



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA RESPECTO
A LA SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES DEL
ORFANATORIO "LA PAZ" A.C. 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ANA JULIETA QUIROZ RIVAS

DIRECTORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA

MÉXICO, D. F.

2006.



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.

DEDICATORIAS

A mi madre: Inés Rivas

Quien siempre a creído en mi. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu confianza, dedicación y entrega constante, por todos los esfuerzos que has hecho para que yo halla logrado concluir esta faceta de mi vida, pero sobre todo por todo el amor que me has brindado, espero que te sientas orgullosa de mi. Doy gracias a Dios y a la vida por tener una madre y una gran amiga en tu persona .TE AMO.

A la memoria de mi padre: Gonzalo Quiroz

Te doy las gracias porque hiciste de mi una persona honesta, por haberme inculcado valores y principios , por los regaños que recibí y me ayudaron a ser mejor cada día, por ser un ejemplo a seguir , por tu lucha constante y fortaleza, porque se que donde quiera que estés me tomaras de la mano como cuando era una niña y seguirás guiando mi camino, espero que te sientas orgulloso de mi. Estarás siempre en mi recuerdo

A mi AMADA Cynthia.

*Gracias por ser parte de mí, por haber llegado a mi vida en los momentos más difíciles, por haberme ayudado a seguir adelante cuando sentía que nada tenía razón de ser, por ser lo más importante que tengo en la vida, por ser la luz que ilumina y guía mi camino, por ser mi motivación para continuar .
Este logro es por ti y para ti.
TE AMO ANGELITO*

A mis hermanos: Claudia y Cristhian

*Por ser personas importantes en mi vida, por ser parte de mi formación
Les doy las gracias por soportarme, los quiero mucho, aunque no se los diga muy seguido.*

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios

Por darme la vida y la alegría de terminar con esta faceta de mi vida, por llevarme siempre de tu mano, por darme la oportunidad de hacer realidad mis sueños, por ser mi mejor amigo

A mis amigas: Los Ángeles de Charlie

*Gloria, Liliana, Mónica, Lourdes y Silvia, les doy las gracias por haber hecho de mi estancia en la universidad amena, llena de momentos inolvidables, por haber compartido conmigo alegrías y tristezas, porque siempre que las necesite ahí estuvieron incondicionalmente, son y serán parte importante en mi vida, ojalá y nuestra amistad siga por siempre
Las quiero mucho.*

A la Dra. Leonor Ochoa.

*Le estoy eternamente agradecida por el tiempo dedicado, la confianza y paciencia que tuvo para la revisión y elaboración de esta tesina, aunque el tiempo que compartimos fue mínimo pude percatarme de la gran persona que es usted.
Que Dios la bendiga.*

A la Dra. Paty

*Por su credibilidad en mí, por su ayuda y optimismo, por hacer que las cosas difíciles se hicieran más sencillas, por sus comentarios amenos en momentos de angustia.
Gracias.*

A Jessy y Lupita.

*Por la ayuda que me brindaron para llevar a cabo éste proyecto, sin ustedes no lo hubiese finalizado.
Gracias.*

Agradezco a la máxima escuela de estudios, la "UNAM" por darme la oportunidad de formar parte de ella y ver realizada una de mis más grandes metas.

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Antecedentes.....	10
3. Marco teórico.....	14
3.1 Concepto de salud bucal.....	14
3.2 Concepto de calidad de vida.....	16
3.3 Concepto de salud bucal - calidad de vida.....	18
3.4 Definición y clasificación de adolescencia.....	19
3.5 Violencia intrafamiliar.....	20
3.5.1 Maltrato.....	25
3.5.1.1 Maltrato físico.....	26
3.5.1.2 Maltrato psicológico y emocional.....	30
3.5.2 Abuso sexual infantil.....	35
3.5.2.1 Incesto.....	40
3.5.3 Abandono.....	41
3.6 Niños en situación de calle.....	44
3.7 Aspectos generales del orfanatorio.....	48
3.8 Caries, CPO-D.....	50
3.9 IHOS.....	56
3.10 Perfil del Impacto de la Salud Bucal (OHIP).....	57
4. Planteamiento del problema.....	59
5. Justificación.....	60
6. Objetivos.....	61
6.1 Objetivo general.....	61
6.2 Objetivos específicos.....	61
7. Material y método.....	62
7.1 Tipo de estudio.....	62
7.2 Población de estudio.....	62
7.3 Muestra.....	63
7.4 Criterios de inclusión.....	63
7.5 Criterios exclusión.....	63

7.6 Operacionalización de variables.....	64
7.7 Método de recolección de la información	70
7.8 Plan de Análisis.....	71
7.9 Recursos.....	72
7.9.1 Humanos.....	72
7.9.2 Materiales.....	72
7.89.3 Financieros.....	73
7.10 Aspectos éticos.....	73
8. Resultados.....	74
9. Conclusiones.....	83
10. Bibliografía.....	85
11. Anexos.....	88

1. INTRODUCCIÓN

La armonía y normal evolución de la vida infantil queda a veces trastornada o alterada por un acontecimiento dramático; la irregularidad o carencia de hogar. Se plantea entonces, de manera radical, la más aguda necesidad que puede afectar a la infancia, o sea, la de sustituir artificialmente el ámbito familiar procurando reducir al mínimo el riesgo de inadaptación o desequilibrio por parte del niño.

Mucho se ha hablado y escrito acerca de este grave problema del niño sin familia, que procuran suplir las instituciones a las que quedan encomendado. Interesa hacer una llamada e invita a reflexionar en la enorme importancia del problema de estos niños; problema trascendental que irá más allá de ellos mismos, precisamente porque le ha afectado en lo más íntimo y personal. Ese vacío que sellará sus vidas será la causa de muchas actitudes y comportamientos posteriores, será la causa principal de una manera de ser posterior, cuando intenten incorporarse a una sociedad desconocida, o al menos muy distante de la que hasta entonces han permanecido. Este problema se asienta en las heridas de la afectividad, en su falta de satisfacción de esa necesidad de amor, de cariño, de atención solícita, como solamente la madre es capaz de prodigar al niño

El orfanatorio, a pesar de sus grandes inconvenientes será siempre necesario como forma protectora de la infancia desvalida e inadaptada. Es una realidad con la que hay que contar de manera especial para tratar de conseguir que además de un centro educativo y protector sea también un centro de vida, y por otra parte, para no perder de vista los problemas que plantea en orden a la personalidad futura de los niños aquí acogidos.

Respecto de la situación familiar, podemos anotar que se puede presentar circunstancias que generan malos tratos a los niños cuando éstos no han sido deseados, cuando provienen de uniones extramatrimoniales, cuando son adoptados o incorporados en alguna otra familia de manera transitoria o definitiva. Puede ser que los malos tratos se den en familias numerosas, en razón de carencias diversas, educacionales, de habitación, económicas, etc.

Generalmente en las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes, mal administración de dinero (cuando lo hay), desempleo o subempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela y, por lo tanto, desintegración familiar.

Efectivamente, en la actualidad es indispensable poner un especial énfasis en el grave problema que representa el maltrato y descuido de que son víctimas muchos niños. Existen muchas formas de maltrato. Las estadísticas son aterradoras y van en aumento constante. En los Estados Unidos, país donde existen datos más confiables se habla de que solo en el año de 1996 hubo tres millones de denuncias de maltrato infantil; en un millón (la tercera parte) fue corroborado el fenómeno: 23% correspondió a maltrato físico, 9% a abuso sexual, 60% a negligencia, 4% a privación emocional y 4% a otras formas. Este problema es aún mayor en los llamados países en vías de desarrollo como el nuestro.

Estadísticamente el 17% de las víctimas corresponden al grupo de edad de los 0 a los 5 años (aunque en este grupo ocurren el 74% de las muertes), el 57% de los 6 a los 14 años y el 26% de los 15 a los 17. Los niños con necesidades especiales son cinco veces más susceptibles de ser víctimas de abuso o negligencia.

En cuanto a las lesiones intraorales, el 32% lo representan las fracturas dentarias, el 14% laceraciones, 11% fracturas de los maxilares y 5% a quemaduras orales.

Por otro lado, la negligencia oral es considerada cuando existen condiciones como caries o enfermedad periodontal mal tratadas que puedan producir dolor, infección y pérdida de función, afectando el aprendizaje, comunicación, nutrición y otras actividades para un sano crecimiento y desarrollo. Este problema es demasiado común en nuestro país e incluye padecimientos como la caries temprana infantil. Los niños maltratados tienen 8 veces más probabilidades de padecer caries que un niño no maltratado.

Tristemente en México aunque no se han realizado verdaderos esfuerzos por parte de las autoridades para frenar este tipo de delitos, existen instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (INP-UNAM) a las que se puede recurrir para denunciar este tipo de prácticas,

La salud de la población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales: condiciones del medio ambiente, formas de organización social, estructura económica, grado de urbanización, y estilos de vida escolaridad, nutrición, son todos los estos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta. El cuidado de la salud es por lo tanto, un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas.

En relación a la salud bucal y específicamente a la caries dental, se ha observado que en algunos países está disminuyendo pero en otros como en México persiste una prevalencia elevada. También se ha observado que por ser de etiología multicausal, la enfermedad tiene un comportamiento muy variable aún en grupos de individuos sujetos a las mismas condiciones de riesgo.

Los estudios que se han hecho acerca de los factores de riesgo de la caries dental se han orientado fundamentalmente al agente infeccioso y a las condiciones del ambiente y son pocos los estudios relacionados con la susceptibilidad o resistencia que por naturaleza propia pudiera poseer el individuo al ataque de esta enfermedad; por lo que se considera importante seguir investigando al respecto.

2. ANTECEDENTES

Cuatrocientos años antes de Cristo, Aristóteles expresaba “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. En Grecia, Roma y muchos otros países de la antigüedad el padre podía vender o matar a su hijo.

En 1962 C.H. Kempe, y colaboradores reunieron 749 casos de niños maltratados en Estados Unidos, 302 de ellos fueron hospitalizados, lo que representa el 40.2% del total de casos estudiados; de estos hechos, 447 se denunciaron a las autoridades, lo cual da un porcentaje del 59.7%; de éstas 749 observaciones, en 78 de ellas, 10.4 %, el resultado fue la muerte y en 114 casos, 15.2% se comprobaron secuelas cerebrales por maltrato ¹

Los estudios realizados por D.G. Gil manifiestan que en Estados Unidos sólo en 1967 se tuvo conocimiento de 5993 casos de niños maltratados de los cuales una cuarta parte tenían menos de 2 años, otra cuarta parte de 2 a 6 años, otra cuarta parte de 6 a 10 años y otra parte igual más de 10 años, el 60% de niños examinados había recibido tratos análogos, y únicamente el 46% vivía a lado de su propio padre, el nivel intelectual y social de los padres era muy bajo y sólo el 2 % laboraba todo el año.¹

En publicación editada en 1969 por la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children*, de Londres, Inglaterra, Skinner y Castle efectuaron un estudio en 78 niños maltratados menores de 4 años que dio por resultado los siguientes datos: mientras más pequeño es el niño tiene más riesgo de ser maltratado, el 56 % de los niños tenían menos de 1 año, de los 78 niños examinados a 32 de ellos (41%) se les había tratado por traumatismo, de los cuales resultaron ser en 19 casos fracturas o hematomas subdurales, en 9 casos hubo diagnóstico de desarrollo insuficiente.¹

En México, en el año 1971 los días 7 y 8 de septiembre se celebró un ciclo de conferencias sobre el tema del Maltrato Físico al Niño, en el cual se analizaron aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos. Como resultado de este evento se editó una publicación que contienen trabajos del Dr. Miguel Fonserrada y colaboradores.

Del 4 al 9 de julio de 1977, en la Sociedad Mexicana de Pediatría, se verificó el simposium sobre el niño golpeado, y de esta serie de actos se produjo una publicación titulada: El maltrato a los hijos, de Jaime Marcovich, con trabajos de Amara, Burgoa, Chejoyn, Dávila y otros.

Marcovich en 1978, escribe lo siguiente como resultado de una investigación hecha en el Hospital Infantil de México:

1. En cuanto al tipo de lesiones: predominan quemaduras, azotes, inanición, ayuno prolongado, baños con agua helada, encierros, amarres e intoxicación con yerbas.
2. Con relación al sujeto agresor: madres 39%, padres 19%, padrastros y madrastras 10%.
3. En cuanto a la edad: porcentaje predominante intervalo de 4 a 6 años 23%, a 12 años 20%.
4. En cuanto al sexo: de 618 casos 50.6 % maltrato femenino, 49.4% maltrato masculino.²

Heredia Jasso, en base a un estudio del Dr. Rodolfo Flores Talavera, afirma que en México se presentan anualmente 6 millones de casos de niños golpeados por sus padres. Calos A. Medina, en un artículo publicado en Excelsior, el 25 de mayo de 1978, manifiesta que más de 1 millón y medio de menores de edad son explotados por parte de comerciantes o de sus propios padres.³

La UNICEF (*United Nations International Childrens Emergenci Fund*) estima que aproximadamente el 4% de la población infantil mundial esta sometida a condiciones de maltrato físico. En cuanto a América Latina, UNICEF considera la existencia en 1992 de 6 millones de niños severamente maltratados en la región.⁴

El CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar) creado en octubre de 1990, refiere que existen cerca de 1 800 000 menores en situaciones de maltrato físico en México, de éstos el grupo más agredido es el de 5 a 9 años, distribuyéndose las proporciones de la siguiente manera:

0-4 años	27%
5-9 años	39%
10-14años	28%
15-17 años	6%

Un estudio basado en encuestas nacionales sobre el trabajo doméstico entre las menores de 18 años muestra que en 1995, 2.5% de las niñas de entre 12 y 14 años y 12% de las adolescentes de entre 15 y 17 trabajaban como empleadas domésticas, eran que las familias pobres utilizan la estrategia de aumentar el ingreso familiar a costa de la autoexplotación de sus miembros⁵

En el CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar), por tipo de maltrato (enero-sep 1997) de acuerdo sus estadísticas los casos más frecuentes de maltrato se distribuyen de la siguiente forma:

1. Maltrato psicológico y físico	53.3%
2. Maltrato psicológico, físico y sexual	30.3%
3. Maltrato psicológico, y sexual	1.6%
4. Maltrato psicológico	14.8%

Un estudio realizado por casa Alianza sobre 40 familias de niños que vivían en la calle de la Ciudad de México, demostró que 40 % de la muestra se hallaban en situación de pobreza extrema o de subsistencia, es decir, percibían menos de 2 salarios mínimos. Había un promedio de 6.2 personas por vivienda, situación que se agudizaba al considerar que 68% de las familias contaban con 2 cuartos además de la cocina y el baño.⁶

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTO DE SALUD BUCAL

Yewe Dwyer definió la salud bucal de la siguiente manera: “La salud bucal es un estado de la boca y un conjunto de estructuras asociadas en donde la enfermedad está contenida, las enfermedades futuras son inhibidas, los molares son lo suficientemente fuertes para masticar comida y los dientes son de una apariencia aceptada socialmente”. Mientras que esta definición hace referencia a lo que concierne funcional y socialmente, también hace una división entre dos paradigmas de salud, el aspecto médico y el socioambiental.⁷

Una definición alternativa más sólida y actual, fue la presentada recientemente por Dolan, definiendo la salud bucal como una dentición cómoda y funcional, la cual permite a los individuos continuar con un rol social deseado. Esta definición coloca a los roles sociales y de función como componentes clave, localizándose dentro del campo de la salud.⁸

La salud bucal esta relacionada con el bienestar y la calidad de vida, los cuales se miden de acuerdo a dimensiones funcionales, psicosociales, culturales y económicas. La dieta, la alimentación, el sueño, el estado psicológico, la interacción social, la escuela y el trabajo son afectados por la mala salud bucal.⁹

Se han identificado cinco principales impactos por problemas bucales: Psicológico, de percepción, de comportamiento, de salud y social. Sumados a estas categorías están una gran cantidad de pensamientos negativos, sentimientos y miedos, comportamientos de evasión y comportamientos relativos a la alimentación, a la higiene bucal, la automedicación y otras manifestaciones de los problemas bucales incluyendo tensión muscular, llanto y agresión. Se sabe también que los problemas

dentales alteran el sueño y tienen profundos efectos sociales, afectando el trabajo y las relaciones personales.⁸

El dolor orofacial como síntoma de problemas bucales y dentales no tratados, es una causa importante de disminución de la calidad de vida, al relacionarse con el insomnio, la depresión y muchos otros resultados adversos.

Al hablar de salud bucal, no podemos solo enfocarnos a la cavidad bucal, más bien debemos centrar nuestra atención en el individuo; en la forma en que las enfermedades bucales, los desórdenes y las condiciones ya sean relacionadas con la cavidad bucal o con otras condiciones médicas, se ven unidos. En este caso, las enfermedades bucales y los desórdenes no son diferentes de los generados en otras partes del cuerpo.

3.2 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un término frecuentemente usado en la literatura médica y las ciencias sociales, es un concepto que ha sido considerado como impreciso, amorfo y etéreo. El término de salud relacionado con la calidad de vida fue acuñado para darle precisión al uso indefinido del concepto de calidad de vida en el área médica.⁷

Existen diversas formas de abordar el término de calidad de vida, esto se observa en la cantidad de definiciones y maneras distintas de operar y medir el concepto. La falta de consenso al usar esta definición y el rol fundamental de los valores para determinar la calidad de vida, nos deja una inevitable conclusión de que la calidad de vida solo puede ser conceptualizada a nivel personal.⁷

Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún tipo de maltrato y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y de tratamiento.

En 1948 La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió “Salud” como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad, con lo cual el término evolucionó desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias y expectativas de una persona.¹⁰ Considerando que las perspectivas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y algún tipo de maltrato afectan la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud pueden tener diferente percepción personal de la misma. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud ni explorarse de un individuo a otro.¹¹

Una definición de calidad de vida que adopta esta posición y es consistente con la promoción de la salud, en teoría y práctica, fue recientemente desarrollada por el centro de promoción en salud en la Universidad de Toronto, en donde precisa que: “la calidad de vida tiene que ver con el grado en que el individuo puede disfrutar de las posibilidades de vida”.

Para poder tener un concepto más claro de lo que es calidad de vida debemos comprender los conceptos de bienestar tanto físico, mental y social:

- El estado de bienestar físico se refiere a la función normal del organismo esto es que el individuo pueda realizar normalmente funciones cotidianas como lo son bañarse, vestirse, comer, moverse, etc.
- El bienestar mental implica que sus funciones se encuentran intactas, es decir que no exista estrés, ansiedad, miedo, etc.
- El bienestar social se refiere a la capacidad del individuo a relacionarse y participar en la sociedad, dentro de la familia, con los amigos, como ciudadano, y en el trabajo.

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas a los individuos.¹²

La calidad de vida se verá afectada debido a diversos factores como lo son la vivienda, recreación, alimentación, educación, valores, trabajo higiene y salud. Ésta última incluyendo la salud general y la salud bucal.⁷

3.3 CONCEPTO DE SALUD BUCAL - CALIDAD DE VIDA

La salud bucal esta relacionada con el bienestar y la calidad de vida, los cuales se miden de acuerdo a dimensiones funcionales, psicosociales, culturales y económicas. La dieta, la alimentación, el sueño, el estado psicológico, la interacción social, la escuela y el trabajo son afectados por la mala salud bucal.¹³

Las enfermedades o afecciones bucales pueden provocar que el individuo tenga una percepción distorsionada de su imagen y disminución de la autoestima.⁹

Al presentar problemas para pronunciar, el individuo elegirá disminuir su interacción con la sociedad lo que afectará directamente con su bienestar social; problemas con la masticación, ya sea por dolor o por ausencia de los dientes, o el sabor percibido de los alimentos provocará cambios en su elección afectando su bienestar físico, al no ser adecuada su nutrición.¹⁴ Así mismo, el impacto de las afecciones bucales influye en las funciones sociales limitando la comunicación verbal y no verbal, la interacción social, y las relaciones íntimas.

Un individuo que tiene sus dientes en desarmonía no tiene la misma seguridad al sonreír que otro con una sonrisa armónica. Una persona que tiene dolores en la articulación temporo mandibular (ATM) vive en un estado de estrés infinitamente superior en comparación con un individuo que no lo presenta, sucede lo mismo para una persona con mal aliento, que no tiene la misma seguridad de relacionarse con alguien con aliento agradable.

La determinación de la salud relacionada a la calidad de vida de un individuo es realizada contra un contexto cultural, el cual incluye valores, costumbres y tradiciones de una sociedad en particular. Como consecuencia, entre los grupos de una misma sociedad se encuentran diferencias respecto al concepto de salud y enfermedad.

3.4 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es una fase del desarrollo del ser humano que oscila entre los 10 y 21 años de edad ¹⁵ en donde individuos de diferentes razas, tamaños, formas, colores, actitudes y familias, inmersos en un mar social y cultural crecen y se desarrollan de la mejor manera posible de acuerdo a sus propias potencialidades de tal manera que le faciliten el reconocerse como individuo en particular, el tiempo que aprende una serie de cosas que el permitirán adaptarse en su medio ambiente, participando en algunos aspectos sociales y culturales con los que vive.

Clasificación

- Adolescencia inicial: 10-13 años
- Adolescencia media: 14-17 años
- Adolescencia final: 18-21 años

Estas categorías obedecen a cinco aspectos básicos que hay que tener en cuenta para la evaluación como son:

1. La edad cronológica
2. La edad del desarrollo
3. Sexo
4. Raza
5. Sociedad y cultura a la que pertenece ¹⁵

3.5 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Violencia, la definimos como el uso ilegítimo de la fuerza y del poder para someter o controlar a otros, que por lo regular se encuentran en un estado más vulnerable que el que somete ya sea por su sexo, edad, fuerza, o relación de parentesco. Este sometimiento utiliza métodos que generalmente causan daño físico o emocional grave en quien se ejerce.¹⁶



Fuente: www.ine.gob.gt

Se define violencia intrafamiliar como aquella violencia que tienen lugar dentro de la familia ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende entre otros maltrato físico, psicológico y abuso sexual.

Se entiende que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o a la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo castigo e intimidación.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la capacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso sexual y drogas.

Todos sabemos que siempre es triste y doloroso arrastrar la vida cuando no se recibió amor, sobre todo de los padres durante la niñez. Todo el que ha estudiado siquiera un poco al ser humano, le va a decir que los 5 primeros años de la vida dejan una marca imborrable para toda la vida, para bien o para mal. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar de fertilizante a un árbol que empieza a crecer, pero el golpearlo es echarle veneno, lo va a terminar de matar psicológica y emocionalmente.

Resulta difícil llegar a un acuerdo sobre la definición de violencia, puesto que cada uno tiene una apreciación individual sobre lo que es violento y no lo es.

Violencia suele ser confundida con agresividad. La agresividad sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer su territorio. La violencia, en cambio, rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos. Es una fuerza destructora de sí mismo y del otro. Es consensual definir el acto violento como todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo.

Es en la familia donde nacen y maduran los sentimientos más intensos, y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos.

Antaño la violencia parecía ser un signo del destino y de lo inevitable. Hoy en día la justicia interviene más a menudo en los asuntos familiares, cada vez hay más quejas de las personas víctimas de violencia familiar, legitimando así la nueva disponibilidad social con respecto a esta problemática. Actualmente existe una tendencia; similar a espacio familiar y espacio social, con el derribamiento de las últimas barreras que hacían creer que en el ámbito de la familia cualquier persona podía sustraerse a la ley general e igualitaria.¹⁷

El ritmo de vida y los factores que observamos de delincuencia, violencia, carencias económicas, instituciones ineficaces, funcionarios corruptos y en sí todo lo que nuestra sociedad está viviendo, impide que las familias y sus miembros puedan ofrecerse mejores tratos o mejor nivel de vida; es por esto importante continuar

analizando las consecuencias de la reacción social al problema de violencia intrafamiliar.

Actualmente hay que desmentir que el hogar es el lugar de protección para la familia, sobre todo para la mujer y los hijos, pues a través de las denuncias se sabe que este lugar se ha convertido en un lugar de peligro para las mujeres y los niños, ya que muchos actos de violencia se llevan a cabo en el interior de la casa, lugar que se cree, debe servir de apoyo para la familia y sus componentes¹⁸



Fuente: www.programas.tvn.cl

Los profesionales del campo de la justicia, de lo social o de la salud que se enfrenta con fenómenos de violencia necesitan instrumentos conceptuales y operativos que resulten adecuados para comprender y analizar estas situaciones.¹⁷

Ciclo de violencia intrafamiliar.

Se ha estudiado un ciclo que se caracteriza por tres fases fundamentales:

1. Acumulación de la tensión. Se caracteriza por cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos. La víctima se muestra complaciente y sumisa, o trata de hacerse invisible. El agresor, animado por esta aceptación pasiva, no se cuestiona ni se controla a sí mismo.

En casi todo agresor hay una cierta dependencia de su pareja. El temor de perderla se ve reforzado por los esfuerzos de la víctima por evitar contacto con él. Mientras más se distancia de ella, él se vuelve más celoso, posesivo y hostigante

2. Descarga aguda de violencia., Se caracteriza por la fuerza destructiva de ataques. El agresor comienza por querer “darle a ella una lección”, termina encontrando que la ha lastimado severamente, al final no entiende qué paso.

Cuando pasa el ataque agudo le sigue un período inicial de shock, negación del hecho. Tanto el agresor como la víctima, buscan formas de justificar la seriedad del ataque, depresión profunda y sentimiento de desamparo.

3. Luna de miel Se distingue por la actitud del agresor, extremadamente amorosa y arrepentida. Él se da cuenta que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. El agresor se conduce de modo encantador; se siente mal por sus acciones y transmite su remordimiento. Promete a la mujer no volver a hierirla e implora su perdón. El cree verdaderamente que no volverá a lastimar a su pareja y que será capaz de controlarse en el futuro. Cree también que ha dado tal lección a su compañera que ella no volverá a comportarse en forma que despierte en él la tentación de agredirla.

Con frecuencia el agresor inicia una intensa campaña para ganarse el perdón de la víctima y asegurarse que la relación permanecerá intacta.. La víctima comienza a responsabilizarse por la suerte de su agresor; siente que debe ayudarlo.

La mujer maltratada quiere creer que no volverá a sufrir agresiones. La actitud arrepentida de su pareja apoya sus ganas de creer que él puede realmente cambiar. Sin embargo, si ella ha pasado ya por diversos ciclos, probablemente

se dé cuenta de que está arriesgando su bienestar físico y emocional, por un breve respiro de amor.¹⁸

Hay diversas formas de violencia: física, psicológica o moral y sexual; ésta última lamentablemente es una de las más cotidianas dentro de la familia, y se manifiesta en abuso sexual, y violación, siendo los violadores, en su mayoría hombres, sin importar si son sacerdotes, políticos, ricos, pobres e incluso los padres, tíos, abuelos y hasta hermanos.

La violencia dentro de la familia se ve canalizada principalmente hacia la mujer, la cual a veces no sólo es golpeada, sino incluso también es violada; respecto a los hijos, los factores son los mismos, hay niños golpeados, encerrados, maltratados, abandonados, que muchas veces provienen de familias desintegradas, donde en ocasiones también son ultrajados, por vecinos, familiares, o sus mismos padres los cuales suelen ser desempleados, alcohólicos e incluso drogadictos. Este tipo de abusos existen en todas las clases sociales y ámbitos culturales, tristemente otro factor importante y que casi nunca es tratado, es un abuso previo, es decir, el victimario alguna vez fue víctima; si esta persona no fue atendida física y psicológicamente el ciclo se repite y en lugar de ayudar a la víctima, provocamos que se genere más, y lo peor, es que el abuso es reiterado, provocando un mayor desequilibrio emocional de la víctima.¹⁸

3.5.1 MALTRATO

Es la violencia en menores en su aspecto físico, emocional o sexual. Un niño maltratado es aquel que en el transcurso de la interacción de sus padres, sustitutos u otros adultos resulta objeto de lesiones físicas o emocionales no accidentales (intencionales), derivada de acciones (u omisiones) por parte de ellos.¹⁶

Los niños socialmente más desvalorizados y en más riesgo de maltrato pueden ser agrupados de la siguiente manera:

1. Niños con problemas de salud, con alguna deformidad o impedidos.
2. Niños en determinadas etapas de desarrollo (por ejemplo, antes del control de esfínteres, o cuando entran a la adolescencia y desarrollan conductas de oposición a los padres).
3. Niños vinculados a nacimientos difíciles.
4. Últimos niños en familias numerosas o niños con separación mínima con relación al anterior.
5. Menores con determinadas características de personalidad o de conducta (por ejemplo, niños que lloran demasiado o son muy inquietos).
6. Niños con escaso apoyo social. Por ejemplo, niños que nacen en hogares deshechos, o de madres solas, hijastros o huérfanos.
7. Hijos no deseados con problemas económicos o porque la madre es soltera. En general, casos en que se intento suspender el embarazo.⁴

3.5.1.1 MALTRATO FÍSICO

El maltrato físico constituye el tipo de maltrato más conocido y descrito, generalmente como manifestación tardía de un problema antiguo o una situación de crisis en los cuidadores.

Se entiende como maltrato físico a toda agresión infligida por un adulto, producida por el uso de la fuerza física no accidental que produzca una lesión que supere el enrojecimiento de la piel. Se considera maltrato físico, también el uso de cualquier instrumento para golpear a un niño. ¹⁹Bajo estos términos podríamos decir que el maltrato físico es muy frecuente, lo cual es cierto si se tiene en cuenta un estudio realizado en hogares y escuelas en donde el 73% de las madres y el 60% de los padres manifestó haber maltratado a los niños bajo su cuidado sin importar el nivel socioeconómico ²⁰

En cuanto a los factores de riesgo para ser agredido, el “modelo de victimización” para ser agredido que nos presenta Maria Amelia Azevedo nos muestra como algunas características particulares de los niños pueden facilitar que las condiciones del maltrato se presenten. Dentro de estas características tenemos los niños prematuros, los de bajo peso, los niños con discapacidades, incontinentes, no previsibles, rebeldes, hiperactivos y aquellos físicamente no atractivos para los padres.

En cuanto a los presuntos agresores debemos tener en cuenta características culturales, sociales, las experiencias de socialización y las características personales.

Las principales características sociales que pueden llevar a un cuidador a maltratar a un niño o niña son la edad, el sexo, la situación económica y las experiencias de socialización con respecto a violencia intrafamiliar, historia personal de maltrato e ignorancia sobre las nuevas necesidades de los niños ante las situaciones actuales. ⁴

Formas de maltrato

Las formas de ejecución de malos tratos a los niños son todas aquellas que implican lesiones, homicidio o cualquier otro daño, sin importar que tales lesiones se realicen mediante la propia actividad corporal del sujeto activo o maltratamiento, las más frecuentes son las contusiones quemaduras, asfixias, lesiones por arma blanca y, en menor grado, lesiones por arma de fuego.

Dentro de los instrumentos usualmente utilizados para maltratar a los niños se encuentran elementos caseros como cucharas, y otros instrumentos para comer, escobas, sogas y otros elementos de aseo como planchas o elementos de vestir como correas, hebillas, entre otros; es decir, el agresor tiende a utilizar elementos de uso cotidiano.



Fuente: www.degute.com

Otro grupo de lesiones de maltrato físico que debemos buscar son las fracturas en cráneo y los huesos largos.

Entendemos por contusión toda lesión producida por un choque o aplastamiento contra un cuerpo duro no cortante. El mecanismo es variable: presión de cuerpo pesado, presión de dos cuerpos duros en movimiento, daño causado por el golpe de un objeto manipulado intencionalmente, el daño causado por el mismo cuerpo del

sujeto al caer o al proyectarse contra una pared o suelo, o bien por el desprendimiento de alguna parte del cuerpo mediante engranes o rodillos por ejemplo.

Las contusiones pueden dividirse en:

- Escoriaciones
- Contusiones con derrame
- Contusiones profundas sin herida cutánea
- Heridas profundas

Las quemaduras son otras formas frecuentes en que se causan lesiones a los niños. Benain define las quemaduras como “un conjunto de lesiones determinadas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que, actuando sobre tejidos, dan lugar a procesos de reacción locales y generales, cuya gravedad guarda relación con su extensión o profundidad”.

La asfixia es una forma frecuente de privar de la vida a los niños, y Bonnie la define como “la muerte, violenta o no, aparente o real, resultante de la interrupción transitoria o definitiva de los intercambios respiratorios”.

La muerte por asfixia puede presentar las siguientes formas:

- Sofocación
- Estrangulación
- Ahorcadura
- Sumersión

Otra forma menos frecuente, pero no rara, de maltrato, es la utilización de llamadas armas blancas. Estas se dividen en:

- Cortantes
- Punzantes
- Punzocortantes
- Contuso cortantes.¹

Desde la antigüedad, semejante costumbre ha pretendido justificarse como correctivo de la conducta o como medida intimidante para obtener su obediencia.

Pero también existen otras formas de maltrato, quizá más dañinas. Se maltrata al niño cuando se le abandona, cuando se le deja que crezca sin guía ni atención, cuando se le insulta y se le somete a humillaciones, o cuando se abusa sexualmente de él.

Un niño maltratado...

- No se sentirá querido, aceptado, útil
- Se volverá agresivo
- Tendrá una imagen negativa de si mismo y de los demás
- Crecerá convencido de que para educar es necesario ejercer violencia
- No obedecerá al adulto por respeto o por cariño, sino por miedo.
- Perderá su capacidad para aprender, para amar, para tener confianza en si mismo y en el mundo que lo rodea.

Debido a la dificultad para comprender la causa del maltrato y el dolor que le produce sentirse odiado por sus padres, es frecuente que el niño maltratado sea muy inquieto, que le cueste mucho concentrarse en los estudios y que no aprenda aún siendo muy inteligente, pierde la confianza en si mismo y en las personas que lo rodean, y cuando puede llegar a un límite que lo empuje a fugarse del hogar, e incluso a intentar suicidarse o, de hecho a quitarse la vida. Un niño maltratado es siempre un niño infeliz.

Los niños son seres que necesitan cariño y la estima de las personas que los rodean para crecer sanos y felices.

Con frecuencia, las personas que maltratan a los niños también fueron niños maltratados. Muchos padres maltratan a sus hijos por que están convencidos de que actuar así “es lo mejor para ellos” e incluso lo consideran parte de su responsabilidad como padres.

Muchas veces, al dirigirnos a nuestros hijos repetimos actitudes, palabras o acciones negativas que aprendimos de pequeños: pegar, gritar, ofender, amenazar o ignorar son experiencias que se vivieron y que no son fáciles de olvidar.

No todos los padres maltratan por gusto, sino por ignorancia. Piensan que a ellos también “les dieron palo” y no salieron tan mal.

El sufrimiento no es una condición necesaria para el aprendizaje. Al contrario: sólo es posible aprender si se es feliz.²¹

El maltrato infantil es un aspecto emocional enfermizo y cruel del problema generalizado de disfunción familiar en nuestra sociedad. Hacia 1966, cada una de las 50 entidades federativas de Estados Unidos había promulgado una legislación con el fin de describir las responsabilidades de los profesionales para informar la sospecha del maltrato infantil. Las mismas leyes que obligan al odontólogo a comunicar la sospecha de maltrato a menudo también lo protegen de demandas que entablan padres inocentes, molestos y vengativos. Aunque la ley varia de un estado a otro, al odontólogo estadounidense que no comunica dicho caso por lo general se le juzga de culpable de un delito simple de menor cuantía y se le aplica una multa o sentencia de cárcel, con frecuencia de 30 días de duración. La ley también suele hacerlo responsable, desde el punto de vista civil, de cualquier daño que se produzca al niño

por no informar del caso. En otras palabras, se culpa al odontólogo de daños y perjuicios por cualquier otro maltrato que el niño reciba en el futuro.

El dentista debe valorar la higiene global, así como la dental, y que la vestimenta sea conveniente. La sospecha de nutrición deficiente, la falta de evidencia de cuidados médicos y la ausencia de atención dental previa son situaciones que deben alertar al odontólogo sobre la posibilidad de negligencia. El dentista tiene la responsabilidad de seguir el mismo método con el abandono que con el maltrato; es su obligación comunicar dichos casos. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (*American Academy Pediatric Dentistry*) define la negligencia dental como la falta de voluntad de los padres para solicitar tratamiento de caries no atendidas, infecciones o dolor bucal, así como la morosidad de los padres o tutores para continuar el tratamiento una vez que se les informa de la existencia de las situaciones mencionadas.²²

3.5.1.2 MALTRATO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL

Se considera como maltrato emocional, aquel que acompaña a todos los tipos de maltrato, sea físico, abuso sexual, negligencia, entre otros. Por otra parte, el maltrato psicológico, es aquel que surge de agresiones verbales, rechazos abandonos, es decir, no impida agresión física.

Las causas del maltrato psicológico y emocional son multifactoriales, donde definitivamente variables como la situación económica, estrato social, el estrés, la patología, psicológica de los padres o encargados del cuidado del niño producto de diversas situaciones en su infancia, se interrelacionan, sin que finalmente se pueda determinar que factor tiene mayor relevancia.

Cuando se habla de maltrato psicológico y emocional es importante dejar en claro que no necesariamente es intencional y consciente en todas las ocasiones, es decir, puede ser producto de una falta de educación y orientación adecuada por parte de los padres o personas a cargo del cuidado de los niños, quienes simplemente se limitan a repetir el patrón de educación con el que fueron criados que consideran como el adecuado. Este tipo de casos es frecuente encontrarlos en las clases socioeconómicas bajas.

En términos generales el maltrato psicológico consiste en ignorar al niño por una parte, y agredirlo verbalmente por otra, recalcando repetidamente sus incapacidades y errores.

Cualquiera que sea la forma de maltrato psicológico, es claro que se convierte en un ataque directo al desarrollo psicológico del niño, así como al desarrollo de sus habilidades sociales.

Maltrato psicológico

Entre mas pequeño sea el niño, y por ende mas limitado en su sentido de identidad propia, más graves serán las consecuencias emocionales. En niños mayores, con un mayor desarrollo de su propia identidad puede que este mismo maltrato infringido a niños pequeños tenga menos impacto emocional.

En condiciones normales, cuando un niño siente miedo, angustia o cualquier otra emoción desagradable, los padres responden, principalmente con emoción y cariño, respuesta que tranquiliza al niño y que se acompañan de palabras tranquilizadoras y contacto físico. Cuando esto no sucede y los padres son incapaces de transformar estos sentimientos del niño, asumidas por el contrario actitudes repetidas de agresión, y rechazo, el niño no desarrollara habilidades de apego, experimentando maltrato emocional y psicológico.

Según la edad del niño y el desarrollo alcanzado, el impacto de una situación de maltrato sobre su proceso de desarrollo será diferente. Igualmente, si el niño desde temprana edad ha tenido un buen vínculo con sus padres o personas que le brindan el cuidado antes de ser maltratado, el impacto será menor sobre la calidad de vida del niño.



Fuente: www.acesa.com

A continuación mostrare las principales formas de maltrato psicológico:

Categorías de maltrato psicológico.

- Ignorancia del niño
- Rechazo
- Aislamiento
- Terrorismo
- Corrupción
- Agresión verbal
- Presión

Ignorancia del niño. Básicamente hace referencia a un concepto que corresponde al NIÑO FANTASMA, donde sus emociones, ansiedades, miedos, necesidades afectivas son solamente transparentes e imperceptibles para sus padres o personas a

cargo de sus cuidados. Por esta razón nunca le son devueltos de una forma que brinden alivio y le premian crecer sanamente, en otras palabras, no es tenido en cuenta dentro del núcleo familiar.

Rechazo. Se observa un claro rechazo por los adultos a cargo hacia sus necesidades, valores y solicitudes.

Aislamiento. El adulto asume conductas que llevan al niño a mantenerse privado tanto de su familia como de su comunidad, negando la necesidad del contacto humano.

Terrorismo. Constantemente el niño está expuesto a ataques verbales y a amenazas con objetos agresivos como cuchillos, armas, entre otros, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad, de esta forma el niño no tiene acceso al ambiente donde se sienta sano y a salvo.

Corrupción. El niño está expuesto indiscriminadamente a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando así el desarrollo de conductas sociales, situación que dificulta la adaptación de este niño a un ambiente normal.

Agresión verbal. Este tipo de maltrato, contempla la utilización continua por parte del adulto de una forma de llamar al niño de manera áspera y sarcástica, que día a día va disminuyendo su autoestima debido a la constante humillación. Tiene gran repercusión sobre la validación y confianza posterior del niño alterando significativamente la iniciativa y creatividad.

Presión. Se caracteriza por la constante exigencia y presión por parte del adulto para lograr el desarrollo rápido, como de que el niño demuestre logros y aprendizajes a alto nivel, que por lo general no corresponden con su desarrollo neurológico ni mental, de tal forma que este niño sentirá que nunca será lo suficientemente bueno en lo que realiza.¹⁵

3.5.2 ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual puede ser definido como el contacto genital entre un/una menor de edad (18 años o menos) y un adulto que lo manipula, engaña o forza a tener comportamientos sexuales.

Se presume que el consentimiento no existe o no es válido cuando el menor de edad tiene 15 años o menos y la otra persona 19 años o más, o cuando hay una diferencia de 5 años entre la persona mayor y la víctima.²³

Galdós (1999), señala que esta acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño que no tiene la madurez para saber de lo que se trata.²⁴

Guerrero (1998), afirma al respecto que se llama así a las conductas sexuales impuestas a los niños y niñas por una persona adulta o mayor que busca sentir placer a costa de ellos/as.²⁵

Perrone y Nannini (1997), denomina al abuso sexual como una relación de “Hechizo” la misma que incluye situaciones en las que un individuo ejerce una influencia exagerada y abusiva sobre otro sin que este sea conciente de ello.¹⁷

Características

El abuso sexual siempre constituye una forma de violencia física o mental, por la cual el adulto se aprovecha tanto de la confianza del niño como de su superioridad, teniendo como consecuencia que el niño/a no comprenda la gravedad del hecho debido a su inmadurez psicosexual.

- En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño.
- El abuso sexual generalmente no se produce de manera aislada sino que se prolonga durante años.
- Los niños perciben de manera instintiva donde empieza la explotación de su cuerpo.
- El abuso sexual se produce cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño.



Fuente: www.cubaliteraria.com

Fases

Según afirma Galdós (1999) es posible detectar tres fases principales en el desarrollo del abuso sexual infantil.²⁴

1. Fase de inicio o “enganche”. Cuando el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que este no contará a nadie el contacto establecido. En esta fase el niño dependiendo de la edad que tenga, se encuentra confundido y por lo general no entiende lo que ocurre.
2. Fase de continuidad. Una vez asegurado el silencio de la víctima, el abusador buscará sinnúmero de ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración. En esta fase dependiendo de la

edad del niño es posible que trate de evitar la presencia del abusador, lo cual puede tomarse como un indicador del abuso.

3. Evidencia o confirmación. Se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido o porque la víctima cuenta lo que ha ocurrido. Es la fase de mayor tensión en la familia de la víctima, generalmente reaccionan de manera violenta contra el abusador, pero también es muy frecuente que interroguen de manera incisiva al niño/a, situación que lo/a confunde más acentuándose los sentimientos de culpa.²⁶

Indicadores

Es posible descubrir que un niño ha sido abusado sexualmente, en especial si es menor de 7 años, cuando su comportamiento no corresponde a su edad ni a las costumbres de su casa, sea porque muestran curiosidad en extremo o porque hacen preguntas o comentarios sobre sexo (no esperables a su edad).

- Nivel físico: embarazo, enfermedades de transmisión sexual, irritaciones o malestar en los genitales, aseo constante de los genitales o se niega a hacerlo; dolor al orinar, infecciones genitales frecuentes.
- Nivel psicológico: se detecta depresión, pérdida de apetito, disminución del rendimiento escolar, rabia u hostilidad o comportamiento sexual inadecuado a la edad.
- Nivel comportamental: puede huir de la casa, presentar conductas regresivas, es decir, comportarse en un nivel de desarrollo anterior al actual.

En las víctimas adolescentes se detectan:

- Miedo a estar sola
- Incapacidad de sostener la mirada
- Frecuentes peleas y disgustos con miembros de la familia
- Problemas de memoria
- Cambios frecuentes y drásticos de humor
- Preocupación por temas sexuales o actividades sexuales
- Intentos de suicidio
- Desconfianza
- Abuso del alcohol o drogas.¹⁷



Fuente: www.rionegro.com.ar

Aspectos del Abuso Sexual Infantil

1. Las víctimas son varones y mujeres. A pesar de que en los casos reportados los varones componen un porcentaje menor en el total, las investigaciones muestran que los niños también son frecuentemente victimizados.
2. Las personas que abusan sexualmente de los niños /as son, con mayor frecuencia, amigos y familiares de sus víctimas.

3. El abuso sexual infantil consiste en incidentes repetidos, en los cuales un conocido, generalmente amigo, vecino o pariente, se aprovecha del niño/ña en diversas ocasiones. No es raro que el abuso comience para el niño/ña a temprana edad y que continúe ocurriendo, sea con frecuencia o a intervalos, dentro de un periodo de cinco a diez años sin que sea descubierto.
4. El abuso sexual de niños involucra violencia y una fuerza física menores que en la violación, la cual muchas veces va acompañada de un ataque físico.
5. El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niños generalmente no es un coito sino tocamiento de los genitales, la masturbación y la exhibición

El abuso sexual de niños/as es perpetuado por los adultos responsables de cuidarlos: es decir, se trata de problemas familiares.

El abuso sexual infantil en algunas veces tiene como consecuencia el daño físico en la región genital o el contagio –cada vez más frecuente- de enfermedades venéreas en niños/as. Los niños/as más vulnerables frente al abuso sexual son los preadolescentes y los menores de seis años son los más indefensos ante el abuso físico

Un 28% de las mujeres y un 23% de los hombres admitieron una experiencia sexual con algún miembro de su familia. Solamente un 19% de las mujeres y un 9% de los hombres dijeron haber sido abusados sexualmente.

Un 44% de las experiencias de abuso sexual reportados por las niñas sucedieron con miembros de la familia; alrededor del 9% de las mujeres en la muestra tuvieron una experiencia tanto incestuosa como victimizante.²³

3.5.2 1 INCESTO

Es el abuso sexual por parte de un familiar, por lo regular el padre con la hija, pero puede ser algún familiar (padrastro, tío, hermano, etc.) En la mayoría de los casos es prolongado y se mantiene en secreto mediante intimidación, coerción y amenaza sobre la víctima, y causa graves daños emocionales en el desarrollo de los niños y las niñas y en su posterior vida adulta.¹⁶

Se utiliza el incesto para significar el contacto sexual entre miembros de la misma familia, incluyendo no solo el coito sino también la masturbación mutua, el contacto manual-genital u oral-genital la manipulación sexual, la exhibición y hasta proposiciones sexuales. No comprenderá gestos sexuales inconscientes, tales como una exposición accidental, o la preocupación materna por el cuerpo del niño. El tabú del incesto en nuestra cultura se aplica a todo contacto sexual entre dos personas para quienes esta prohibido, no solamente se refiere al coito, debido a motivos fisiológicos psicológicos mucha actividad sexual no incluye coito.²³

Lamberti 1998 menciona que el incesto en la familia nuclear presenta promedios altos. El 14% de las niñas y 8% de los niños tuvieron contacto sexual con la madre, el padre, el hermano o la hermana. Una muestra de 530 mujeres, cinco reportaron experiencias sexuales con sus padres y dos con sus padrastros, lo cual nos da una cifra arriba del uno por ciento. El uno por ciento puede considerarse una cifra muy pequeña, pero si pensáramos que es una estimación precisa, esto significa que alrededor de tres cuartos de un millón de mujeres de dieciocho años o mayores han tenido esta experiencia y que anualmente se agregan 16,000 casos del grupo de niñas de entre cinco y diecisiete años.²³

3.5.3 ABANDONO

La familia es imprescindible para que en su seno alcance el niño, a través de su evolución, la plenitud en su desarrollo físico psíquico y moral que habrá de culminar en la maduración propia de la vida adulta.

En la vida familiar la madre será para el niño garantía de permanencia y seguridad emocional y hallará en el padre el estímulo y guía segura para realizar el proyecto de la pequeña y personal aventura cotidiana. Por otra parte, la coexistencia entre iguales, es decir, entre los hermanos constituirá para el niño su primer aprendizaje de convivencia social.

La armoniosa y normal evolución de la vida infantil queda a veces trastornada o alterada por un acontecimiento dramático: la irregularidad o carencia de hogar.

Se ha hablado y escrito acerca de este grave problema del niño sin familia, que procuran suplir las instituciones a la que queda encomendada. Se debe reflexionar en la enorme importancia de estos niños. Problema trascendental que irá más allá de ellos mismos, precisamente porque les afecta en los más íntimo y personal. Ese vacío que sellará su vida será la causa de muchas actitudes y comportamientos posteriores, será la causa principal de una manera de ser posterior, cuando intenten incorporarse a una sociedad desconocida, o al menos muy distante de la que hasta entonces han pertenecido. Este problema se asienta en las heridas de la afectividad, en su falta de satisfacción de esa necesidad de amor y de cariño.

Las características del huérfano y del niño abandonado se pueden apreciar así:

- El niño abandonado en instituciones de acogimiento sin que conste en éstas el nombre de los padres, o de la madre por lo menos.

- El menor se encuentra bajo la tutela de la institución y puede ser adoptado o no por una familia sin temor a posibles conflictos con su familia natural.
- El niño acogido en instituciones donde consta nombre y circunstancias de los padres, generalmente madre soltera, pero que se entiende más tarde de su hijo.²⁷

Se entiende por abandono infantil la falta injustificada de asistencia a un niño de corta edad Pudiendo resumir este abandono en los siguientes tipos: abandono moral y abandono material.²⁸

El abandono moral se refiere a la falta de acción educadora e incluye la formación intelectual y del carácter así como la vigilancia y corrección de su conducta. Se consideran así en estado de abandono y peligro de moral los niños descuidados, explotados maltratados, así como los que no tienen hogar conocido.

El abandono material afecta a la asistencia alimenticia, que incluye el vestido, la vivienda, etc. Se incluyen en este apartado los que carecen de recursos para subsistir (por muerte, desaparición o abandono de los padres) es decir, los huérfanos y desamparados, además de los niños nacidos generalmente fuera del matrimonio y expuestos en la vía pública para ocultar su filiación, con el propósito de romper para siempre toda la relación con ellos.



Fuente: www.colombiano.com

Las causas generales del abandono infantil:

- La causa principal reside en la irresponsabilidad y egoísmo de los padres.
- Causa de índole económica. En muchas ocasiones se rechaza a los hijos porque son una carga para la familia.
- Por orfandad absoluta (muerte de los padres) o parcial (muerte de uno de los cónyuges quedando el superviviente en la indigencia o por ser incapaz de hacerse cargo de los hijos).
- Ilegalidad de los hijos (hijos abandonados, de padres desconocidos).
- Niños de madres solteras que se desentienden de ellos.²⁷

Una característica de los niños sin familia, es la falta de lo que se llama formación social o urbanidad elemental: delicadeza, afabilidad, cuidado de las cosas, comportamiento en sociedad. Los padres, en su convivencia con el hijo, incluso en las más bajas esferas sociales, corrigen en él una serie de pequeños vicios o defectos que dan un aspecto desagradable a quien no se los han corregido. Luego será motivo de desventaja en su posición ante la sociedad.

El niño sin familia maltrata en general las cosas o bienes materiales “por que sí” sin darse cuenta, por malos modales. “Es sabido que los niños de orfanato demuestran una gran indiferencia por sus escasas posesiones (no cuidan su ropa, por ejemplo) y despliegan escasos esfuerzos si se les propone un cambio para mejorarlas o aumentarlas. Igual que la disciplina y el trabajo escolar, lo que tienen lo reciben pasivamente”.²⁹

Nada les ha costado y la institución se encarga de todo lo necesario no han presenciado en sus casas la lucha para conseguir el bienestar material. No les importa nada y su apatía los hace inmunes al que dirán. Todo les da igual porque carecen de estímulo, de la ilusión de demostrar a alguien el esfuerzo de su trabajo. En su

ansiedad con los demás se muestran egoístas, pero es un egoísmo que se explica en la búsqueda de su propia seguridad.

Un déficit importante del abandono es el no saber lo que representa un hogar, desconocer las vivencias del hijo de familia, los afanes de la casa, las luchas, los días felices y los amargos, los problemas sentimentales y los materiales.²⁷

Por lo tanto, lo que habrá que procurar es acercar lo más posible estos centros a un ambiente familiar cuya finalidad no acabe en cubrir las necesidades elementales de alimento, techo y abrigo. Debe ir más lejos: a satisfacer las necesidades psicológicas (afectivas), las sociales (contacto con el medio externo de relación y juego) y las familiares (sustituyendo las figuras paternas y la dinámica de un hogar completo tanto cuanto sea posible) en el sentido más amplio.

3.6 NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE

La mayoría de los niños que viven solos en la calle de nuestras ciudades son menores que prefirieron huir del infierno familiar. Para estos niños la jungla del asfalto, con todos sus peligros y amenazas, es un sitio más seguro que el propio hogar. Prefieren pasar hambre, vejaciones y frío que volver a entrar a su casa.

Gran parte de nuestra niñez crece en la calle sin nutrición, vacunas, escuela, papeles y amor; y sin embargo sobreviven. Se vuelven delincuentes por necesidad y la sociedad se aterra ante el futuro de más violencia que esto presagia. No obstante, a todos parece olvidárseles la causa: la violencia doméstica, y poco se hace por prevenirla.

Estos niños se escapan a reglas disciplinarias denigrantes, por desgracia, se incorporan a otras formas de esclavitud, como bandas, una vida controlada por las

drogas, las mafias que someten a menores para corromperlos en prostitución, tráfico de drogas, etc.

Si llegan a formar una familia van a reproducir los mismos esquemas deteriorados con los cuales subsistieron: con sentimientos de autodestrucción, abandono, incomprensión, baja autoestima y depresión. Generarán relaciones destructivas totalmente alejadas de lo que podría ser una verdadera familia y, por consiguiente, sus relaciones con el entorno serán violentas o con tendencias autodestructivas.³⁰

Los niños y adolescentes que encontramos en cada esquina desempeñando múltiples oficios, durmiendo durante el día en espacios públicos o drogándose en una coladera, son expresiones de diversos y graves problemas sociales. Esta población infantil y juvenil, aunque tiene la característica de compartir ámbitos callejeros, no constituye un grupo homogéneo.

La mayoría son personas menores de edad obligadas a desarrollar actividades para generar ingresos que complementen el presupuesto familiar, es decir, son niños y adolescentes trabajadores dentro del sector informal. Otra población, de menor magnitud que la anterior, ha roto los vínculos familiares y ha tomado la decisión de vivir en la calle.

En México, al finalizar 1999, 26.5 millones de personas 28% de la población total sobreviven en condiciones de *pobreza extrema*. Esta cantidad representa el porcentaje más alto de personas en la *miseria* en los 15 años. (Informe de Grupo Financiero Banamex, copias de REFE I para educadores de niños y adolescentes que viven en la calle, Pág. 13-14). Como señala el Comité de los Derechos de la Infancia, la agudización e la pobreza y de las desigualdades sociales y económicas, existentes desde hace mucho tiempo en el país, afecta a los grupos más vulnerables, entre ellos la infancia e impide que millones de niños disfruten de sus derechos básicos.

Los niños que viven en la calle

En la década de los ochenta, las sociedades latinoamericanas comenzaron a preocuparse por el número creciente de “niños de la calle”. Se afirmaba que un 50% de los niños que vivían en condiciones de pobreza estaban en riesgo de convertirse en callejeros. En aquellos años, se iniciaron las investigaciones participativas para comprender sus características y condiciones de vida y se creó una tipología básica:

- a) *Los niños de la calle*, que han roto los vínculos familiares han hecho de la calle su hogar.
- b) *Los niños de la calle*, que realizan actividades generadoras de ingresos en cruceros y espacios públicos cerrados.
- c) *Los niños en riesgo*, aquellos que viven en condiciones de pobreza.

En México, a fines de los años ochenta y principios de los noventa, comenzó un auge de programas gubernamentales y no gubernamentales orientados a atender y ofrecer alternativas para los menores que vivían en la calle. En la ciudad de México, el Gobierno de la Ciudad, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), realizó los primeros “censos” de esta población, y con tal ejercicio se acuñó un nuevo término, *niños en situación de calle*, para referirse a algo evidente: solo una minoría de los niños que están en la calle viven en ella. Por lo tanto, el término *niños de la calle* es inexacto.¹⁶

En los noventa, el trabajo con estos niños, también denominados *menores en situación extraordinaria* o *menores en situación especialmente difícil*, estuvo orientado a asistirlos en sus necesidades básicas: alimentación, vestido y alojamiento, o a promover procesos educativos o terapéuticos para reparar heridas del pasado.

Para atender a esta población, el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) creó el programa Menores en Situación Extraordinaria (MESE), denominado luego Menores en Circunstancia Especialmente Difícil (MECED). Los ejes rectores

de la intervención estatal eran asistencia, reparación y rehabilitación, pues se supone que estos niños debían ser asistidos por ser “menores abandonados por sus familias”

Pertenecientes a los sectores paupérrimos de la sociedad, estos niños vivieron situaciones familiares muy particulares en algunas ocasiones, una sobre exigencia que depositaba en ellos mayores responsabilidades afectivas o económicas de las que podían asumir en otras, una responsabilidad paterna nula los llevo a sentir que nadie prestaba atención a su vida. Los motivos por los cuales abandonan el hogar son diversos y entre ellos destacan el ambiente familiar violento, con el consiguiente maltrato, la falta de oportunidades dentro de la familia y los problemas económicos familiares.

Los niños que viven en la calle o que trabajan en ella están perdiendo el más esencial de sus derechos: poder vivir su infancia como un tiempo de creación de si mismo, de disfrute del juego de compartir con adultos y compañeros que les permitan transitar ese proceso socializador necesario para devenir en un ser humano adulto, libre y feliz. Su presencia en las calles es una de las manifestaciones más evidentes de la incapacidad de una sociedad para garantizar la satisfacción de sus necesidades y derechos.¹⁶



Fuente: www.periodismosocial.com.arg

3.7 ASPECTOS GENERALES DEL ORFANATORIO

La protección al huérfano o al niño abandonado ha sido una de las formas básicas de la beneficencia en todo tiempo; pero las condiciones y modo de cumplir ésta misión han tenido una profunda evolución en los últimos años.

La preocupación de la sociedad por proteger en forma efectiva a los que al nacer nada tenían, hizo necesaria la idea de crear centros o instituciones donde acoger a aquellos que, por lo visto, nada merecían por su condición, y tenerlos ahí sin saber hasta cuándo, ni para qué. Tal idea predominó durante la segunda mitad del siglo XIX y primer cuarto del XX. Desde entontes, se buscó evitar el abandono para que los centros estuvieran menos nutridos, y desde entonces también se concedieron más derechos a los niños que allí se hacinaban y que debido a varias circunstancias se morían o deformaban física y mentalmente ante aquel ambiente frío, despersonalizado y quizá hostil, “pero suficiente”.

Hemos de aproximarnos al siglo XX y más exactamente a nuestro días, para encontrar en éstos centros una preocupación por la persona en sí del niño, por estudiar sus problemas personales. En la actualidad, se admite el régimen de orfanatorio, dado que existen muchos motivos por los cuales el niño no puede permanecer con sus progenitores, pero se tiende a dar a las instituciones que han de acogerlo un carácter lo más familiar posible, buscando atenuar los inconvenientes y multiplicar las condiciones favorables dentro del régimen al que es sometido el niño.

No obstante, aun en el supuesto ideal, a la protección de aspecto tutelar colectivo siempre le faltarán los espléndidos elementos que posee el ambiente familiar para la formación íntegra del niño, y tal solución debe ser considerada siempre como mal menor.

Se puede afirmar que hoy día, como resultado de múltiples causas, el niño “hogareño” regular y que vive normalmente en el seno de una familia, va siendo cada día más excepcional. De ahí que el orfanatorio es algo necesario para un porcentaje considerable de niños, lo que no quiere decir que haya de considerarse como ideal, sino como un servicio indispensable para resolver el problema. Por consiguiente, se ha de procurar dar a dichas instituciones una serie de garantías desde el punto de vista psicológico y social, enfocando su régimen interno del modo más humano posible para que el niño se sienta tranquilo y seguro y no un “número más, un ser despersonalizado, como desgraciadamente suele ocurrir”.

El ideal sería una familia para cada niño, pero como la realidad no es esta, hay que construir para esos niños una familia lo más próxima a la suya, donde se fomente su individualidad. Este espíritu de familia es una exigencia evidente, pues como afirma Pío XII “la vida común fuera del hogar natural, bajo el imperio de un reglamento rígido que no sepa distinguir entre personas y masa, presenta sus peligros”.²⁸



Fuente directa

3.8 CARIES Y CPO-D

Caries.

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de pérdida dental y, además, puede predisponer a otras enfermedades.

La caries dental es importante por las siguientes razones:

1. Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
2. Su tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo.
3. En grados avanzados produce dolor muy intenso.
4. Los dientes sanos son indispensables para la buena masticación y, por consiguiente, para la buena digestión. La caries puede dificultar la masticación.
5. La pérdida de los dientes puede afectar la fonación.
6. Altera la sonrisa y la morfología del rostro, pues la cara adquiere el facie típico de los ancianos desdentados.
7. Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda.

El término “caries” proviene del latín, significa: descomponerse y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes. Entre diversas definiciones, se presentan aquí algunas como:

- Proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que mediante un mecanismo quimicobiológico desintegra los tejidos del diente.³¹

Para Williams y Elliot, la caries es:

- Una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial. ³²

Katz dice:

- Es una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción. ³³

Piedrola y colaboradores la definen:

- Una enfermedad de evolución crónica y etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales), que afecta tejidos calcificados de los dientes y se inicia tras la erupción dental, provocando, por medio de los ácidos procedente de las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono, una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental, que evoluciona hasta lograr finalmente la desintegración de la matriz orgánica, la formación de una cavidad y pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal. ³⁴

La definición de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define:

- Toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante un examen visual y táctil practicado con el espejo y sonda fina. OMS³⁵

La caries dental es un problema odontológico importante al cual debe prestarse atención en la práctica clínica cotidiana, no sólo en cuanto a los procedimientos de restauración que implica, sino también por los aspectos preventivos que disminuyen su incidencia.³⁶

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.³⁷

La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de los países industrializados, llegando a afectar entre el 60 y 90% de la población escolar y adulta.³⁷

Algunos autores señalan que al erupcionar los premolares y los segundos molares permanentes aumenta la incidencia de caries, al igual que los primeros molares permanentes; los segundos molares permanentes inferiores son más afectados en su superficie oclusal que en el maxilar superior. Estos dientes requieren una atención meticulosa, con aplicación de fluoruro y obturaciones cuando sea preciso, para prevenir una penetración rápida en la dentina y, también, la exposición de la pulpa.³⁶

La caries dental no sólo es causa de dolor si no que son procesos infecciosos mantenidos que pueden conducir a alteraciones en la formación del diente permanente y además producir infecciones graves a distancias como cardiopatías, procesos reumáticos y alteraciones renales.³⁷

Existen numerosas evidencias de que la ingesta frecuente de carbohidratos se encuentra asociada con la prevalencia de caries.³⁷

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en América, por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento (de operatoria y rehabilitación oral), pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención ³⁵

Los efectos psicosociales, el impacto que tiene la caries sobre la morbilidad bucal y costos relacionados con su tratamiento en la población adolescente, se hace necesario diseñar e implementar estudios y estrategias efectivas de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad.

La literatura sugiere además que el uso de teorías o modelos para fundamentar una investigación, un programa o intervención de promoción de la salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de la misma. ³⁷

Determinación de caries

Para evaluar la afección por la caries de la dentición permanente se emplean, desde 1938 (Klein, Palmer y Knutson), el índice CPO ó CPO (D-diente) tomando como unidades de medida la pieza o superficies dentales. ³⁴

La OMS utiliza el CPO (D) en el ámbito poblacional en razón de que es un indicador confiable del número promedio de la piezas Cariadas, Perdidas y Obturadas de Dientes permanentes con el objetivo de unificar los criterios de diagnóstico para caries dental como indicador de comparación del estado de salud dental entre poblaciones distintas, definiendo el valor menor de 3 como meta a alcanzar en el año 2000 en el grupo de 12 años de edad.

El índice CPO propiamente sirve para conocer las necesidades del tratamiento analizado mediante la proporción de piezas cariadas del total; el grado de asistencia dental mediante la relación de las piezas obturadas y el grado de asistencia dental tardía mediante la relación de piezas ausentes.

Su empleo ayuda a valorar el estado de afección con una mayor profundidad, por lo que se utiliza para conocer la afectividad de programas preventivos, así como la incidencia de las enfermedades bucales.³⁴

El Índice CPO-D se basa en 28 dientes.

Los dientes que no se cuentan son:

1. Terceros molares
2. Dientes no erupcionados. Un diente es considerado erupcionado cuando alguna parte de este es observable clínicamente, algunas veces se tiene que hacer diferenciación entre superficialmente erupcionado, parcialmente erupcionado y totalmente erupcionado.
3. Anodoncia y supernumerario.
4. Diente removido por otras razones diferentes a caries dental, tales como impactación o durante un tratamiento ortodóntico.
5. Diente removido por otras razones que no sea caries dental, tales como traumatismos (fractura), estética, o cuando se usa como pilar para una prótesis.
6. Dientes primarios retenidos con el diente permanente sucesor erupcionado. Se debe de evaluar el estado del diente permanente.

Cada diente debe registrarse en el espacio correspondiente del odontograma internacional y bajo un solo criterio. La exploración debe iniciarse por el segundo molar del cuadrante superior derecho, se continúa al cuadrante superior izquierdo hasta el segundo molar, se continúa al cuadrante inferior izquierdo a partir del

segundo molar y se termina en el cuadrante inferior derecho hasta el segundo molar inferior. Se debe revisar en sentido de las manecillas del reloj.

SANO. Una corona se registra como sana si no muestra signo de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries dental que proceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries dental, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable.

CARIES. Se registra la presencia de caries dental cuando una lesión está presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave o reblandecida, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado. En casos de duda la caries dental no debe registrarse como presente.

OBTURADO. Se considera que una corona está obturada cuando se haya una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries dental en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debida a una caries dental anterior.

PERDIDO POR CARIES. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que se han extraído debido a la presencia de caries dental. Para los dientes primarios, este grado debe emplearse solo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería suficiente de la ausencia.

DIENTES PERDIDOS POR CAUSAS DIFERENTES A CARIES. Se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos, por periodontopatías o traumatismos.³⁵

3.9 INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el índice de Higiene Oral Simplificado. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no ha doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar.

Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes; 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

DIENTE	SUPERFICIE
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular ³⁸

3.10 PERFIL DEL IMPACTO DE LA SALUD BUCAL (OHIP)

El uso de medidas del estado de salud para evaluar los resultados y su impacto relacionado a la calidad de vida ha provocado que muchos investigadores se dediquen a estos estudios. Durante las pasadas décadas, un número específico de medidas bucales han sido desarrolladas.

El OHIP es un instrumento desarrollado con la finalidad de proporcionar una medida comprensiva de la incomodidad, la disfunción y la discapacidad atribuidas a las condiciones de salud bucal.

Este instrumento trata de proporcionar valor numérico a los diferentes estados de salud. Propone que la jerarquía de los impactos puede llegar de la salud bucal; por ejemplo, la salud bucal puede conducir a la pérdida de dientes (deficiencia) esto genera dificultad para masticar (limitación funcional) y algunas veces dolor por portar alguna dentadura (incomodidad), y ocasionalmente puede conducir a una restricción en la habilidad para seleccionar que comer o evitar alimentos favoritos (discapacidad). En casos extremos esto puede provocar que la gente no quiera comer fuera de su casa ni con sus familiares, llevándolos a un aislamiento social (desventaja).³⁹

El desarrollo de OHIP siguió los acercamientos que habían sido utilizados en ajustes generales de la salud para medir el impacto en el bienestar funcional y social (Gilson). El acercamiento implicó la identificación de un modelo conceptual que definió dimensiones relevantes del impacto para adquirir una amplia gama de preguntas y asoció los pesos numéricos que se podrían combinar para la frecuencia de cada impacto y situar juicios sobre la severidad del impacto.⁴⁰

La escala OHIP en si misma, es un conjunto de preguntas que fueron tomadas de entrevistas con personas acerca de como la condición de su salud bucal afecta su

calidad de vida, más adelante, los resultados fueron analizados para determinar cuales eran los factores más importantes para las personas.⁷

El modelo de salud bucal de Lockert es utilizado para definir siete dimensiones conceptuales del impacto: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía o desventaja³⁵. Este modelo se basa en la clasificación de la Organización Mundial de la salud en la cual los impactos de la enfermedad se colocan en una jerarquía que se extiende de síntomas internos, el individuo (representado en la dimensión de limitación funcional), a síntomas externos (desventajas que afectan funciones sociales, tales como trabajo y las actividades cotidianas)

Una dificultad potencial con estas medidas es que los instrumentos contienen un gran número de preguntas; lo que limita su utilización a los clínicos. Consecuentemente, se han realizado esfuerzos para desarrollar versiones más cortas que puedan ser menos incómodas en situaciones clínicas, difíciles. Mientras que éste es un beneficio, un principio psicométrico bien conocido, es que al reducir las preguntas se pueden afectar las propiedades de medición del instrumento.⁴¹

El instrumento original consta de 49 preguntas abarcando las 7 dimensiones conceptuales. Utilizando un análisis de regresión, Slade realizó una versión de 14 preguntas del original de 49 (el cual puede ser utilizado donde una versión corta es necesaria). En este instrumento las preguntas referentes a la utilización de dentadura fueron excluidas para desarrollar la versión corta del OHIP (OHIP14).⁴¹

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los principales factores de riesgo que causan la salida o el despojo de sus hogares son: el maltrato por parte de sus padres e integrantes familiares, lo cual los lleva a buscar un refugio y una forma de vida lejos de su familia y sin deseos de regresar.

En el Orfanatorio “La Paz” no cuentan con los recursos necesarios para asistir de manera constante a revisiones periódicas al odontólogo por lo que carecen de información acerca de la prevención en el auto cuidado bucodental.

En la actualidad la prevalencia de caries y enfermedad periodontal van en aumento y esta población no es la excepción.

Por todas estas causas, podemos esperar que la situación del estado de salud de la población no es favorable, que tienen grandes necesidades de tratamiento, así como medidas de prevención y educación en el área odontológica.

5. JUSTIFICACION

La problemática de niñas y adolescentes que se encuentran sin hogar no solamente surge de familias desintegradas, el niño es víctima de la pobreza; el maltrato y el abuso, lo cual conlleva que el mismo haga de la calle y los orfanatorio su única alternativa.

En la práctica de la Salud pública, la atención primaria es una estrategia de atención a la salud dirigida a grupos poblacionales bajo el enfoque de riesgo. Dentro de sus actividades se aplican medidas preventivas y de educación para la salud a nivel colectivo, lo cual implica realizar previamente un diagnóstico de la situación de salud de la población, para diseñar programas adecuados a quienes van dirigidos y mejorar el costo y efectividad de la atención.

La caries dental es una de las enfermedades que más afecta a las personas, esto se debe a que no se lleva a cabo la higiene bucodental adecuada por lo que es necesario realizar la promoción de la salud dental para informar, enseñar y motivar a las adolescentes a realizarla apropiadamente para prevenir las lesiones cariosas futuras. La caries constituye una de las principales causas de pérdida dental y predispone a otras enfermedades.

En un país como México, la atención a la salud estomatológica no está al alcance de la mayoría, por lo que es necesario obtener mayor impacto en la atención preventiva y educativa a nivel colectivo, lo cual en el caso de caries se vuelve un problema grave debido a su gran magnitud, variabilidad y alto costo de atención.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

1. Determinar el impacto en la calidad de vida de las adolescentes del orfanatorio “La Paz” A.C. respecto al estado de su salud bucal

6.2 Objetivos específicos

1. Establecer la prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados por medio del índice CPO-D en adolescentes del sexo femenino
2. Calcular el IHOS
3. Promover la salud bucal y enseñar lo importante que es el cuidado dental y complicaciones a largo plazo.

7. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en adolescentes del sexo femenino del orfanatorio “La Paz” A. C.

La información se obtuvo a partir de las encuestas y examen clínico bucodental que se realizó en la residencia del mismo nombre. Las variables que se utilizaron en el siguiente estudio fueron:

Edad

Escolaridad

Causa de ingreso

Índice CPOD

Índice IHOS

Índice OHIP

Se construyó la variable denominada adolescente joven, para evitar con ello, grupos que no sean mutuamente excluyentes, debido a que la OMS considera una persona adolescente entre las edades de 10- 20 años.

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Transversal

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Orfanatorio “La Paz” A. C. Teoloyucán Estado de México

7.3 MUESTRA

El tamaño total de la muestra fue de 20 adolescentes del sexo femenino de las siguientes edades:

- 10 años - 2
- 11 años - 4
- 12 años - 3
- 13 años - 3
- 14 años - 2
- 15 años - 2
- 17 años - 3
- 19 años - 1

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener 10 años cumplidos
- Adolescentes menores de 19 años
- Personas que deseen participar en el estudio
- Ser residente del orfanatorio “La Paz”

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes menores de 10 años
- Adolescentes mayores de 19 años
- Personas que no deseen participar en el estudio

7.6 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Variable: Edad.

Definición operacional: Se entenderá como el número de años vividos desde el momento de nacer a la fecha de la entrevista. Número de años cumplidos a la fecha.

Indicador: Valores en número de años cumplidos.

2. Variable: Escolaridad.

Definición operacional: Grado escolar que esta cursando al momento de la encuesta.

Indicador: 1 - Preparatoria
 4 - 4° Primaria
 5 - 5° Primaria
 6 - 6° Primaria
 7 - 1° Secundaria
 8 - 2° Secundaria
 9 - 3° Secundaria

3. Variable: Motivo de ingreso.

Definición operacional: Motivo por el cual ingreso al orfanatorio.

Indicador: 1 - Maltrato infantil
 2 - Violencia intrafamiliar
 3 - Abandono
 4 - Abuso sexual

4. Variable: CPO-D

Índice de dientes cariados, perdidos, obturados (CPO-D). El índice CPO-D mide la experiencia pasada y presente de caries en una persona. Es la sumatoria de los dientes cariados perdidos y obturados.

0. Diente sano. Un diente se considera sano si no hay evidencia clínica de caries ya sea presente o tratada. Las lesiones precavitarias al igual que otras condiciones similares a las etapas iniciales de caries son excluidas, ya que no es posible hacer un diagnóstico fidedigno. Así, los dientes con los siguientes defectos en ausencia de otro criterio positivo, son considerados sanos.

- Manchas blancas o lechosas
- Zonas descoloridas o ásperas.
- Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda pero cuyo suelo o paredes no están reblandecidos ó el esmalte socavado.
- Áreas oscuras, brillantes, duras ó punteadas del esmalte que muestran signos de fluorosis moderada o severa.
- Todas las lesiones dudosas se registran como sanas.

1. Cariado. Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. Los dientes con obturaciones temporales también se registran como cariados. En las superficies proximales, la sonda ha de entrar claramente en la lesión.

2. Diente obturado con caries. Se registra así el diente con una o más obturaciones que tengan una o más zonas cariadas. No se hace distinción entre caries primaria o secundaria (independiente de, o contigua a la obturación).

3. **Obturado sin caries.** Se registra así un diente con una o más obturaciones que no tenga caries secundarias (recurrente), ni caries primaria.
4. **Perdido por caries.** Este código se usa para dientes permanentes que hayan sido extraídos por caries. Es importante resaltar que no se debe usar este código por dientes perdidos por otra causa que no sea la caries.
5. **Perdido por otra razón.** Aquí se incluyen las ausencias congénitas, extracciones por razones ortodónticas, traumatismos, etc. Este código también se usa para dientes permanentes extraídos por enfermedad periodontal.
6. **Fisura obturada.** Se usa ese código para los dientes que tengan un sellador oclusal o en los que se aprecie que el fondo del surco ha sido ensanchado con fresa redonda o en forma de llama y se ha colocado un composite. Si un diente con sellador de fisura tiene caries, se codifica como cariado.
7. **Soporte de puente coronal.** Este código se usa para indicar que un diente forma parte de un puente, es decir, es un pilar de puente. Este código también se usa para coronas colocadas por causas distintas a caries. Los dientes ausentes que son reemplazados por el puente se codifican como 4 o 5, al igual que otro diente ausente.
8. **Diente sin erupcionar.** Este código se restringe sólo a dientes permanentes ausentes por falta de erupción y cuyo espacio no lo ocupa el diente temporal. Un diente con este código es, lógicamente, excluido de cualquier cálculo a efectos de caries.
9. **Extracción indicada.** En este código se incluye aquellos dientes que por su destrucción o por motivos de un tratamiento ortodóntico esta indicado la extracción

99. No Aplicable. Este código se usa para cualquier diente que no pueda ser explorado, por ejemplo inaccesible, con bandas ortodónticas, fracturado, etc.

5. Variable: IHOS

Índice de higiene oral simplificado. Las seis superficies que se usan en el IHOS son la vestibular de los primeros molares superiores derecho e izquierdo, las linguales de los primeros molares inferiores derecho e izquierdo y las labiales de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. El criterio que se usa para llegar a un valor de residuos es la siguiente:

Placa

- 0.** No hay presencia de restos o manchas.
- 1.** Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada o presencia de manchas extrínsecas sin restos a pesar del área cubierta.
- 2.** Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
- 3.** Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

Cálculo

0. No hay presencia de cálculo supragingival
1. Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie dental examinada
2. Cálculo que cubren entre un tercio y dos tercios de la superficie
3. Cálculo cubriendo más de dos tercios de la superficie.

Los valores de los dientes seleccionados se suman y dividen entre el número de superficies valoradas para determinar el índice de residuos (DI-S) para el individuo. La porción de cálculos (CI-S) del índice se combina con la porción de residuos para determinar el HIO-S.

Los parámetros individuales que se tomaran para calificarlos serán los siguientes:

Bueno	0.0-1.2
Regular	1.3-3.0
Pobre	3.1-6.0

6. Variable: Índice OHIP

Perfil del Impacto de la Salud Bucal (OHIP): El Oral Health Impact Profile (OHIP) es un instrumento desarrollado para medir la incomodidad, disfunción y discapacidad que son atribuibles a las condiciones de salud bucal. Se consideraron tres dimensiones: social, psicológica, y física para evaluar la calidad de vida. El cuestionario original consta de 49 preguntas, realizado por Gary Slade. Cada pregunta cuenta con 5 respuestas: (0) Nunca, (1) Casi nunca, (2) Ocasionalmente, (3) Frecuentemente, (4) Muy frecuentemente.

La respuesta “no se” y las entradas en blanco o sin responder, se decodifican posteriormente con el valor medio de todas las respuestas válidas a la pregunta correspondiente. Sin embargo, si más de nueve respuestas se dejan en blanco o “no se” se desecha el cuestionario.

Este instrumento fue diseñado para medir la calidad de vida de cualquier persona respecto al estado de su salud bucal. Los datos son estrictamente confidenciales.

Las preguntas de este cuestionario son referentes al estado actual de la salud bucal, tratando de recolectar datos y así identificar la presencia de dolor, molestias, incomodidad o inconformidad en cuanto a la apariencia de su boca. Después de la entrevista se les realizó un examen bucal en donde se evaluó el índice de CPO-D utilizando espejo, explorador bucal y lámpara.

Los resultados totales de OHIP se han registrado de dos maneras. El método más simple es contar, para cada pregunta, el número de impactos reportados (por ejemplo, “frecuentemente” o “muy frecuentemente”). En muchas poblaciones, la distribución de esta variable sumaria se puede sesgar, con muchos individuos no divulgando ningún impacto en este umbral. El segundo método para contabilizar los resultados es una cuenta total OHIP estandarizando resultados para cada entrevistado, típicamente, la cuenta, bajo este método tiene una distribución mejor para los procedimientos estadísticos paramétricos.

Todo lo anterior se llevó a cabo con la finalidad de conocer y comparar el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Los datos obtenidos fueron medidos de acuerdo a la severidad y frecuencia del problema o molestia presente. Las categorías se basaron en el siguiente cuadro:

CATEGORIA	VALOR
Nunca	0
Casi nunca	1
Ocasionalmente	2
Frecuentemente	3
Muy frecuentemente o Siempre	4

7.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se llevo a cabo la entrevista con la directora del orfanatorio para solicitar apoyo al proyecto, así como las listas e información confidencial de cada una de las niñas y adolescentes residentes de ese lugar, con el propósito de configurar un marco muestral para la selección de la población que integraría la muestra.

Se organizaron reuniones con las madres que están a cargo del cuidado de las adolescentes para informarles las fechas y los procedimientos a realizar en la aplicación del estudio, así como los horarios y días para la realización de las encuestas.

Posteriormente se realizaron reuniones con las adolescentes que conformaron los criterios de inclusión para la aplicación de una encuesta y así obtener información relacionada con la conducta de salud bucal.

Se realizó el levantamiento del CPO-D e IHOS, para esto se presentaron los responsables con bata, guantes, cubrebocas, espejos y exploradores bucales, abatelenguas, cepillos y pasta dental.

7.8 PLAN DE ANÁLISIS

Se determinó la frecuencia, tipo de (maltrato/violencia) y edad de la muestra, así como, la frecuencia y distribución de cada pregunta del instrumento y por cada una de las siete dimensiones del OHIP para obtener la medición de impacto en la calidad de vida.

Se obtuvieron las medias de cada pregunta y en conjunto del instrumento por edad, tipo de (maltrato/violencia).

Se determinó la frecuencia y distribución de los componentes e índice CPO-D e IHOS tipo de maltrato y edad. Asimismo se obtuvieron las medias de distribución de los componentes de índice CPO-D, y edad.

7.9 RECURSOS

7.9.1 Humanos

- Directora de tesina
- Directora del orfanatorio “La Paz”
- 20 adolescentes del orfanatorio
- Pasante de la carrera de C.D.

7.9.2 Materiales

- 20 encuestas
- 20 lápices
- 20 cepillos dentales
- 1 pasta de dientes
- 20 abatelenguas
- 20 espejos
- 20 exploradores
- 20 vasos desechables
- 20 pares de guantes
- 1 laptop
- 1 impresora
- 1 cámara digital
- 1 rotafolio
- 1 película
- 20 historias clínicas para levantamiento de IHOS y CPO-D
- 1 tipodonto

7.9.3 Financieros

- A cargo del tesista

7.10 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no puso en riesgo la salud física ni mental de las participantes del orfanatorio “La Paz”, los procedimientos realizados fueron ejecutados exclusivamente dentro de las instalaciones; se vieron beneficiadas al adquirir conocimientos en el ámbito de salud bucodental.

8. RESULTADOS

Tabla 1

MOTIVO DE INGRESO	TOTAL
Maltrato infantil	6
Violencia intrafamiliar	3
Abandono	11
Abuso sexual	1

Fuente directa

El motivo por el cual ingresaron las niñas al orfanatorio de la muestra que se tomo el 55% fue por abandono y solamente el 5% fue por abuso sexual.

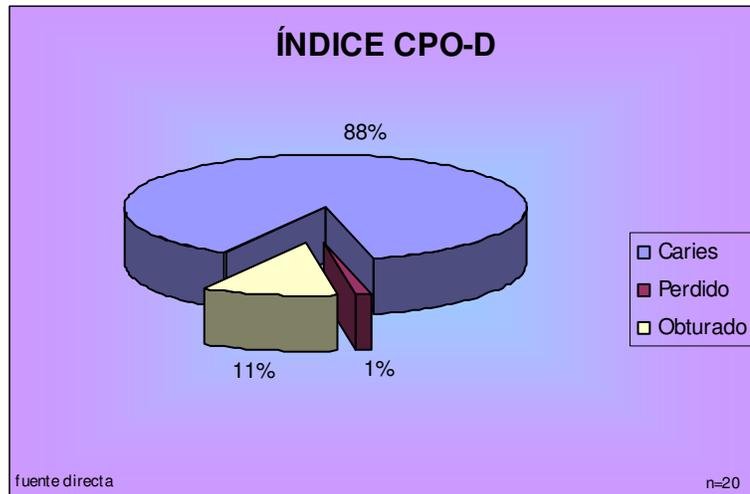
Tabla 2

Componentes del índice CPO-D	
Caries	195
Perdido	3
Obturado	4
CPO-D 10.1	

Fuente directa

Como se puede apreciar el CPO-D de esta población es muy alto corresponde a caries severa.

Gráfica 1



El 88% de la población de estudio presenta caries y sólo el 11 % tiene dientes obturados.

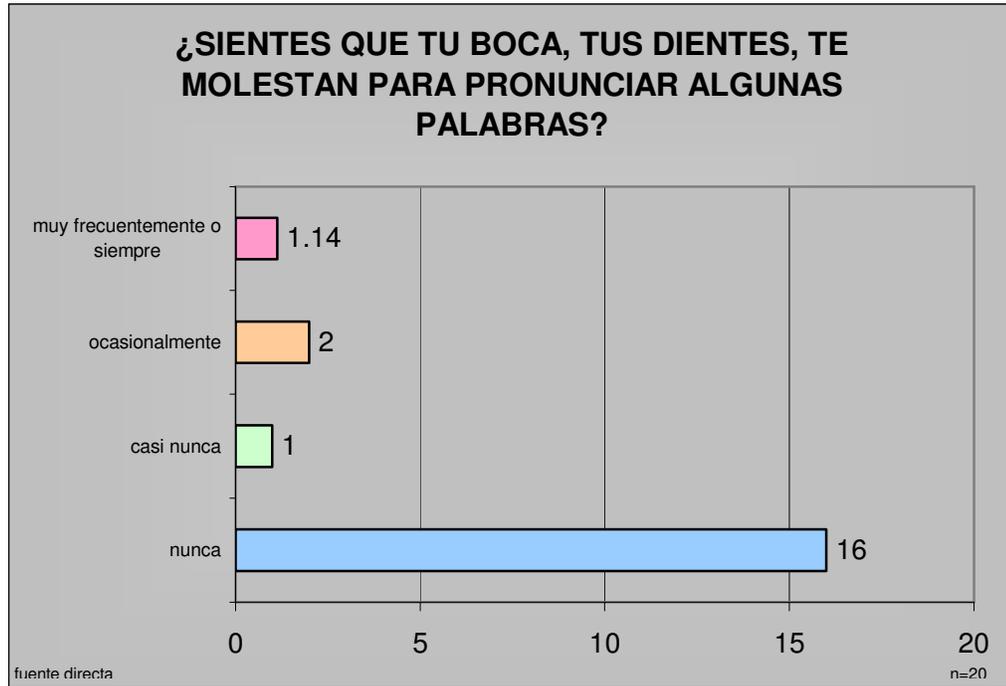
Tabla 3

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	
índice de placa	índice de cálculo
1.6	0.01

Fuente directa

En los resultados obtenidos en la población de estudio nos muestra un índice de placa regular y solo una persona de la muestra reporta cálculo

Gráfica 2



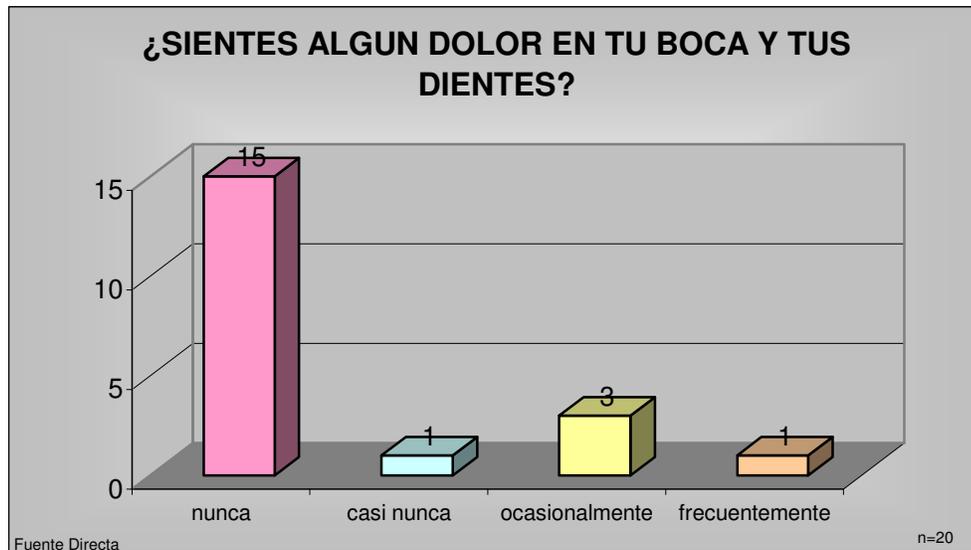
En la gráfica se muestra que 16 niñas nunca han sentido que su boca o dientes le molesten para pronunciar alguna palabra

Gráfica 3



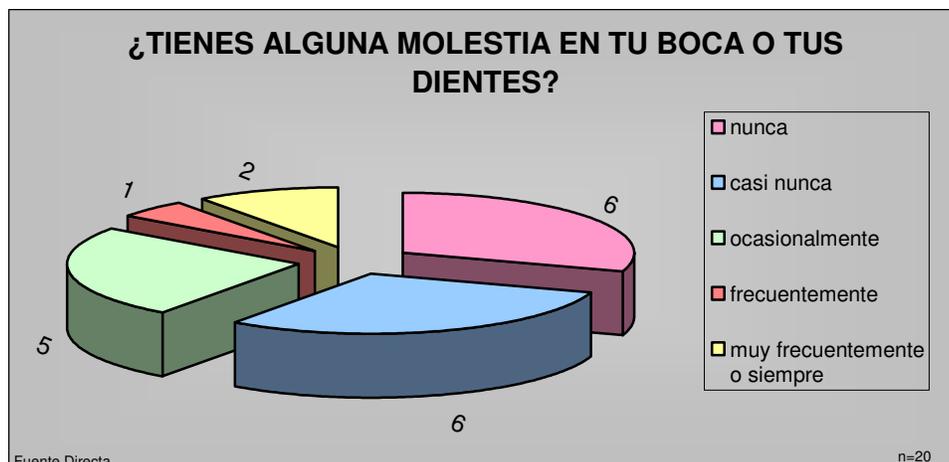
El 80% de la muestra nunca o casi nunca han sentido dolor en sus dientes

Gráfica 4



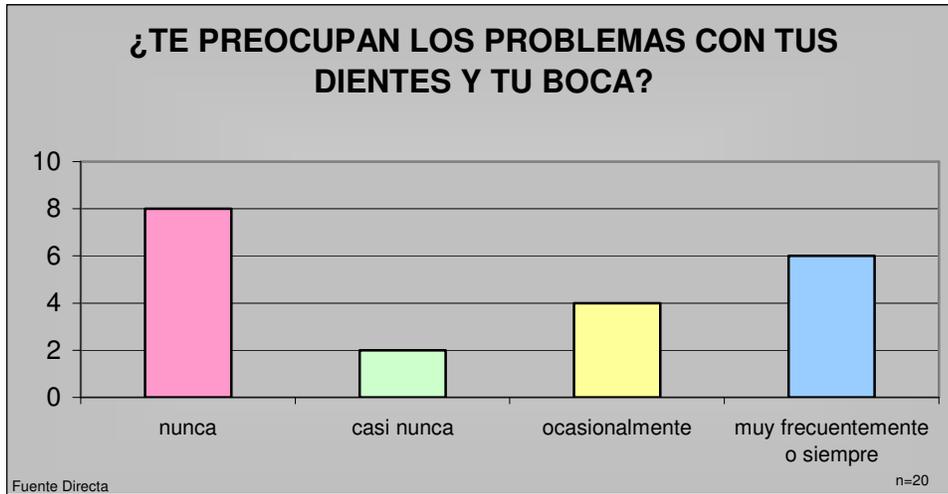
El 75 % (15) de la muestra menciona que casi nunca han sentido dolor en sus dientes

Gráfica 5



El estudio reporta que solo una participante frecuentemente tiene alguna molestia en su boca o sus dientes, y 12 nunca y casi nunca.

Gráfica 6



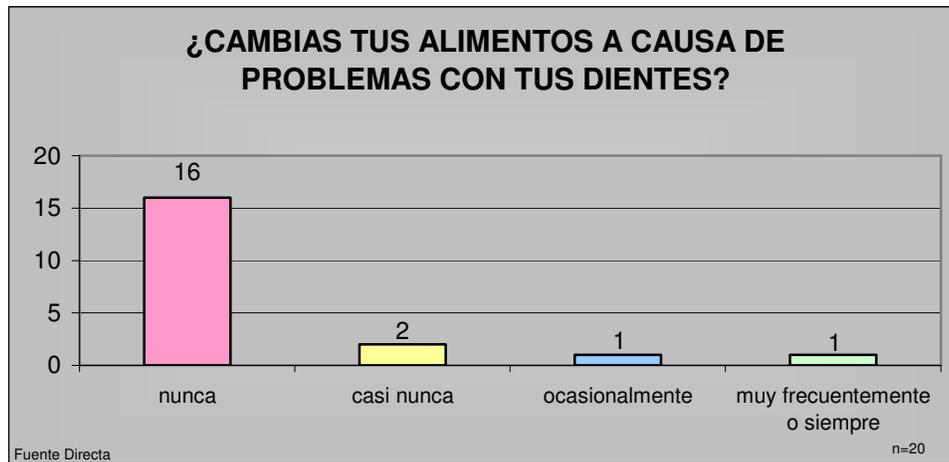
Al 40% (10) de las encuestadas no les preocupan los problemas con sus dientes y su boca

Gráfica 7



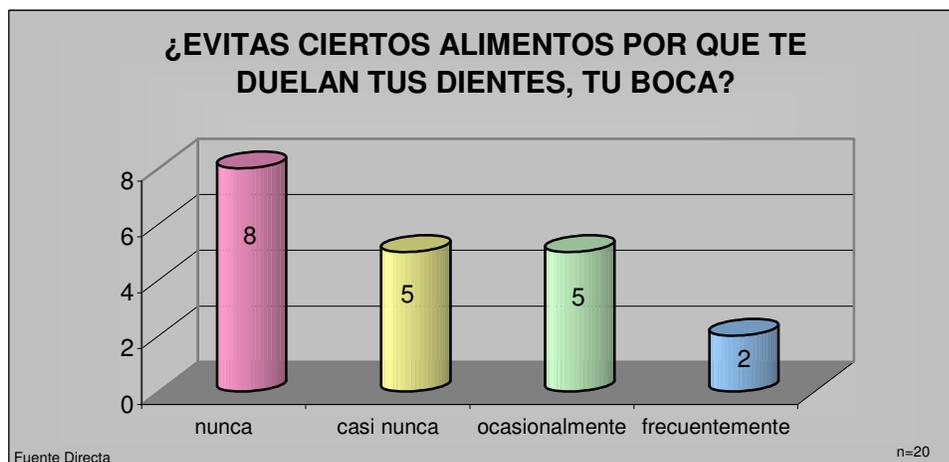
En el presente estudio 11 de 20 encuestadas no se sienten estresadas por problemas con sus dientes

Gráfica 8



El 80% (16) de la muestra nunca cambia sus alimentos a causa de problemas con sus dientes y solo el 5% si los cambia.

Gráfica 9



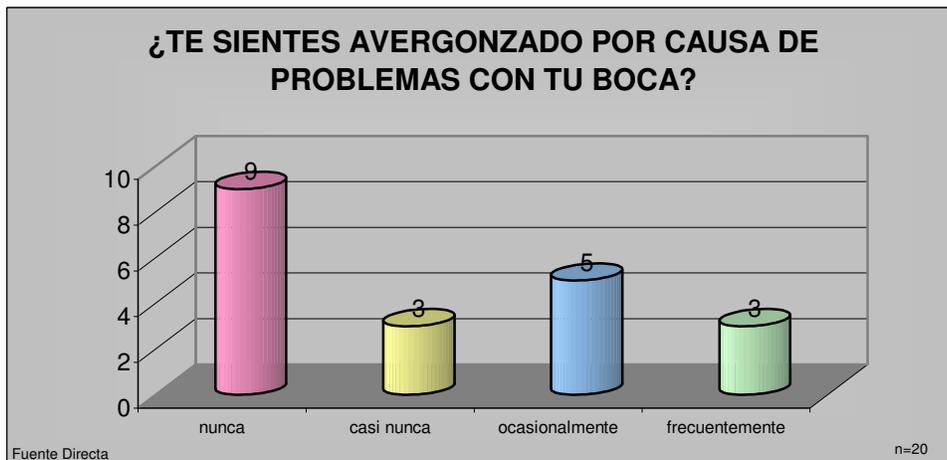
El 65% nunca o casi nunca evitan ciertos alimentos por causa de problemas en su boca.

Gráfica 10



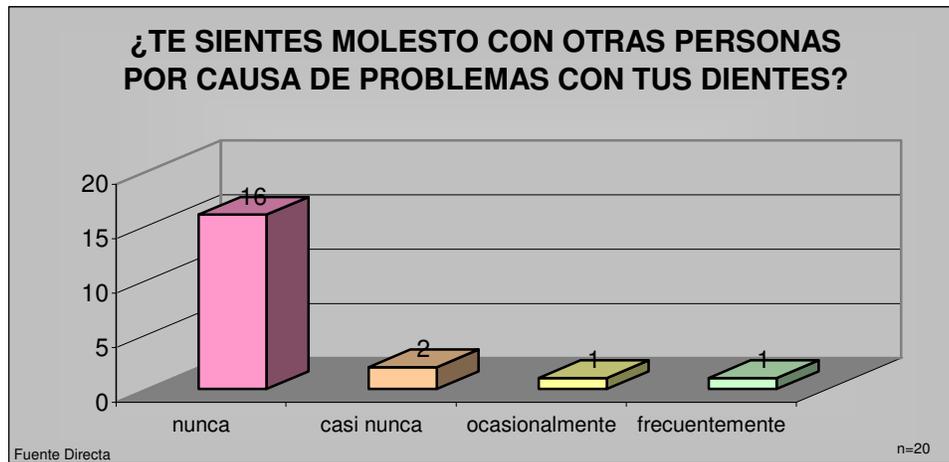
Del total de la población 12 adolescentes nunca han tenido problemas para dormir por causa de sus dientes

Gráfica 11



Solamente 3 adolescentes de las encuestadas reportan sentirse avergonzada por problemas con su boca.

Gráfica 12



A la pregunta de sentirse molesto con otras personas por problemas con sus dientes solo 1 de 20 encuestadas respondieron frecuentemente

Gráfica 13



El 75% (15) de la muestra nunca o casi nunca tiene dificultades diarias por problemas en sus dientes y su boca.

Gráfica 14



El 60% (12) de las encuestadas opinan que los problemas de sus dientes no han cambiado su vida.

Gráfica 15



El 65% (13) de la población de estudio los problemas dentales no le alteran sus actividades diarias

9. CONCLUSIONES

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria. La introducción de estos elementos son necesarios a las investigaciones de ensayos clínicos, terapéuticos, y que también se extienda con servicios médicos y bucales de la salud.

Y así sensibilizar a la comunidad odontológica de la existencia de este problema para continuar con investigaciones que atiendan a este sector de la población, tomando en cuenta su salud bucal para así poder determinar mejores tratamientos y optimizar con esto la calidad de vida.

La frecuencia y distribución de las enfermedades bucodentales expresadas en un perfil epidemiológico de un grupo social determinado se considera como la manifestación general de las condiciones de salud y enfermedad bucodental de las personas que constituyen el grupo de estudio.

En contraposición el Índice IHOS reporta un nivel regular en cuanto a placa dentobacteriana y la presencia de cálculo es nula

En relación al motivo de ingreso al orfanatorio el motivo principal fue el abandono y éste se dio incluso en la calle.

El 80% de la población de estudio nos reporta que no les molestan sus dientes y que no ha sido necesario cambiar la dieta por causa de problemas dentales.

Casi el 40% de las encuestadas opinan que no les preocupan los problemas con sus dientes y solo 3 se sienten avergonzadas por problemas dentales.

El 60% de las encuestadas refieren que su vida no se ha modificado por problemas con sus dientes.

De todo lo anterior concluimos que no obstante que la población de estudio presenta severos problemas de caries esto no altera su calidad de vida.

El Índice CPO-D en la población de estudio es de 10 lo que corresponde al nivel severo, encontrando en las adolescentes hasta 18 piezas cariadas.

¹10. BIBLIOGRAFIA, .N., El niño maltratado. Cuarta reimpresión. Cd México: Editorial. Trillas., 1992. Pp. 14-18, 41-44.

¹ Markovich, J., El maltrato a los hijos, México 1978. Pp.. 34-59.

¹ Azoala E. y Cols. El maltrato y abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México: Editorial Compañía productora de imagen, 1992. pág.66.

¹ Espert.F UNICEF, Situación de maltrato infantil en América latina y el caribe. Sao Paulo, 1997. pág 17.

¹ Knaul M., The impact of child labor and school dropout on human capital the economics of gender in México, 2001.

¹ Quiera, Casa Alianza. S.C. Las familias de los niños y las niñas de la calle, México, 1997. Pp. 18-19

¹ Locker D; measuring oral health quality of life; concepst of oral, disease an quality of life. university of north carolina. Canada, 1997. Pp. 11-24.

¹ National institute of dental and craniofacial research, oral health in america a report of the surgeon general; j. calf. dent assoc, 2000. 28 (9) 665-95.

¹ Locker, D, Allen, F, A. “Modified short version of the oral health impac profile for assessing health- related quality of life in edentulous adults”, Int J. Prostodont 2002; 15:446-450.

¹ Guyatt, GH; Look, DJ. Health status, quality of life, and the individual; jama, 1994, 272, 630-631.

¹ Nelson. E. Landgraf. jm. hay. rd., wasson. jh; kirk, jw., “The functional status of patients.how can it be measure in physicians offices”. Med care 1990; 28: 1111-1126.

¹ Patrick, D. Bergner M., Measurement of health status in the, Rev pub health 1990. 11:165-83.

¹ Locker D. Slade D. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile, j con dent assoc. 1993. 59 (10): 630-3, 837-8, 884.

¹ Oral health in america: a report of the surgeon general, efects on well-being and quality of life

¹ Jáuregui, suárez; Promocion de la salud y prevencion de la enfermedad enfoque en salud familiar, editorial médica panamericana, 2edicion. colombia, bogota 2004.

¹ Barreiro N. Los niños de la calle, una realidad de la Ciudad de México. Fideicomisos para los programas a favor de los niños de la calle. M.éxico 1992

- ¹ perrone, r. nannini, m. “violencia y abuso sexual en la familia” edit. baidos. buenos aires argentina 1990
- ¹ trejo martínez adriana. prevención de la violencia intrafamiliar. edit porrua 2ª ed. méxico d.f 2003
- ¹ azevedo, m.a. , guerra, v. infancia y violencia domestica, fronteiras do conhecimento. cortez editora. sao paulo, brasil. 1993. págs. 49-79.
- ¹ hobbs, ch; et al. child abuse and neglect. a clinician handbook. churchill livingstone. edimburgo, reino unido. 1993. págs. 1-8
- ¹ izquierdo, m.c., familias desunidas, hijos inadaptados, edit. trillas, primera edición méxico df. agosto 2003, págs. 58-61.
- ¹ pinkman, j. r. d.d.s; m.s. odontología pediátrica , edit. mc graw- hill. interamericana ; 3ªed. méxico df 2004, pág 6, 7.
- ¹ lamberti, s.v., violencia familiar y abuso sexual., edit. universidad buenos aires 1998. págs. 190-195, 120-127.
- ¹ galdós, c r. la violencia y el abuso sexual en menores edit. solidaridad y desarrollo. lima-perú 1997.
- ¹ guerrero, l. “previniendo el abuso sexual”. , edit. universidad buenos aires 1998, págs. 190-195, 120-127.
- ¹ castañeda, c.a., “maltrato infantil: experiencia de trabajo en el modulo de atención al maltrato infantil a salud (mamis) del instituto de salud del niño (isn)” congreso internacional de psicología clínica: psicología y psicoterapia en el desarrollo humano.- facultad de psicología universidad de lima 1997.
- ¹ nieves p.m., el niño abandonado, familia, afecto y equilibrio personal; editorial trillas, méxico 1981 reimpresión 1991, págs. 27-42.
- ¹ piquer y jover j.j “causas y remedios del abandono infantil” revista bordón, no. 113-114, enero febrero tomo xv, pág. 94 1963
- ¹ siguan, m. “el internado y su influencia sobre la personalidad” barcelona, septiembre 1965.
- ¹ lamoglia, e., la violencia esta en casa. agresión domestica, editorial grijalbo, segunda edición 2004, págs. 116-119, 126-127.
- ¹ shuster. g. dental caries. in oral microbiology and infectious disease, 3ª ed. b.c.decker inc 1990.pp 479-516.
- ¹ marsh p, martín m. dental caries in oral microbiology . 3ª ed. chapman and hall. london 1992.pp 43-147

¹ keyes p.h.the infections and transmissible nature of experimental dental caries. arch oral biol. 1960.

¹ piedrola. g.g medicina preventiva y salud pública .ediciones científicas y técnicas. barcelona 1991

¹ oms encuestas de salud bucodental; cuarta edición ; ginebra suiza, 1997.

¹ mc donald r.e .odontología para el niño y el adolescente. edit mundi. buenos aires 1987

¹ seif. t. cariolgìa prevenciòn, diagnòstico y tratamiento contemporaneo de la caries dental edit. actualidades médico odontológicas latinoamérica, c.a. 1997

¹ wilkins m.e. “clinical practical of the dental hygienist”., 79 edición, boston 1994., pág. 297

¹ nutall, nm;steele, j.g., pine, cm; white, d. pitts, nb: the impact of oral health on people in the uk in 1998; february 10 2002, volumen 190 . nùm 3, p. 121-126

¹ slade, g.d. “mesuring oral health and quality of life: oral health impact profile (ohip)”;
universidad of north carolina, canada; 1997; 93-104

ANEXOS