato a los niños se requiere la unión de tres elementos básicos: Un niño especial, un perpetrador con ciertas características y la existencia de diversos factores ambientales que funcionan como detonantes. (15)

Las condiciones de riesgo para la presencia de maltrato pueden originarse en los padres, el embarazo, el niño y las características de la convivencia familiar, incluyendo aspectos sociales y culturales relacionados con la violencia:

1. Condiciones de riesgo en los padres

- *Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia
- *Madre adolescente, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal familiar y social
- *Padres o personas a cargo del cuidado del niño que padece patología psiquiátrica, alcoholismo o adicción.
- *Padres con baja tolerancia al estrés.

2. Condiciones de riesgo por embarazo.

- *Embarazo no deseado (antecedente de intento de aborto, rechazo al embarazo, indiferencia y deficiente autocuidado).
- *Embarazo de alto riesgo biológico.
- *Depresión posparto.

3. Condiciones de riesgo en el niño

- *Recién nacido con malformación o prematuro.
- *Alteración de los primeros vínculos
- *Hospitalización precoz prolongada.
- *Niño portador de patología crónica.
- *Niño con discapacidad física o psíquica
- *Niño con conducta difícil.
- *Niño no escolarizado, inasistente, de bajo rendimiento, o fracaso escolar.
- *Niño adoptado.
- *Niño de la calle.

4. Condiciones de riesgo en la familia

- *Familias con antecedentes de conducta violenta.
- *Familias con procesos psiquiátricos.
- *Familias en etapa de desintegración.
- *Familias con antecedentes de alcoholismo.
- *Familias numerosas.

5. Condiciones de riesgo en el entorno

- *Vivienda deplorable
- *Condiciones de vida difíciles, marginación, cesantía, pobreza.

- *Aceptación cultural de la violencia.
- *Ausencia de redes sociales de apoyo a la comunidad.
- *Condición socioeconómica débil. (3)

Cuando está presente alguno o varios de estos factores el menor se encuentra en una situación de alto riesgo para ser víctima de un daño intencionado.

No existe una asociación de factores característica de alguna de las formas de maltrato.

Smith señaló que el problema " es una enfermedad del adulto y no de la pobreza"(2)

2.2 PERFIL DEL AGRESOR

La mayoría de las agresiones físicas ocurren en el hogar, y al menos en nuestro medio el agresor identificado, resulta ser, con mayor frecuencia, la madre, sin embargo la agresión del padre es más severa.

Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. A partir de la adolescencia tardía eran personas que mostraban una clara tendencia a establecer relaciones, y más tarde al casarse con otra de características parecidas en lo relativo a inseguridad y baja autoestimación, lo que refuerza su desilusión, o bien escogen personas violentas, demandantes y explotadoras a las que nunca logran complacer. (16)

Mucho se ha considerado en relación con las características del agresor y se han propuesto como predisponentes: edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedente de haber sufrido maltrato, y todos aquellos que ya se mencionaron anteriormente.

Los factores más sobresalientes en el agresor son: edad, sexo, escolaridad, ocupación, toxicomanías.

La edad no constituye un factor de predicción en cuanto al comportamiento anormal. Cabe suponer que padres muy viejos o muy jóvenes son los que menos toleran a los hijos.

Aunque el maltrato ocurre a pesar de que la mayoría de los progenitores agresores tienen una edad en que la maduración biológica es ideal para procrear, es por ello que se insiste en que este dato de referencia por sí solo no es suficiente para explicar el problema del maltrato. (2)

En la mayoría de los estudios que se han realizado de maltrato físico, el agresor predominante es el sexo femenino y de éste la madre constituye el principal agresor. Sin embargo, siempre es necesario considerar a otras personas como las temidas, madrastras y menos frecuente, otros familiares.

El porque una mujer, y específicamente la madre, es la que con mayor frecuencia agrede al menor, se tiene la idea que se debe a que la madre pasa mucho más tiempo con el niño que con otros adultos.

Aunque es muy factible pensar que los sujetos de condición socioeconómica baja poseen un grado de escolaridad mínimo, se ha demostrado que en México tiende a ser variable. Al igual que la pobreza, una deficiente preparación académica puede condicionar desconocimiento de cómo atender a un recién nacido o a cualquier niño, hacer caso de tabúes o brujerías para evitar ciertos actos habituales en niños sanos como llanto continuo, salivación excesiva, cólicos, etcétera. (16)

Estas personas tienen la capacidad de cambiar su actitud mental si se les enseña la manera de actuar en el manejo de sus hijos.

Probablemente la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituya un factor muy importante en la génesis de la agresión al menor. La escasa remuneración del trabajo, el horario requerido, la aceptación de la actividad, son algunos de los factores que producen inseguridad, la cual repercute en el comportamiento general del maltratador. (4)

La ocupación del agresor femenino repercute en que se dedica a las labores del hogar, como ésta es una actividad que hoy en día es enajenante y poco satisfactoria,

es muy probable que produzca en ellas cierto grado de frustración puesto que no hay una gratificación económica.

El alcoholismo, la drogadicción y la farmacodependencia entre los progenitores de niños maltratados son más evidentes en los países industrializados. (12)

Se debe prestar especial atención, cuando ocurre maltrato en el tipo de abuso sexual.

Una proporción importante de los perpetradores tiene un registro criminal de algún tipo; y aunque usualmente no tienen enfermedad mental identificada, pueden exhibir rasgos de personalidad predisponiéndose al comportamiento violento. (5)

Kempe señala estas características psicológicas antes mencionadas, en los padres como un importante potencial de maltrato. (4)

El agresor identificado en un estudio, de maltrato al niño, por el Instituto Nacional de Pediatría, en 19 casos el resultado fue:

Madre	58%
Padre	25%
Padrastrros	11%
Otros	5 % (10)

2.3 PERFIL DEL NIÑO AGREDIDO

Al igual que en estudios del adulto agresor, se ha insistido en que el menor posee algunos rasgos muy especiales que lo convierten para los padres en una persona que no llena todas las expectativas.

Estas pueden ser el color de la piel o del cabello, la existencia de algún tipo de malformación, daño neurológico de gravedad variable o trastorno orgánico que requiera de atención médica repetida, ocupar el primer o último lugar en la progenie, solo por mencionar algunas de dichas expectativas. (16)

La mayor incidencia de niños maltratados se encuentra entre los 0 y 3 años de edad, etapa en que el niño tiene mayor dependencia de la familia: llevando una vida más en el interior del hogar y ante la imposibilidad de huir si se ve, sometido a malos tratos. (17)

No se ha encontrado que exista predominio marcado por uno u otro sexo si se analiza de manera aislada, el maltrato probablemente es más frecuente en varones si son hijos únicos, o en mujeres si son el tercer o cuarto hijo. (11)

Con seguridad, el arribo de estos niños a este mundo no ha sido deseado y ello condiciona alteraciones en un equilibrio familiar muy precario.

Es importante hacer notar que en el abuso sexual, casi siempre son agredidas las niñas.

A corto plazo los efectos de los malos tratos en el niño son: Un cambio de apariencia y de conducta, un cambio de actitud hacia el padre agresor, claro

exponente del miedo y de los síntomas de estrés emocional, enuresis y encopresis, rechazo a los alimentos, vómitos. (18)

Estos niños al ser separados de sus padres toleran esta situación mejor que los niños no agredidos, manejan muy mal su cuerpo sin estar relacionado con algún trastorno.

2.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es necesario insistir que la variedad de manifestaciones clínicas del niño maltratado es muy amplia. En seguida se señalan las alteraciones que ocurren en los niños como consecuencia de agresión física. Hay que recordar que en ocasiones, el menor puede ser sujeto de otro tipo de manifestaciones que constituyen parte del síndrome del maltrato, y si no se buscan intencionalmente las lesiones físicas, éstas pueden pasar desapercibidas. (19)

La forma de cómo estos niños son agredidos ocurre mediante golpes o quemaduras. Ambos tipos de lesiones pueden tener diversos mecanismos y, con relativa frecuencia, quizá se encuentren asociados. En ocasiones, los niños sufren algún tipo de envenenamiento.

Hay que realizar una historia clínica completa para tratar de explicar de manera convincente, el mecanismo mediante el cual sucedió la lesión. Es importante que los datos del interrogatorio concuerden con los hallazgos de la exploración física.

La exploración física debe incluir búsqueda de golpes, equimosis, cicatrices por mordedura, hematomas o quemaduras.

Los golpes son aplicados con cualquier objeto; de ahí que hay una diversidad de elementos o instrumentos con los cuales son lesionados los niños.

El cuadro clínico depende del tipo de agresión y comprende una gran variedad de signos y síntomas.

Magulladuras infligidas

Las magulladuras infligidas ocurren en sitios típicos y/o en modelos reconocibles de ataque (marcas de mano humana, marcas de mordida, marcas de correa o formas raras).

Son tan comunes en ciertos sitios del cuerpo que descubrirlas ahí es patognomónico. Predominan en las nalgas, espalda inferior, muslos laterales casi siempre están relacionadas a castigos.

Las contusiones en la mejilla usualmente son secundarias por bofetadas. Las caídas accidentales rara vez causan magulladuras en los tejidos blandos de la mejilla, en vez de esto involucran la piel manifestándose en las prominencias óseas tales como la frente o pómulo. Puede ser evidente el contorno de los dedos, en el lóbulo de la oreja debido a pellizcos estos niños pellizcados o jalados tienen una contusión especial en cada superficie. (5)

Las magulladuras y los cortes en el cuello casi siempre son el resultado de ser asfixiados o estrangulados por una mano humana, cuerda, collar para perro u otro instrumento. Los accidentes en este sitio son extremadamente raros y se deben buscar con sospecha. Las marcas de asfixia pueden ser atribuidas a un intento de resucitación cuando en verdad son heridas al levantar un niño del suelo por el cuello mientras lo abofetean en la cara o lo azotan contra la pared.

La mano humana puede dejar varios tipos de contusión los más comunes son las marcas de sostenimiento o marcas de apretón, magulladuras formadas en ovalo que parecen huellas de dedos. Las marcas de sostenimiento usualmente son debido a ser sujetado durante la sacudida violenta; el sitio más común es el brazo superior u hombro. Las marcas de sostenimiento de las extremidades inferiores también son

comunes hasta que el niño aprende a caminar, igual pueden ocurrir si un adulto aprieta la cara de un niño en un intento por dar de comer o medicina en su boca. Esta acción deja una marca con el dedo pulgar en una mejilla y marcas de los dedos en la otra mejilla. (20)

Las marcas lineales de sostenimiento son causadas por la presión de todo el dedo, el contorno o la huella completa de la mano en ocasiones se ve en la espalda o en otros sitios. Las marcas de pellizco son en forma de media luna mirando de frente una uña a otra.

Las marcas de correa son de una a dos pulgadas, estrechas, rectas o ralladas generalmente causadas por los azotes de un cinturón, marcándose a veces la hebilla o los ojetes. Las marcas en espiral son secundarias al ser dadas con un cable doblado, cuerda o correa de la plancha. (17)

Las magulladuras de formación rara con bordes agudos casi siempre son infligidas cuando se usa un instrumento contundente en el castigo, la magulladura o hematoma resultante se parecerá al instrumento en su forma, esto sugiere que el cuidador quien pierde su temperamento toma cualquier objeto que esta a la mano. Las marcas circunferenciales de atado en los tobillo y muñecas pueden ser causadas cuando el niño es restringido, podría resultar una quemadura por fricción presentándose como una ampolla que rodea la extremidad.

Aproximadamente el 10 % de los casos de abuso físico involucran quemaduras de objetos sólidos calientes que son los más fáciles de diagnosticar. Estas son usualmente de segundo grado, sin formación de ampolla y usualmente involucran solo la superficie del cuerpo. La forma de la quemadura a menudo se parece a su agente y es patognomica para el abuso infantil, los niños abusados a menudo son

mantenidos contra una parrilla caliente o placa eléctrica caliente. Las quemaduras de cigarro dan lesiones circulares, lesiones perforadas de tamaño uniforme y a menudo son encontradas en las manos o pies. (20)

Las quemaduras con agua caliente, normalmente indican ampollas, que son las más comunes. Las quemaduras por inmersión ocurren cuando un padre mantiene los muslos contra el abdomen y coloca las nalgas y perineo en líquido escaldante como castigo de enuresis o resistencia al aprendizaje del aseo. Esto resulta en un tipo circular de quemadura restringida a las nalgas con inmersiones más profundas y forzadas. Estas se extienden al nivel de los muslos y cintura. La inmersión de una mano o pie como castigo puede ser sospechada cuando la lesión se extiende arriba de la muñeca o tobillo.



Lesiones infligidas en el ojo

El magullón realizado en la zona periorbital es más común que las serias lesiones en el ojo. Los niños que han sido golpeados cerca de los ojos con una mano abierta o cerrada presentan una hinchazón masiva y magullón de ambos párpados. Las lesiones periorbitales causadas por accidentes solo involucran un lado. El daño ocular en el

síndrome del niño maltratado presenta, catarata traumática y desprendimiento de retina. (20)

En más de la mitad de casos el daño permanente de la lesión afectan uno o los dos ojos. Las hemorragias retinales también son indicativos de hematomas subdurales en los niños.

Marcas de mordida

Las marcas de mordidas son lesiones que podrían indicar abuso. Los dentistas entrenados como odontólogos forenses pueden ser de ayuda especial para los médicos en la detección y evaluación de las marcas de mordida relacionadas al abuso físico y dental. Las marcas de mordida deben sospecharse cuando son encontradas en un modelo elíptico u ovoide equimosis o abrasiones. Las marcas de mordida pueden tener un área central de equimosis ocasionada por dos causas: 1- presión positiva del cierre de los dientes con trastorno de pequeños vasos. 2- presión negativa causada por succión y empujón de la lengua. (14)

La distancia normal entre los dientes caninos maxilares en los adultos humanos es de 2.5 a 4.0 cm. Y las marcas de los caninos en una mordida serán las partes más prominentes o profundas de la mordida. (5)

Las mordidas producidas por perros y otros animales carnívoros tienden a desgarrar la carne, mientras que las mordidas humanas comprimen la carne y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez avulsiones del tejido solamente, que se aplique demasiada fuerza en la mordida. (14)

Las abrasiones y laceraciones en la cara pueden ser causadas por una variedad de objetos; pero son más comúnmente debido a los anillos o uñas en la mano del agresor.



Fracturas

Las fracturas están entre las más serias lesiones sostenidas en el abuso infantil. Ocurren en cualquier hueso y pueden ser únicas o múltiples, clínicamente no son detectables solo por una radiografía. Muchas de las fracturas en los niños abusados físicamente ocurren en menores de 3 años. Y en contraste, las fracturas accidentales ocurren más común en niños de edad preescolar. (2)

La presencia de una fractura del esqueleto facial en el caso de maltrato infantil es una indicación para la inspección de radiografía completa del esqueleto, ya que la fuerza requerida para una fractura facial debe ser mayor que para una fractura en otro hueso.

Una inspección esquelética de un niño que había sufrido de maltrato puede mostrar la evidencia de fracturas en proceso de cicatrización. (14)

Cuando hay un traumatismo craneal, el clínico debe estar muy alerta en su localización y gravedad variable. Asimismo ante esta lesión, debe recordarse que aproximadamente una cuarta parte de las lesiones infligidas en la cabeza incluyen, hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas, magullones en el cuero cabelludo, alopecia traumática y hematomas sugalcal.

El hematoma subdural es la lesión más peligrosa, a menudo causa serias secuelas o la muerte. Estos niños se presentan con irritabilidad, vomito y nivel disminuido de consciencia dificultad para respirar, fontanela abultada y/o convulsiones. El caso clásico del hematoma subdural esta asociado con las fracturas de cráneo. Estas fracturas pueden ser de un golpe del agresor o de ser lanzado contra la pared. (19)

Las lesiones que deben buscarse afanosamente son las torácicas, abdominales o ambas, ya que constituyen la segunda causa de muerte por maltrato infantil. Las lesiones más comunes suelen ser consecuencia de una patada o puñetazo que comprimen el órgano contra la columna vertebral. (21)

El tipo de órganos que se lesionan y pueden sangrar fácilmente es por: estallamiento de hígado o bazo, hematoma intestinal, lesión vascular del mesenterino, hematoma renal o se pueden perforar estómago, intestino delgado, colon. Dicha situación se agrava por el retardo, en solicitar atención médica. (21)

2.5. CARACTERÍSTICAS BUCALES

Varios estudios han demostrado que aproximadamente el 50% de casos de niños maltratados físicamente muestran evidencia de trauma en la cabeza y áreas asociadas. El médico dental general esta por lo tanto en una excelente posición para detectar tales lesiones. (22)

En las lesiones craneofaciales, y de cuello, debe realizarse un cuidadoso examen total intraoral y extraoral cuando se sospecha de un abuso físico.

La cavidad oral puede ser un foco central para el maltrato infantil a causa de su importancia en la comunicación y nutrición.

Las lesiones más comunes son realizadas con trauma contundente con un instrumento, utensilios de comer, manos, dedos o líquidos hirviendo o sustancias cáusticas. De el abuso podrían resultar moretones, laceraciones de lengua, mucosa bucal, paladar (duro o blando), mucosa alveolar o frenillo, avulsión, fractura o desplazamiento de dientes; fractura en el hueso facial o en la mandíbula; quemaduras u otras lesiones. (13)

Estas lesiones incluyen frenillo lacerado producido por dar el biberón a la fuerza, amordazar, apretar o por fricción violenta de la cara, la lesión puede permanecer escondida si no se voltea el labio cuidadosamente.



Las lesiones penetrando al paladar, vestibulo y piso de la boca pueden ocurrir durante la alimentación fuerte de los pequeñines y son usualmente causadas por utensilios de alimentación. Las quemaduras de la mucosa oral en ocasiones son el resultado de la ingestión forzada de fluidos calientes o cáusticos, en niños. (5)

Los dientes decolorados indican necrosis de la pulpa, que podrían ser resultado de un trauma previo. También puede haber pérdida temprana de los dientes temporales o permanentes.

Las mordazas aplicadas a la boca pueden llevar a magulladuras, liquenificación o las marcas de cicatrización en las comisuras labiales. (13)

La cavidad oral es frecuentemente sitio de abuso sexual en los niños. La presencia de gonorrea o sífilis oral o perioral en los niños es patognomónico del abuso sexual.

Cuando la gonorrea o la sífilis es diagnosticada en un niño, el caso debe reportarse a las autoridades de salud pública. (22)

La gonorrea faríngea es frecuentemente asintomática. Por lo tanto, cuando se sospecha un diagnóstico de gonorrea, se deben buscar lesiones, en la cavidad oral. (14)

El eritema o petequias del paladar no explicados, particularmente en la unión del paladar duro con el blando, pueden ser evidencia de sexo oral forzado. Por lo tanto durante el examen de un niño de quien es sospechoso de AS se deben usar tapones de algodón para limpiar la mucosa oral y la lengua, para realizar un análisis de laboratorio.

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL

3.1. SOSPECHA DE MALTRATO

En México cada día se habla y se escribe más sobre el SNM y aún sigue existiendo una enorme dificultad para establecer el diagnóstico de sospecha, de probabilidad o de convicción, entre los médicos que de una u otra forma atienden a la población infantil de nuestro país. (23)

Consciente de este problema hay que darse a la tarea de revisar cuál o cuáles son los datos del menor y de su familia que con mayor frecuencia se encuentran presentes en la historia clínica para agruparlos de acuerdo a su representatividad y con ello favorecer que el clínico se pueda orientar mejor en el momento de atender a la probable víctima.

Hay que intentar sensibilizar al médico sobre cuál es la indagación que necesita llevar a cabo para considerar, en un momento dado, el diagnóstico de maltrato físico infantil.

El diagnóstico de SNM, se debe establecer después de que el caso clínico ha sido analizado por un grupo multidisciplinario, especializado en el tema. Sin embargo, en una primera instancia de atención médica el odontopediatra u otro especialista, puede tener la sospecha de este maltrato y basándose en el conocimiento que posea sobre algunos criterios del menor, parientes, ámbitos sociales, religiosos, o de la familia

cuando ese atiende a un niño con lesiones físicas sin que exista una explicación lógica y convincente.

Cuando el odontopediatra en un momento dado sospecha la existencia de violencia intrafamiliar y/o agresión específica contra algún miembro de la misma, ya sea porque una persona del núcleo consume alcohol y/o drogas, porque uno de los progenitores vive con una persona que no es el padre del menor, etc. se estará en la franca posibilidad de considerar que ciertas manifestaciones clínicas de los niños pueden ser la consecuencia de maltrato infantil. (23)

En estos casos, el interrogatorio y la exploración física deben ser muy minuciosos, pero con discreción, sobre todo a la hora de establecer un diagnóstico de probable SNM. Se debe garantizar la intimidad del problema hasta que el caso sea manejado integralmente. De no hacerlo así se corre el riesgo de: la huida de los familiares con el menor, no aportan la correcta dirección de su domicilio; se desencadena un fenómeno de estigmatización hacia los parientes del menor. Así, frecuentemente es muy difícil brindar la atención multidisciplinaria que cada caso requiere, lo que aunado a esta patología origina que muchos niños no sean diagnosticados correctamente o tempranamente. (2)

Es necesario un análisis del diagnóstico de perspicacia para el reconocimiento de lesiones infligidas que es de esencial importancia para los dentistas así como para los médicos.

Aunque muchos diagnósticos de abuso infantil pueden estar basados solo en descubrimientos físicos, la historia de cómo ocurrió la lesión se vuelve de ayuda cuando un niño se presenta con lesiones múltiples no descriptivas. Las siguientes historias son de diagnóstico sospechoso por un trauma no accidental.

Lesión inexplicable

Algunos padres o cuidadores niegan saber que su niño tenía algunas de las lesiones descubiertas. Otros padres o cuidadores han notado los descubrimientos físicos, pero no pueden ofrecer explicación de cómo pasó la lesión. Esperan que otros crean que la lesión fue espontánea. Cuando se presentan se vuelven evasivos u ofrecen una explicación vaga. Estas razones son autoincriminatorias. Muchos padres no abusivos saben exactamente como, donde y cuando su niño se lastimó. También muestran una buena voluntad completa para discutir el accidente en detalle. (20)

Retraso en la búsqueda del cuidado médico

Muchos de los padres no abusivos buscan el cuidado inmediato cuando su niño está lesionado. En contraste, algunos niños abusados no son presentados para el cuidado por una longitud de tiempo considerable, aun cuando hay una lesión mayor. Comúnmente en la situación de abuso, el adulto que estaba con el niño al momento de la lesión no acompaña al niño a la instalación del cuidado de salud. (20)

Lesión supuestamente auto-inflingida

Una lesión supuestamente auto-inflingida en un bebé es más seria. Estos niños pueden estar seriamente lesionados o ser maltratados si no es establecido el diagnóstico correcto. En general, el niño que no puede gatear no se causa un accidente auto-inflingido. Las fracturas a esta edad casi siempre son inflingidas. Las historias absurdas deben ser consideradas altamente probables y actuadas de común acuerdo. (20)

El abuso infantil no es un diagnóstico total, podría ser un síntoma de padres trastornados. El objetivo de la intervención es conocer y mejorar la paternidad. Para ayudar a prevenir la muerte que es una ambición modesta.

No hay reglas difíciles y rápidas para hacer más fácil el diagnóstico. La siguiente lista constituye 7 "señaladores" clásicos para el diagnóstico. Ninguno de ellos es patognomónico para sí mismo; ni hace que la ausencia de uno de ellos impida el diagnóstico del abuso infantil.

*Hay un retraso en la búsqueda de ayuda médica.

*La historia del "accidente" es vaga, carente de detalle y puede variar cada vez que se diga y de persona a persona.

*El informe del accidente no es compatible con la lesión observada.

*El humor de los padres es anormal. Los padres normales están llenos de ansiedad creativa para el niño, mientras que los padres abusivos tienden a estar más preocupados por sus propios problemas: por ejemplo como regresar a casa tan pronto como sea posible.

*El comportamiento de los padres da causa para involucrarse por ejemplo, pueden volverse hostiles y refutar las acusaciones que no han sido hechas.

*La apariencia del niño y la interacción con sus padres son anormales. El niño podría verse triste, apartado o espantado.

*El niño podría decir algo involucrando la lesión que es diferente a la historia de los padres. (5)

La falla para concretar los signos y hacer el diagnóstico puede influenciar vitalmente la vida futura de un niño. Lo peor es un asunto de vida o muerte y una pequeña muerte podría ser el daño o perjuicio permanente en el cerebro.

El problema es muy difícil de identificar ya que, hacer un diagnóstico de sospecha, probabilidad o convicción, no se puede dar en una primera intervención y para disminuir el riesgo de error debe estar basado no solamente en la información que dicho profesional ha recabado en una primer entrevista con el paciente y sus familiares. (15)

La experiencia ha demostrado que el diagnóstico final se debe realizar en forma conjunta por un grupo multidisciplinario en el que incluye, al odontopediatra, el pediatra, el psicólogo, el psiquiatra, el trabajador social y el personal del departamento jurídico, que como parte del grupo multidisciplinario, lo realizan en forma conjunta y basados en el análisis completo de cada paciente. (21)

3.2. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente.

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que llamamos indicadores.⁽²³⁾

A continuación exponemos una serie de indicadores que nos pueden ayudar en nuestra observación, sin embargo hay que tener en cuenta que éstos por sí solos no son suficientes para demostrar la existencia de maltrato sino que además debemos considerar la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen.

Por ello es importante saber interpretar estas señales y no quedarnos ante ellos como observadores o jueces de una forma de ser ante la que no podemos hacer nada. Estos indicadores no siempre presentan evidencias físicas (algunas formas de abuso sexual, maltrato psicológico...) sino que pueden ser también conductas difíciles de interpretar.⁽²⁴⁾

Algunos de los indicadores, entre otros, que se pueden dar son:

En el niño

- * señales físicas repetidas (morados, magulladuras, quemaduras...)
- * niños que van sucios, malolientes, con ropa inadecuada, etc.
- * cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente
- conductas agresivas y/o rabietas severas y persistentes
- relaciones hostiles y distantes
- conducta sexual explícita, juego y conocimientos inapropiados para su edad
- niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores)
- tiene pocos amigos en la escuela.
- problemas alimenticios (niño muy glotón o con pérdida de apetito)
- retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo, pequeños hurtos, etc.
- intento de suicidio y sintomatología depresiva.
- relaciones entre niño y adulto secreta, reservada y excluyente
- falta de cuidados médicos básicos
- angustia marcada ante el llanto de otros niños
- tartamudeo

- comerse las uñas
- miedo a los padres o a los adultos

En los padres y/o cuidadores

- parecen no preocuparse por el niño
- no acuden a las citas y reuniones del colegio
- desprecian y desvalorizan al niño en público
- sienten a su hijo como una "propiedad" ("puedo hacer con mi hijo lo que quiero porque es mío")
- expresan dificultades en su matrimonio
- los padres están siempre fuera de casa (nunca tienen tiempo para...)
- abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas)
- trato desigual entre los hermanos
- justifican la disciplina rígida y autoritaria
- ven al niño como malvado
- ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación . (17)

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del daño y rechazan cualquier tipo de ayuda, llegando a justificar con argumentos muy variados este tipo de acciones; en cambio los padres

con dificultades suelen reconocerlas y admiten cualquier tipo de ayuda que se les ofrezca.

Es importante establecer criterios básicos que en la forma de indicadores permitan rápidamente a los médicos o a otros profesionales a fundamentar su diagnóstico y de esta manera desencadenar todo un programa de acción para su confirmación.

En la clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del INP se han establecido indicadores los cuales son utilizados para el diagnóstico de casos atendidos. (9)

INDICADORES A CONSIDERAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO FÍSICO

Indicadores de sospecha

En el menor

- a) Hay retardo en la solicitud de atención médica
- b) Su estado de higiene es inadecuado
- c) El esquema de vacunas es incompleto o nulo
- d) Se trata de un producto no deseado o aceptado

En la familia

- a) El menor convive con el padrastro o la madrastra
- b) Hay historia de alcoholismo y/o drogadicción en algún miembro de la familia
- c) Existe el antecedente de maltrato en un familiar
- d) Se informa de antecedentes penales en algún miembro de la familia

Indicadores de probabilidad

- a) Solicita la atención médica un familiar externo al núcleo familiar o un extraño
- b) Existen cicatrices o lesiones antiguas en diversas partes del cuerpo
- c) Se determina desnutrición o anemia de grado variable sin causa aparente
- d) Incongruencia en la información brindada por los familiares

Indicadores de convicción

- a) El menor describe cómo ocurrió el evento
- b) El agresor acepta su culpabilidad
- c) Hay datos radiológicos o gammagráficos de fracturas u otras lesiones óseas de antigüedad y localización diversa. (23)

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque en la mayoría de los casos, el cuadro clínico es evidente, en ocasiones se necesita establecer el diagnóstico diferencial con respecto a ciertos padecimientos.

Este aspecto se debe comprender integralmente por médicos, trabajadores sociales y abogados para evitar establecer un tratamiento en toda la familia y después descubrir que se ha cometido un error y que el caso no correspondía al síndrome del niño maltratado. Esta situación ha causado problemas en los supuestos maltratadores y maltratados por parte de las familias vecinas, dificultades en el trabajo, tener que asistir a la delegación, etc. (24)

Por otro lado, es factible que el menor curse con algún padecimiento que amerite asistencia médica periódica.

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. (9)

Actualmente cuando se sospecha, o la situación de maltrato es muy evidente, el caso se trata entre todos los especialistas del grupo multidisciplinario. De esta manera se intenta obtener la mejor opción para el paciente; es decir, evitar hasta donde sea posible, el rompimiento del núcleo familiar. (2)

Hay que descartar padecimientos con los cuales el clínico pueda confundirse para dar un diagnóstico definitivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL MALTRATO FÍSICO

Traumatismos o quemadura accidental

Algunos defectos de coagulación

- a) Hemofilia
- b) Hipoprotrombinemia
- c) Púrpura trombocitopénica

Enfermedades con repercusión ósea

- a) Escorbuto
- b) Osteogénesis imperfecta
- c) Raquitismo renal

Diversos trastornos cutáneos

- a) Indiferencia congénita al dolor
- b) Síndrome de Lesh Nyhan

Culturales

- a) Tratamiento de la "mollera caída"
- b) "Tronarle" las anginas (21)

CAPÍTULO 4

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

4.1. CONDUCTA DEL ODONTOPEDIATRA

El odontopediatra, tiene una única oportunidad para observar el abuso infantil, de un 50 a 65 % de todos los casos del abuso infantil involucran lesiones en boca y cara.

Puede ser difícil de vigilar un trauma abusivo, un cuidador que agrede físicamente a un niño rara vez regresa al mismo médico o sala de emergencia cuando el niño necesita tratamiento por el abuso. (3)

El padre no puede tener la misma actitud de precaución hacia el dentista del niño, de hecho el odontólogo puede ser el único facultativo de la salud que vea al niño con alguna regularidad.

Un análisis de 260 casos documentados de abuso infantil en el Hospital Centro Médico de Niños en Boston, encontró que más del 65% de los casos las lesiones involucraron, cabeza, cuello y boca. Por lo tanto, los odontólogos están en perfecta posición para observar signos de maltrato al niño. Sin embargo, en las declaraciones de aquellos casos, los dentistas han hecho menos del 1% de los reportes. (25)

Se encontró que el 7% de los odontólogos que respondieron a la encuesta declararon que bajo ninguna circunstancia reportarían abuso infantil. Las razones más comunes fueron:

- *Inseguridad acerca del diagnóstico
- *Miedo de involucramiento en litigación
- *Falta de conocimiento del abuso infantil
- *Posibles efectos sobre su práctica (26)

Los odontólogos están en la mejor posición para observar casos sospechosos y ser capaces de reconocerlos. Los dentistas deben identificar a estas víctimas y hacer los reportes requeridos.

Desde el principio de su educación profesional, los proveedores del cuidado de la salud son informados que lo que es discutido dentro de la relación médico-paciente es confidencial. Sin embargo, las leyes de reporte de abuso infantil automáticamente eliminan los requerimientos de confidencialidad de médico-paciente en casos sospechados de abuso. (25)

Algunas personas no se atreven a reportar porque temen acusar a alguien injustificadamente, la mejor manera para evitar hacer un reporte incorrecto es estar familiarizado con los signos de abuso y negligencia que podrían presentarse.

Aquellos quienes reportan maltrato sospechado al niño están inmunes de responsabilidad haciendo un reporte de buena fe aún si resulta que no hubo abuso o negligencia. (27)

Las actitudes de los profesionales dentales con respecto al niño maltratado han cambiado lentamente.

Los principios de ética y código de conducta profesional de la ADA declaran lo siguiente: "Los dentistas estarán obligados a familiarizarse con los signos periorales del abuso infantil y reportar casos sospechados a las autoridades apropiadas consistentes con las leyes del estado". (25)

Otra resolución de la ADA (HR 141RC) refuerza la política oficial de la asociación declarando que los miembros deben "Familiarizarse con y reportar todos los signos físicos de abuso infantil que son observables en el curso normal de la visita dental". (25)

En Kentucky se ordenó que "Los dentistas, son una rama incrementada del arte de la curación, están sujetos a las mismas reglas que gobiernan las obligaciones y responsabilidades de los médicos y cirujanos generales". Por lo tanto, las cortes han declarado que "Cualquier médico que fracase para identificar y reportar un niño con descubrimientos, físicos, radiológico que indique el abuso es culpable de negligencia profesional". (26)

En general el papel del odontopediatra en la identificación y el reporte del abuso infantil es:

- *Observar y examinar cualquier evidencia sospechosa que pueda ser comprobada en el consultorio
- *Registrar, de acuerdo a la ley cualquier prueba que pueda ser útil en el caso incluyendo evidencia física y comentarios obtenidos de cuestionario o entrevista
- *Permanecer objetivo hacia todas las partes
- *Tratar algunas lesiones dentales
- *Establecer y mantener una relación terapéutica profesional con la familia
- *Mantener al niño cuya vida esta en peligro y transferir al niño a un hospital o a un medio para el cuidado requerido. (5)

La conciencia de los signos de abuso infantil se ha incrementado con el involucramiento y la ayuda de la ciudad, estado y organizaciones profesionales. Pero con el incremento de abuso infantil solo un número de odontólogos reporta y documenta los casos, se refleja la necesidad de una historia clínica de reporte para el consultorio dental.

En la preparación para el proceso de documentación el odontólogo debe conocer:

- *Los signos comunes de abuso
- *Que información reunir legalmente del niño
- *A quien llamar una vez que el abuso infantil sea detectado. (6)

Realizando una forma de evaluación de Datos y Diagnostico en el Archivo (D.D.A.) simplifica el proceso técnico. Esta forma (D.D.A) debe incluir toda la información necesaria para la agencia local de abuso infantil, para documentar el caso legalmente. (26)

La forma no solo podría limitar la cantidad de involucramiento de el dentista, sino también proporcionar a las autoridades una referencia útil.

La (D.D.A) debe contener, nombre completo, dirección, edad, características, ubicación de lesiones físicas, daño emocional, nombre de los padres, ocupación, nombre y número del médico del niño. (26)

De acuerdo a los datos acumulados en la forma (D.D.A), se debe buscar una explicación para los signos sospechados de abuso.

En primer lugar, al padre o cuidador, en ausencia del niño se les debe pedir que expliquen las lesiones sospechadas.

En segundo lugar, se le debe pedir al niño sin la presencia del cuidador que explique la lesión, ciertas características conductuales son comunes en los niños físicamente abusados. Podrían actuar inapropiadamente a los estímulos.

Hay que evaluar las explicaciones por el cuidador y el niño para ver si son consistentes la una con la otra.

Si es evidente, el abuso infantil se debe buscar la ayuda de las autoridades locales, e informar de la situación actual y ayudar en la determinación de si el niño debe ser colocado en custodia de protección. Se requieren tres importantes piezas de información para que las autoridades investiguen el caso:

- *La localización y dirección de la casa del niño
- *Evidencia que la lesión se adecue a la definición de abuso o negligencia
- *Capacidad de las autoridades locales para proteger al niño. (9)

El último paso en la evaluación involucra una consulta final con el padre y alguna autoridad, el odontólogo debe informar al padre de la sospecha y de las responsabilidades legales como para reportar a posibles víctimas de abuso. (27)

Se le debe decir al padre que no se le esta culpando, pero que las autoridades deben determinar, si hay alguna persona que pueda ser un abusador.

El diagnosticar el abuso o negligencia sospechada es solo el primer paso en el que el cirujano dentista debe estar preparado para tomar acción inmediata de remedio en nombre de la víctima.

Al presentarse el niño a la consulta su actitud suele ser de indiferencia. A menudo son niños con cara de tristeza y temor. Pueden esbozar gestos de defensa al

intentar aproximarnos a ellos. Parecen niños de más edad de la que cronológicamente tienen, toleran bastante bien la separación de los padres pudiendo hacerse más comunicativos cuando estos no están. (28)

Los niños maltratados son afectados emocionalmente, son niños con ansiedad extrema, que en términos generales suelen ser pacientes dentales difíciles que requieren una considerable modificación de la conducta por parte del odontopediatra. (27)

La comunicación en los niños maltratados es la verdadera clave para dirigir la conducta, el clínico debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación. Es imprescindible fomentar una buena comunicación para que el niño se sienta física y emocionalmente seguro. (29)

Solamente con la confianza de este pequeño podremos atenderlo y lograr que nos diga cual es la causa de sus lesiones.

Para modificar el comportamiento se puede hacer por medio del refuerzo, esto es que la conducta que es premiada tiende a aparecer más frecuentemente y la conducta que es castigada o continúa sin premiarse tiende a desaparecer. (29)

Durante el tratamiento, a menudo tienen un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.

El papel del odontopediatra es dar atención a todas las lesiones bucales que presente el niño, y por supuesto, cuando se sospeche del maltrato, se tiene la obligación legal de informar a las autoridades respectivas.

4.2. INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO

Es evidente que el fenómeno de maltrato al menor ha despertado, sobre su existencia e incremento, un enorme interés en todo el mundo.

Existen centros, dedicados especialmente a la atención y prevención del maltrato al menor que son encabezados fundamentalmente por el DIF, como es el PREMAN (prevención al maltrato del niño).

El DIF-PREMAN es el programa de prevención al maltrato del niño, que vela por el bienestar y desarrollo de los menores que son objeto de malos tratos.

Su objetivo general es dar asistencia social a los menores de edad entre 0 y 18 años, que sufren habitualmente violencia física o emocional, ejecutadas por actos de acción pero siempre en forma intencional no accidental por padres, tutores o cuidadores. (8)

La atención del menor maltratado en el programa DIF-PREMAN es:

1-Recepción de la denuncia

a)Vía telefónica 55-73-13-55 ext.175 dirección de asistencia jurídica

b)Vía escrita

c)Vía personal Morelos#70 col. Tlalpan, C.P. 1400, México, D.F.

2-Se registra y se designa a una trabajadora social que investiga para verificar el maltrato en el domicilio del menor.

3-Se entrevista a los padres o responsables del menor

4-Se realiza una observación de la vivienda

5-Se revisa físicamente al niño

6-Se proponen estrategias de intervención a seguir de acuerdo al caso

7-Si no existe evidencia de maltrato se cierra el caso con un informe de trabajo social.

(8)

Un Instituto muy importante en la atención del maltrato al menor es INP que cuenta con la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM).

En 1997 se estableció formalmente la CAINM en el IPN coordinada por el Dr. Arturo Loredó Abdalá.

Una de las metas de CAINM es difundir su experiencia y fomentar la creación de grupos similares en todo el sector salud del país y en el ámbito internacional, situación ya lograda en Ciudad Nezahualcóyotl, estado de México con la Clínica de atención integral al niño maltratado "Dr. Arturo Loredó Abdalá" dependiente del DIF. (9)

En la CAINM normalmente no se atienden a pacientes externos, es decir los pacientes que se atienden en CAINM, son aquellos que se detectan dentro del IPN y que necesitan de una atención integral.

En la práctica se encuentra que existen instituciones representadas fundamentalmente por, hospitales pediátricos, albergues temporales, casas de cuna, casas hogar y hogares sustitutos, que no fueron creados para satisfacer las peculiares necesidades de estos niños y de sus familias. (16)

**INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO
MALTRATADO EN EL DISTRITO FEDERAL**

<i>TIPO</i>	<i>INSTITUCIÓN</i>
Sector salud	Instituto Nacional de Pediatría Instituto de Salud Mental (DIF) Hospital Infantil Psiquiátrico "Juan N. Navarro A." Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"
Gubernamental	Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) PGJDF Comisión Nacional de los Derechos Humanos Prevención del Maltrato al Niño PREMAN (DIF) Programa Interdisciplinario a personas Violadas (PIAV) PGJDF
Asociación civil	Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual A.C. (AVISE) Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (FICOMI) Centro Mexicano para la Atención de los Derechos de la Infancia (CEMEDIN) Centro de Terapia de apoyo en Delitos (30)

4.2. INFORME DEL CASO

El país carece de un código de protección a la niñez, y su estructura política no se presta para promulgarlo y aplicarlo en todos los estados que componen la federación.

México cuenta con un sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF), que debido al relevante significado jurídico y médicosocial del problema de maltrato infantil, realiza acciones a través de la "Procuraduría para la defensa del menor y la familia" y el "Instituto nacional de salud mental", estos organismos tienen una estrecha coordinación. (2)

La procuraduría para la defensa del menor y la familia, presta organizada y permanentemente servicios de asistencia jurídica a la familia, los menores, ancianos y minusválidos sin recursos para la atención. Su estructura y procedimiento le permiten, al menos teóricamente, abocarse a los problemas sociolegales que plantea el maltrato sin tener que dar a sus intervenciones el carácter persecutorio y punitivo que, con razón o sin ella, puede sentirse en las acciones del Ministerio público o las de la Procuraduría general de justicia. (16)

El Instituto nacional de salud mental tiene como responsabilidad investigar científicamente causas, tratamiento y prevención de las alteraciones de la salud mental de los menores.

Todo ciudadano que observe, o que por cualquier otro medio tuviese noticias del maltrato a un menor, está autorizada para realizar una denuncia.

El mismo deber de denuncia obliga a los médicos y demás profesionales que ejerzan en el área de salud.

Ante el diagnóstico de un niño maltratado, el médico deberá recurrir a uno de los esquemas institucionales creados para la atención del menor y uno de los más tradicionales es el sistema del DIF.

De acuerdo con dicho esquema, un médico particular o institucional, un familiar, un vecino o cualquier persona que se percate del maltrato o abandono de un niño, puede presentar una denuncia ante el DIF.

Cuando esto sucede, una trabajadora social se presenta en el domicilio del menor para constatar la denuncia y entregar un citatorio a los padres para que comparezcan en las instalaciones de dicha dependencia; asimismo, se les solicita que lleven al menor junto con ellos para que éste sea valorado física y psicológicamente por un equipo de salud. (8)

Si después de la exploración clínico-psicológica se comprueba el diagnóstico, se levanta un acta judicial y se determina si es pertinente el ingreso del niño al albergue para su tratamiento físico-psicológico; también se valora la conveniencia de tratar a los agresores.

En caso de que los padres del niño no se presenten en las instalaciones del DIF, o bien, cuando el diagnóstico es evidente, el Ministerio Público local y la trabajadora social, apoyados por elementos de la policía local, acuden al domicilio del menor para llevarlo a las instalaciones del DIF. (9)

El niño que es separado de su hogar permanece en el albergue hasta que las circunstancias de agresión desaparezcan o, por lo menos, hasta que las condiciones ambientales en el núcleo familiar mejoren mediante el tratamiento al o a los agresores. En muchos casos los niños son abandonados en el albergue; los padres cambian de domicilio y no se vuelve a saber de ellos.

Las trabajadoras sociales tratan de localizar por todos los medios a los padres; cuando esto no es posible, pasado un lapso, buscan hogares adoptivos para el niño. En otros casos, cuando los padres cooperan y aceptan el tratamiento familiar y cuando se corrobora que el ambiente familiar ha cambiado, se reintegra el niño a su hogar; posteriormente la trabajadora social realiza visitas periódicas para comprobar el cambio de actitudes y que el ambiente familiar haya mejorado. (3)

4.3. TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes, por lo que es necesaria la planeación y la coordinación de estos servicios y del personal profesional capacitado.

La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres eliminando las tácticas punitivas o coercitivas y sustituyéndolas por métodos positivos más efectivos. (16)

Es necesario reconocer que, en muchos casos, las intervenciones médicas ocurren cuando el daño es ya irreparable, y no solamente por las lesiones físicas, sino también las psicológicas, que sufren tanto los niños como el agresor, en la esencia de los lazos afectivos, ya deficientes, y por lo tanto, en la posibilidad de mejorarlos. (24)

El pronóstico desfavorable del problema no debe basarse nunca sólo en la naturaleza, la gravedad o la extensión de las lesiones, puede estar también en grave peligro un niño con lesiones leves. La separación del menor en peligro de su medio familiar es una medida inaplazable y causa de una gran conmoción emocional; sin embargo, no debe considerarse con excesivo pesimismo en lo relativo a las posibilidades de una futura reintegración familiar. (16)

Aunque no todos los niños que sufren maltrato necesitan ser hospitalizados, ésta es una manera de protegerlo mientras se establece el diagnóstico y se evalúa la

seguridad de su hogar. Las razones que se pueden dar a los padres son: las lesiones necesitan observación, es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial. No debe mencionarse el tema de maltrato, ya que su actitud puede retrasar el diagnóstico o dificultar el tratamiento integral del niño. Sólo en los casos en que el familiar se oponga a la hospitalización, es necesario avisar a la autoridad correspondiente. (2)

Wolfe propone un plan de intervención y prevención cuya meta sea restablecer la integridad, así como el funcionamiento efectivo intrafamiliar, y cuyos objetivos sean:

- a) Adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos.
- b) Promover el uso de métodos de control positivos hasta eliminar el castigo.
- c) Desarrollar estrategias para solucionar problemas en situaciones críticas y que sean operativas para la familia.
- d) Regular las respuestas violentas y el comportamiento impulsivo que lesionan a la familia.
- e) Promover la interacción social de los miembros de la misma, reduciendo su aislamiento físico y psicológico del resto de la comunidad. (7)

Foncerrada señala cuando "la investigación psicofamiliar indica que entre el niño y el probable agresor, especialmente si éste último es la madre, nunca se estableció un vínculo afectivo o bien que se rompió éste, resulta evidente que ese niño no podrá retornar al hogar y que habrá que recurrir a instituciones de protección a la niñez, pues es muy grande el riesgo de una nueva y más grande agresión. Cuando la existencia de vínculo afectivo es clara aunque éste se halle debilitado por el efecto de factores que intervienen con la sana interacción entre niño y ambiente, entonces lo ideal será tratar de preservar la integridad familiar proporcionando apoyo a la familia con medidas como auxilio de un familiar capaz de modelar los cuidados maternos, visitas domiciliarias por personal especializado que actúe como "conciencia moral",

favorecimiento del contacto físico entre madre e hijo y actividades satisfactorias para ambos como medio de mejorar el apego afectivo, corrección de problemas médicos en el niño o en la madre, orientación sobre características de la conducta del niño dentro de las diferentes etapas del desarrollo, y otras similares que, solas o en conjunto, aumentan la confianza u los recursos del agresor para responder a las necesidades del niño y también su capacidad de control para hacer frente al malestar ocasionado por el cansancio y la frustración que se producen durante la crianza de los hijos". (16)

Otro aspecto fundamental se puede lograr con la combinación de terapéutica de enfoque individual y conyugal con la de grupo, especialmente a que reúne personas con problemas similares, pues escuchar las experiencias de otros padres contribuye a generar autoaceptación e impulsos hacia el cambio. Siempre se habla de terapia a los dos padres por que aunque uno de ellos haya sido identificado como el agresor, el otro desempeña un papel de función pasiva al no hacer nada por impedir la agresión, ya sea por complicidad o por que también es víctima de la violencia. (12)

Maher considera que "no sólo es necesario prestar atención al menor, la familia y las circunstancias que los rodean, sino también al equipo multidisciplinario profesional, su funcionamiento y su problemática, con el fin de que el sistema trabaje eficazmente y ofrezca protección infantil sin causar el mínimo daño a la familia", por este motivo, según Maher debe tomarse en cuenta el compromiso, preparación profesional en el manejo del MI, la cooperación, comprensión y conocimiento profundo de la dinámica familiar. (3)

Santana considera que en nuestro país se requiere de una mayor interacción de los organismos encargados de la protección del menor maltratado, así como destinar más recursos financieros y humanos (equipo multidisciplinario capacitado) para

CONCLUSIONES

El maltrato infantil es la ejecución de un acto u omisión de forma intencional, por los padres o cuidadores del menor, causando un daño que perjudique el desarrollo normal del niño.

Para que se desarrolle el maltrato se necesita una triada que es: un niño, un agresor y factores detonantes.

El niño más expuesto es el que nace con alguna patología, no es deseado o no llena los requisitos de los padres, se ha descubierto que el principal agresor resulta ser la madre.

El fenómeno del maltrato infantil aunque es un problema médico-social resulta difícil de abordar para la sociedad en general, ya que la mayoría de las personas temen resultar involucradas en problemas legales o con repercusiones de los familiares del menor.

La presencia del Síndrome del niño maltratado ha incrementado en nuestra sociedad, por tal motivo es importante tomar una verdadera conciencia en la gravedad del problema, regularmente la agresión física no ocurre una sola vez por lo tanto corre un gran riesgo el bienestar y la vida del niño. El trauma craneoencefálico es la principal causa de muerte por maltrato infantil, la segunda es el trauma abdominal.

Hay que sensibilizar a la población para que en conjunto se logre disminuir el dolor y sufrimiento de los niños atacados.

Todos los miembros de la profesión dental deben estar bien informados de las características del maltrato infantil ya que la mayoría de casos presentan lesiones bucofaciales y posiblemente los cirujanos dentales sean los primeros al que los cuidadores recurran para la atención de las lesiones del menor.

El diagnosticar el abuso o negligencia sospechada es sólo el primer paso en el que el odontopediatra, debe estar preparado para tomar acción inmediata de remedio en nombre de la víctima.

Los odontólogos deben volverse más conscientes de sus responsabilidades moral, ética y legal en el reconocimiento y reporte de casos de abuso o negligencia en el niño. Todos los profesionales dentales necesitan entender la severidad del problema.

Para cualquier lesión inexplicada en cualquiera de los dientes o tejidos blandos se debe sospechar por lo tanto hay que investigar algunos puntos:

- *La lesión es congruente con la historia dada y con la edad del niño
- *Hay signos de trauma de abuso previo repetido
- *El padre o niño exhiben algún comportamiento extraño o se observan indiferente al cuestionamiento
- *Hay evidencia de negligencia o escasa supervisión del niño

Es necesario utilizar en el consultorio, una historia clínica especial cuando se sospecha de abuso, para ayudarnos en el proceso de documentación y tomar una decisión sobre la probabilidad del maltrato.

Aunque en nuestra sociedad es difícil tomar la opción de denuncia, hay que perder ese miedo a realizarla, muchas veces para no involucrarse por completo, se puede notificar el caso, verbal o anónimamente, lo importante aquí es no pasar lo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Santana Rosalinda. El maltrato infantil: un problema mundial, Salud Pub. Mex., 1998,40(1);58-65
- 2.Loredo A. A. Maltrato al menor, México D.F.: Interamericana McGraw-Hill,1994
- 3.Herrera Emilio. Indicadores para la detección de maltrato en niños, Salud Pub.Mex, 1999,41(5);420-425
- 4.[www.logoterapia.com.art/trabajando con logoterapia](http://www.logoterapia.com.art/trabajando%20con%20logoterapia)
- 5.Welbury R.R. The dental practitioner's role in protecting children from abuse, British Dental J. 1998,184,(2);61-65
- 6.Steven M. Aldair, Demographic,educational,and experiential factors associated with dentist' decisions to report hypothetical cases of chil maltreatment. Pediatric Dent. 1997.19(8);466-469
- 7.Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. Mex. D.F. Trillas,1991
- 8.www.dif.gob.mx/malinf.htm.
- 9.www.medinet.net.mx
- 10.www.grupoese.com.
- 11.Barreto Luciana, Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional, Bol Oficina Saint Panam, 1996,121;123-135
- 12.[www.rionet.com.art/ayudando a aliviar el dolor](http://www.rionet.com.art/ayudando%20a%20aliviar%20el%20dolor)
- 13.American Academy of Pediatric Dentistry, Oral and dental aspects of child abuse and neglect, Pediatrics, 1999,104;348-350
- 14.Commite on Early Childhood,Adoption,and Dependent Care, Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect, Pediatrics,1986,78(3);537-38
- 15.Loredo A.A. Maltrato al menor: problema mundial en salud pública, Salud Pub. Mex. 2000, 42;273-274
- 16.Foncerrada Miguel, El niño víctima del maltrato físico, Rev.Med.IMSS, 1982,20;457-468

17. www.amain.com
18. Martínez Enrique, Maltrato infantil: un problema inquietante, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1993,50;557-562
19. www.encolombia.com/pediatria
20. Schmitt Barton, Physical abuse: specifics of clinica diagnosis, Pediatric Dentistry, 1986,8;83-87
21. Loredó A.A. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1999,56;129-134
22. Carrote P.V. An unusual case of child abuse, Br. Dent. Jr. 1990,168;444-45
23. Comité de expertos sobre maltrato al menor, Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1999,56;195-197
24. Loredó A.A. Ruta de abordaje en un centro hospitalario pediátrico de la ciudad de México, 1998,19;205-210
25. Lynn Douglas, Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect, JADA, 1995, 126;1173-1179
26. Saxe Michael, Child abuse: A survey of ASDC members and a diagnostic data assesment for dentists, J. Dentistry for Child. 1991, sep-oct :361-366
27. Needleman Howard, Effectiveness of a statewide child abuse and neglected educational program for dental professionals, Pediatric Dent. 1995,17;41-45
28. Barbería E. Odontopediatría, Masson, Barcelona, 1995
29. Ripa, Manejo de la conducta odontológica del niño, Mundí, Argentina, 1984
30. Loredó A.A. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1993,50;898-901