



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Cirujano Dentista

**Conducta Odontológica a seguir ante pacientes que presentan el
síndrome del niño maltratado. Presentación de 3 casos clínicos**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO
DENTISTA.**

PRESENTA:

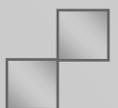
Karla González Zamorano

Directora:

Josefina Morales Vázquez

Asesor:

Gustavo Chávez Peregrina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

SEMINARIO DE TESIS EN LÍNEA



*TESIS ELABORADA EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES
DEL:
SEMINARIO DE TESIS EN LÍNEA*



COORDINADORES:

JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ

J. JESÚS REGALADO AYALA



DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi mamá, Araceli Zamorano López, ya que ella fue y seguirá siendo la persona que me impulsa a superarme cada día.

Porque eres la mujer más maravillosa, a quien tengo el privilegio de llamar mi amiga y mi mamá, quiero que sepas que tus palabras y tu comprensión me ayudaron a seguir adelante y no rendirme.

Gracias por ese “Tú puedes” que siempre me has dicho. Me da gusto saber que tengo la suerte de ser tu hija.

Por eso y muchos más motivos te dedico esta Tesis.

Te amo.

AGRADECIMIENTOS

A mi tío Sergio Zamorano López... A ti más que a nadie tengo que agradecer el apoyo durante estos años; gracias a ti y a tus enseñanzas; fuiste uno de los cimientos principales no sólo en mi carrera, sino durante toda mi vida. Agradezco que seas mi “Patío”; sin ti no hubiera podido llegar hasta aquí.

Maestra Josefina Morales y Dr. Regalado... Gracias por el apoyo, simplemente sin ustedes no hubiera podido terminar esta Tesis. Creo que son y seguirán siendo el apoyo de muchos alumnos como yo, y sólo me queda felicitarlos y agradecerles por todo.

C.D. Gustavo Chávez... Gus, gracias por todo tu apoyo y enseñanza. He aprendido muchas cosas de ti, y agradezco todo el tiempo que me brindaste para poder concluir mi Tesis.

A todas las personas que conocí durante esta etapa, tanto compañeros como maestros y amigos. Sin ustedes esta etapa de mi vida no la recordaría con una sonrisa. Gracias por todos los buenos momentos.



INDICE

ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
<ul style="list-style-type: none">- Historia del Maltrato Infantil- Maltrato Infantil en México- Características del Síndrome Del Niño Maltratado- Definición del “Síndrome del niño Maltratado”.- Indicadores del Síndrome del niño Maltratado.- Diagnóstico del Síndrome del niño maltratado- Diagnóstico diferencial- Manejo Odontológico- Seguimiento Legal	
OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
MATERIAL Y MÉTODO	24
RECURSOS	25
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	27
<ul style="list-style-type: none">- Declaración de Helsinki- Ley General de Salud	
CASOS CLÍNICOS	29
Caso Clínico No. 1	30
Caso Clínico No. 2	34
Caso Clínico No.3	38
IMPACTO Y TRASCENDENCIA	42
CONCLUSIONES	43
PROPUESTAS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	45



INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil incluye: lo que se hace (acción) lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia), es así que el concepto más completo es definido por el médico Díaz Huertas en su libro “Niños Maltratados” como: “La acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

En la literatura se describe una correlación entre el Maltrato Infantil y las lesiones patológicas en cabeza y cuello Estudios epidemiológicos evidencian que del 50 al 77 % de las lesiones físicas de niños maltratados aparecieron en la región oro-facial (boca, cara y cabeza). Es por esto que el odontólogo o el estudiante de odontología durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, cuenta una posición privilegiada para la identificación de los posibles casos de maltrato. A pesar de todo lo anterior el profesional de la odontología continua dejando de reportar estos casos.

El éxito de una atención odontológica en la población infantil depende de múltiples factores, algunos de ellos la actitud de los prestadores del servicio de salud, la actitud y expectativas del paciente y las condiciones del entorno clínico. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”.

Esta investigación se realizó en la casa hogar Sta. Inés de la delegación Coyoacán, en donde se hizo un trabajo con pacientes pediátricos femeninos que presentan el Síndrome del niño maltratado. Ellas son llevadas mediante la PGR ya que fueron diagnosticadas, es por eso que se tomaron tres casos al azar para ejemplificar la conducta del paciente y el odontólogo ante éstas situaciones. En este lugar no cuentan con recursos odontológicos ya que no hay una atención de salud debido a la falta de recursos económicos.

Este tema es muy importante ya que se necesita formar a las nuevas generaciones de odontólogos para poder proveer una mejor calidad de vida a nuestros pacientes pediátricos.



MARCO TEÓRICO

El Maltrato infantil (MI) es un problema de graves implicaciones a nivel mundial en general y de los países tercermundistas o en vías de desarrollo en particular. Su historia es tan antigua como la propia humanidad y su “perfeccionamiento”, se podría expresar, es directamente proporcional al progreso cultural de la raza humana civilizada. No hay un solo país en la aldea terrestre que escape a este azote social y el paso del tiempo muestra cifras alarmantes en cuanto a su incremento y consecuencias.⁽¹⁾

El maltrato en niños es tan antiguo como la propia humanidad pero los primeros conceptos sobre este tema fueron enunciados en 1946 por Caffey quien precisa la semiología radiológica de este síndrome y lo cataloga como “negligencia de padres”.⁽²⁾

Durante muchos años la investigación del maltrato infantil se ha basado en los factores causales.⁽³⁾

Muchas profesiones del área de la salud no incluyen en sus planes de estudio y programas de educación continua aspectos de formación relacionados con el maltrato; por lo tanto, los profesionales egresados no están preparados para ofrecer una ayuda a las víctimas.⁽⁴⁾

Es un problema médico social-legal que ha tenido una notable apertura a nivel mundial, para su estudio y atención en las últimas tres décadas. Por el impacto físico, emocional y económico que tiene en el niño y en la familia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha considerado como un problema de salud pública mundial.^(4,5)

En la odontología se describe una correlación entre el MI y las lesiones patológicas en cabeza y cuello. Estudios epidemiológicos evidencian que del 50 al 77 % de las lesiones físicas de niños maltratados aparecieron en la región oro-facial (boca, cara y cabeza). Es por esto que el odontólogo o el estudiante de odontología durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, cuenta una posición privilegiada para la identificación de los posibles casos de maltrato. Además, una deficiente salud bucal a menudo se asocia también el abandono de los niños; a pesar de todo lo anterior el profesional de la odontología continua dejando de reportar estos casos.^(4,5)

Existen tres factores que determinan los efectos negativos del maltrato en la construcción de modelos mentales de seguridad y, por ende, en la función reflexiva; la intensidad del maltrato vivido, la continuidad del mismo y la ausencia de figuras alternativas que pudieran, en alguna medida, servir de modelos de seguridad para defenderse de las experiencias de maltrato.⁽⁶⁾



Tomando en cuenta la importancia del problema, en el instituto nacional de pediatría se creó oficialmente desde 1997 la clínica de atención integral al niño maltratado (CAINM-IPN-UNAM) para estudiar y atender a las víctimas. ⁽⁷⁾

El maltrato infantil incluye: lo que se hace (acción) lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia), es así que el concepto más completo es definido por el médico Díaz Huertas en su libro “Niños Maltratados” como: “La acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. ⁽⁸⁾

Se señala la necesidad que tienen los médicos y otros profesionales de la salud que están en contacto con el problema de “maltrato a los niños” de entender en su máxima dimensión este fenómeno médico-social. ⁽⁹⁾

Se ha referenciado en algunos artículos académicos que:

- Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños.
- Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multisectorial.
- Los programas preventivos eficaces prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.
- La atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias. ⁽¹⁰⁾

Muchos son los autores de diversas disciplinas que han descrito los factores etiológicos del maltrato. Coinciden en que no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, y que no siempre pueden ser analizados y delimitados cuantitativa ni cualitativamente. La forma en la que estos factores interaccionan entre sí se caracteriza por ser dinámica, lo que permite que muchos de ellos coincidan en una misma familia y en un determinado momento. ^(8,10)

Dentro de las barreras e inconvenientes que se han identificado para el reporte del maltrato infantil está la falta de conocimientos y el entrenamiento, si un odontólogo está entrenado está más seguro de sus habilidades para reconocer el abuso y más casos pueden ser reportados y diagnosticados desde la consulta dental. Así mismo es necesario mencionar que aún existe una gran brecha entre el conocimiento que se tiene sobre fenómenos como el maltrato infantil y lo que se hace en la práctica para su prevención. ^(4,10)



Historia del Maltrato Infantil

En la historia del maltrato encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes.⁽¹¹⁾

En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida.

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.⁽¹²⁾

En 1874, se reportó el primer caso de maltrato infantil en la ciudad de Nueva York, de una niña llamada María Elena de 9 años de edad, quien fue encontrada encadenada a un barrote de su cama; su caso fue llevado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Animales en Nueva York, que intercedió en su favor. Al año siguiente se fundó la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Niños.^(8,12)

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño, mismas que se describen a continuación.⁽¹²⁾



Maltrato Infantil en México

En México, la negligencia desde el punto de vista normativo, es un ilícito caracterizado por la omisión en el cuidado, protección y amparo de las personas menores de edad. ⁽¹³⁾

No obstante a las estadísticas sobre el maltrato infantil, no hay certeza absoluta sobre cuál es la situación real en México y el mundo debido a que, por las mismas características del fenómeno, no se registran todos los casos existentes. Empero, esto no es una premisa nueva, Fontana (1973) realiza el mismo señalamiento cuando explica que la dificultad en la recolección de información sobre maltrato infantil gravita en que, generalmente, tiene lugar en un escenario en el que los únicos testigos son las personas que resultan responsable de los actos de maltrato: Los individuos en la escena, la madre, el padre, el amigo de la madre, o la madre y el varón que hace las veces de padre, actuando en virtual complicidad uno con otro.

Argumento que se sigue sosteniendo a lo largo del tiempo como lo señala la (UNICEF) United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) (2009) cuando aclara que, pese a los datos que se tienen sobre el maltrato infantil, las denuncias sólo dan cuenta parcial de la magnitud del maltrato, mientras el resto de los casos quedan sumergidos en el silencio por miedo a represalias, falta de información sobre cómo denunciar o bien porque muchos asumen que el castigo físico y verbal es parte natural de la educación y socialización. ⁽¹⁴⁾

Existen cuatro tipos de conducta que pueden causar maltrato:

- Rechazar/degradar:
Incluye conductas como insultar o humillar públicamente al niño; aterrorizar:
Se manifiesta en amenazas de hacerle daño, matarlo, lesionarlo, abandonarlo si no se comporta con las expectativas del cuidador.
- Aislar:
Acciones del cuidador para privar al niño de oportunidades de establecer relaciones sociales.
- Corromper:
Implica modelar actos antisociales o creencia inadecuadas en el niño como exponerlo a comportamientos delictivos.
- Explotar a un niño o niña: Hace referencia a la asignación de actividades domésticas que deberían ser realizadas por adultos y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño ^(13,14)



El maltrato infantil comprende diferentes categorías, formas que presentan sus características específicas. Las formas de maltrato más significativas son el maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o descuido y maltrato social entre otros.⁽¹⁵⁾

En la actualidad, es prioritario y deseable averiguar las correlaciones existentes entre dichas variables y las formas de maltrato a los menores. Identificar como se distribuyen en cada una de tales variables en esas formas de maltrato permitirá programas psicoeducativos que garanticen cierto éxito clínico y social.⁽¹⁶⁾

- Maltrato prenatal

Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o auto suministro de sustancias o drogas, de forma consciente, que pueden perjudicar al feto del cual es portadora.⁽¹⁷⁾

- Maltrato Sexual

El abuso sexual es un problema multifactorial donde todos los elementos que constituyen factores de riesgo son importantes y pueden presentarse de diferentes maneras. La ausencia de antecedentes patológicos personales no excluye la presencia de este fenómeno. Además es necesario el conocimiento de otros elementos relacionados con el hecho, como la caracterización de los perpetradores o victimarios, con el objetivo de trazar medidas preventivas mejor estructuradas, por lo cual se sugieren nuevas investigaciones en este sentido.⁽¹⁸⁾

Acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto a las cuales se tiene incapacidad para consentir.⁽¹⁹⁾

El abuso sexual abarca desde actos en que no existe contacto sexual directo, hasta cualquier acción con contacto sexual manifiesto, y es tal vez una de las formas más repudiadas de la violencia infantil por su connotación social⁽²⁰⁾

En los menores víctimas de abusos sexuales existen características y factores de riesgos, sobre todo familiares y comunitario, que permiten identificar los grupos vulnerables.^(18,21)

La Organización Mundial de la Salud define al abuso sexual infantil como la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente y en la que no es capaz de dar su consentimiento. Ocurre cuando el acto tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o su desarrollo físico tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder.⁽²¹⁾



- **Maltrato físico**

El maltrato físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. A nivel físico los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos.⁽²²⁾

El solapamiento más frecuente, es el que se da entre el maltrato físico y el maltrato emocional.⁽²³⁾

El maltrato físico infantil es un problema grave. La mayoría de niños que mueren de maltrato son menores de 3 años. La mayoría de niños son maltratados en casa o por alguien que conocen. Ellos con frecuencia aman a esta persona o le temen, así que no le dirán a nadie.⁽²⁴⁾

- **Maltrato psicológico**

Es toda agresión verbal, intimidación o insultos que produzcan cierto trauma psicológico en la crianza.⁽²⁵⁾

Existen diversas definiciones, y éstas varían según la Institución o el profesional que las describe. De acuerdo con la OMS, se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.^(13,24)

Existen diferentes grados de gravedad:

- **Leve:** Se caracteriza por incidentes aislados o poco recurrentes al decirle al niño palabras obscenas, gritándole o insultándolo. Puede presentar o no secuelas emocionales negativas.
- **Moderado:** Existe un modelo de regaño y gritos al menor con mayor frecuencia. El niño ha sufrido un daño emocional significativo y tiene dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles esperados para su edad. Sin embargo, los padres aún responden positivamente a las necesidades emocionales del menor.



- Grave: Se le dice al niño que no es querido, que es odiado, que no fue deseado y que nunca debió haber nacido.

Se le amenaza constantemente con ser abandonado y frecuentemente es regañado. Esta última categoría puede estar combinada con otras formas de maltrato. Se observa en el niño un daño emocional grave y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido, prácticamente en todas las áreas social, emocional, psicomotriz y cognoscitiva. ^(13,24-26)

- Negligencia o abandono físico.

La negligencia es la falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación, existen varios tipos de negligencia, como:

Negligencia física:

- *Malnutrición*: es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea.
- *Pica recurrente*: Sensación molesta que se siente en una parte del cuerpo y que provoca la necesidad de rascarse.
- *fatiga constante*: La fatiga es una falta de energía y de motivación.
- *higiene pobre no adecuada para el tiempo o la ocasión* La mala higiene es toda serie de hábitos relacionados con el cuidado personal que inciden negativamente en la salud.

Negligencia médica:

- Falta de la atención médica adecuada para el niño sufriendo de una enfermedad crónica.
- ausencia de las medicaciones o inmunizaciones necesarias.
- ausencia de higiene dental.
- ausencia de las prótesis necesarias. ⁽²⁶⁾

Actualmente se considera Negligencia Odontológica a la falta que los padres o tutores responsables del niño cometen al No brindar un adecuado tratamiento a las lesiones de caries dental, infecciones orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que puedan producir en el niño una mala alimentación, dolor, lo cual puede traer como consecuencia el retraso de su crecimiento y desarrollo y la limitación de sus actividades diarias. ^(8,26,27)



Negligencia emocional:

La negligencia emocional es debido a la omisión por parte de los padres. Es un fracaso para notar, atender o responder apropiadamente a los sentimientos de un niño. Debido a que es un acto de omisión, no es visible, perceptible o memorable. La negligencia emocional es el espacio en blanco en el cuadro de la familia; el fondo en lugar de primer plano. Es insidioso y se pasa por alto, mientras que hace su daño silencioso de vida de las personas.

- Síndrome de Munchausen por poderes

Los padres o tutores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el adulto. ^(17,27)

Características del Síndrome Del Niño Maltratado

Podemos comenzar a sospechar un maltrato infantil, cuando en la anamnesis se aprecia un retardo inexplicable en la consulta médica, discrepancias en el relato de ambos padres, y entre este y las características de las lesiones, explicaciones excesivas incoherentes, actitudes defensivas, o también antecedentes de lesiones inexplicables anteriores. ^(20,28)

El niño maltratado puede reaccionar de una manera pasiva o reactiva, pudiendo aumentar en ambos casos la agresividad del padre. El mayor peligro estriba en que la brutalidad se integre en una fórmula de diálogo aceptado por el agresor y la víctima. ^(19,20)

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos ⁽²⁸⁾

Según N. Lukianowicz, durante el examen el niño es habitualmente apático, retraído, no habla, parece cansado, triste y de mayor edad de la que tiene; puede presentar un aspecto desilusionado, o su cara puede ser inexpresiva y exenta de emoción. A veces, es evidente que el niño tiene miedo de su madre.

A corto plazo, los efectos de los malos tratos en el niño son: un cambio de apariencia y de conducta, un cambio de actitud hacia el padre brutal, claro exponente del miedo y de los síntomas de Stress emocional -enuresis diurna o nocturna y encopresis, rechazo de los alimentos, vómitos, entre otros. ^(27,29)



Definición del “Síndrome del niño Maltratado”.

Puede definirse como toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.⁽²⁹⁾

La Comisión Nacional de Derechos Humanos en México propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”. A su vez, el Sistema Nacional Integral de la Familia en este mismo país define a los niños maltratados como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional no accidental por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.⁽³⁰⁾

Kempe y Silverman, en el 1962 utilizaron la denominación del “Síndrome del Niño Golpeado”, para referir un cuadro clínico en niños y jóvenes que son objetos de malos tratos generalmente por uno o varios progenitores; esto con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos, no solo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesiones a un niño.^(29,30)

Indicadores del Síndrome del niño Maltratado.

La habilidad para detectar maltrato infantil requiere habilidad y un profundo conocimiento. Detectar abuso infantil debería ser una parte integral de cualquier examen clínico realizado en pacientes pediátricos. Los indicadores del maltrato infantil más recurrentes son:

- Heridas no consistentes con la historia clínica explicada o explicaciones dadas que sean incoherentes.
- Heridas que no coincidan con la edad y el estado de desarrollo del niño.
- Múltiples heridas en varios estados de la sanación
- Traumas no expuestos y no prominentes en el cuerpo.
- Evidencia de huesos fracturados anteriormente
- Hematomas bilaterales no consistentes con la historia clínica
- Heridas con patente por ejemplo: mordidas o marcas de cinturones.
- Tardanza significativa para tratar las heridas.
- Los cuidadores del niño no interactúan con él y viceversa



- Heridas no tratadas
- Higiene pobre o deficiente
- Manifestación del niño o alguien más. ⁽³¹⁾

El maltrato físico y un contexto familiar donde abundan las discusiones son los sucesos que mejor predicen los trastornos conductuales. ⁽³²⁾

Puede decirse que la literatura científica sobre las consecuencias del maltrato infantil indica que los menores presentan alto riesgo de generar psicopatología y conductas problema a lo largo de su vida, ya que los efectos del maltrato van en detrimento de su desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional. ⁽³³⁾

Diagnóstico del Síndrome del niño maltratado

La patología médico-social del maltrato infantil se ha convertido en un problema de salud pública mundial. ⁽³⁴⁾

El maltrato infantil es una entidad por desgracia ampliamente conocida, sin embargo todos los esfuerzos que realicemos se hacen pocos cuando nos damos cuenta que seguimos recibiendo niños agredidos psicológicamente o violentados sexualmente. ⁽³⁵⁾

El éxito de una atención odontológica en la población infantil depende de múltiples factores, algunos de ellos la actitud de los prestadores del servicio de salud, la actitud y expectativas del paciente y las condiciones del entorno clínico. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”. ⁽³⁶⁾

La escasez de información estadística y epidemiológica sobre el maltrato a menores, refleja, por una parte, la falta de notificación y el temor médico ante las implicaciones legales que conlleva y, por otra, la dificultad de diagnosticar correctamente los casos, sobre todo aquellos que no manifiestan lesiones físicas. ⁽³⁷⁾

Hay que recordar que la negligencia física es más común que el propio maltrato físico y que puede también mostrar hallazgos cutáneos. Podríamos definir la negligencia física como el deterioro corporal progresivo del niño o adolescente por incapacidad o insuficiencia de los padres o tutores para proporcionarle el cuidado que éste necesita (alimentación, vestimenta, higiene, protección y vigilancia), teniendo los medios y las herramientas para hacerlo. ⁽³⁸⁾

Es necesario que se inicie la elaboración de Historia Clínica para verificar el estado de salud en el que se encuentra el paciente:



El conocimiento del nivel de desarrollo y habilidades del niño son fundamentales para identificar si la historia proporcionada por la familia acompañante es correcta y coincide con la extensión de la lesión encontrada al examen físico, al resultado de los exámenes de laboratorio y el desarrollo del niño.⁽³⁹⁾

Se considera Negligencia Odontológica a la falta que los padres o tutores cometen al NO proporcionar tratamiento a las caries, infecciones orales y otras condiciones de la cavidad bucal y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, dolor, retarde el crecimiento y el desarrollo.⁽⁴⁰⁾

El abuso físico debe sospecharse cuando la lesión encontrada no tiene una lógica explicación y es incompatible con el desarrollo del niño^(39,40)

- Exploración intraoral

El 65% de las lesiones derivadas del maltrato y abuso físico en los niños se encuentran localizadas en la cara y el cuello.

Las principales lesiones que se localizan en el área peribucal y que interesan de manera especial al odontólogo son:

- Quemaduras: Ya sean por ingestión de alimentos calientes, ingestión de sustancias cáusticas, cigarrillos. Suelen estar localizadas en la lengua, mucosa labial y gingival.
- Mordiscos: Que podrán ser de humanos o de animales.
- Hematomas: Por golpes
- Laceraciones: Por golpes, alimentación brusca, abuso sexual. Presentándose en el labio superior, desgarro del frenillo
- Patología dentaria: Fundamentalmente por traumatismos. Abarcando un amplio abanico de posibilidades desde una fractura incompleta (sin pérdida del tejido dentario) hasta la avulsión dentaria pasando por las luxaciones.
- Patología huesos del esqueleto: Por traumatismos. Se ve afectada la apertura y cierre mandibular.
- Infecciones orales: Por abuso sexual. Aparecen infecciones herpéticas, gonorrea, entre otras. Aunque también pueden presentarse infecciones orales producidas por los órganos dentarios con caries avanzadas que no han recibido tratamiento adecuado incurriendo en un acto negligente ya que están impidiendo llevar a cabo las funciones de alimentación, deglución, entre otras, afectando en el bienestar del niño.⁽⁴¹⁾



Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

-Lesiones cutáneo-mucosas accidentales:

Localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica.

-Variantes normales:

Manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas; venas prominentes; dermatografismo intenso.

-Prácticas de rituales.

-Terapias alternativas:

Ventosas, digitopuntura o Shiatsu, entre otras.

-Enfermedades dermatológicas:

Celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto; dermatitis facticias; eritema nodoso; eritema multiforme; vasculitis por hipersensibilidad; aplasia cutis.

-Enfermedades hemorrágicas:

Hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; hipoprotrombinemia; déficit vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática (enfermedad de Werlhoff); síndrome hemolítico-urémico; intoxicación salicílica; púrpura fulminante meningocócica; coagulación intravascular diseminada; síndrome de Ehlers-Danlos; síndrome de Schönlein-Henoch.⁽⁴²⁾

Manejo Odontológico

De acuerdo a la normatividad vigente en México la notificación legal de violencia familiar es obligatoria para todo el personal de salud que labora en el Sistema Nacional de Salud según estipula la Norma Oficial Mexicana NOM- 046-SSA2-2005 "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar") Se establece que el personal de salud que atiende a estos pacientes debe estar debidamente capacitado para ello.⁽⁴³⁾

Los odontólogos se encuentran en una posición privilegiada para identificar casos de abuso o negligencia en niños. Ya que son los profesionales que suelen tener el primer contacto con el niño que presenta estos signos y síntomas.



Los odontólogos pueden reconocer la evidencia de abuso físico más fácilmente que otros profesionales de la salud, ya que el trauma orofacial se ha presentado en 50 de 75 casos reportados de maltrato infantil.⁽⁴⁴⁾

¿Cómo reconocer este tipo de niñas y niños? Debe sospecharse el síndrome cuando exista tardanza injustificada en buscar ayuda médica por parte de los encargados del menor, también cuando el relato acerca del mecanismo de trauma sea inverosímil con la gravedad de los hallazgos clínicos o sea cambiante conforme avanza la historia clínica, así como cuando se demuestra falta de interés por el estado del niño por parte de los padres o encargados.⁽⁴⁵⁾

Ante un caso de maltrato y abuso lo prioritario es que si se está produciendo deje de producirse y que si ya ha sucedido, no vuelva a tener lugar. De esta forma todo lo que rodea al niño abusado debe contribuir a devolverle la seguridad y confianza perdidas. Es aquí donde como odontólogos nuestro aporte es importante y valioso.⁽⁴⁶⁾

Descubrir, diagnosticar una situación de riesgo o de maltrato infantil, nos permite realizar una prevención terciaria, es decir, curar las lesiones, heridas, daños, tanto físico como psíquicos provocados y además realizar una prevención secundaria, es decir, evitar que se repita o que se vuelva a producir. La prevención primaria, la que evitaría la aparición de esta situación, es más difícil. Requiere una actuación más genérica, con participación general o global de la sociedad, pero el personal médico por su cercanía al niño y a la familia, también puede y debe colaborar.⁽⁴⁷⁾

El control prenatal, el control de salud infantil y la consulta médica por morbilidad constituyen una ventana de oportunidades de detección de actual o potencial maltrato infantil y de violencia hacia la madre. Si esta oportunidad fuera aprovechada, el maltrato podría reducirse sobre 75%.⁽⁴⁸⁾

El comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica en general, se debe a varios factores; ambiente odontológico, relación con el personal auxiliar, las actitudes de los padres y además el tipo de conducta que presenta cada niño en particular.

Para el profesional de la odontología debe ser de vital importancia la primera visita odontológica del paciente. Debe tratar de que el niño tenga una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro.⁽⁴⁹⁾

Una de las cosas más importantes para el odontólogo es la conducta del paciente, ya que de ellos depende la técnica a implementar para poder lograr buenos resultados. Todo con el objetivo de integrar la conducta odontólogo-niño-padres y así favorecer la adaptación y los comportamientos positivos en la consulta, en los siguientes cuadros se muestran los diferentes tipos de técnicas que se pueden utilizar y sus resultados:



Desensibilización:

Técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.

Modelamiento:

Cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.

Reforzamiento Positivo:

Ésta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales.

Decir-mostrar-hacer:

En esta técnica el dentista le explica al niño de qué situación se trata y qué se va a hacer (mostrando instrumentos o un modelo y al dentista actuando la situación) para después hacerlo. Se deben dar explicaciones adecuadas para el nivel cognoscitivo del paciente.

El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

Está indicada en todos los pacientes que puedan comunicarse y las únicas contraindicaciones son los pacientes muy pequeños que no comprenden lo que el dentista trata de explicar o las emergencias dentales y traumatismos. Una opción inicial es mostrar cómo debe llevarse a cabo la profilaxis y mostrar el cepillo especial y cómo gira la pieza de mano. Es necesario agregar elogios para reforzar de inmediato el buen comportamiento durante cualquier tratamiento actual y subsecuente. Las explicaciones no deben prolongarse, ya que pueden confundir al paciente y causar ansiedad. Los tratamientos se deben hacer de manera sencilla y casual.

Control de la voz:

Con esta técnica, mejor aceptada que la restricción física, la atención del niño se gana con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para ganar el mando. Se debe modular el volumen, tono o ritmo de la voz para influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el niño que no coopera ni presta atención, pero que es comunicativo. Sus limitaciones son los niños que no sean capaces de comprender debido a la edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional.

Disponible en: <http://es.slideshare.net/danidelpilar93/tecnicas-de-manejo-de-la-conducta-del-nio-en-odontologia>



Facilita la integración de la conducta - odontólogo - niño - padres.
-Posibilita la adaptación de comportamientos positivos presentes y futuros del niño en el consultorio odontológico.

Disponible en:

http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odontologia_Pediatrica/ADAPTACION_DEL_NINO_A_LA_CONSULTA_ODONTOLOGICA.pdf

Debido a que el odontólogo participa íntegramente con personal de salud de diferentes áreas, estos deben de tener actividades específicas para el buen manejo del paciente:

- Participar en los procesos de capacitación y actualización que se realicen sobre el tema.
- Diligenciar los registros propios del programa.
- Detectar oportunamente casos de maltrato.
- Hacer contacto con el coordinador del programa y la persona afectada.
- Comunicar al equipo interdisciplinario cuando se detecten los casos, con el fin de realizar un manejo integral.
- Intervenir de manera directa en el caso, utilizando los métodos terapéuticos propios de su profesión.
- Orientar a los padres o cuidadores en la cultura de la no violencia.⁽⁵⁰⁾



Seguimiento Legal

Es obligación del Estado proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por padres, madres o cualquiera otra persona responsable de su cuidado, y establecer medidas preventivas y de tratamiento al respecto. ^{(51) (52)}

Es importante que el odontólogo ejerza acciones ante las autoridades competentes, en aras de convertirse en instrumentos eficaces de defensa y promoción de los derechos humanos y pueda resarcirse o rehabilitarse la buena marcha del desarrollo pleno del niño. ^(30,52)

Toda persona a cuyo cargo se encontrare un hospital u otro establecimiento de salud semejante, fuere público o privado, dar. En el acto cuenta al fiscal de la entrada de cualquier individuo que tuviere lesiones corporales de significación, indicando brevemente el estado del paciente y la exposición que hicieron la o las personas que lo hubieren conducido acerca del origen de dichas lesiones y del lugar y estado en que se le hubiere encontrado. ^(52,53)

En México la legislación que rige sobre maltrato y violencia infantil son: Ley para la protección de niños, niñas y adolescentes, vigente desde 2005; en el estado de México Ley para la prevención y atención la Violencia familiar, Ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, vigentes desde 2004. ⁽⁵³⁾

Los abordajes que se realicen desde diferentes áreas, preventivos o asistenciales deben contemplar el enfoque multidimensional en su programación. Y todos los integrantes de la familia deben ser incluidos, en la medida de lo posible. El trabajo paralelo con padres/madres y con hijos ha demostrado ser el más eficaz. Y como profesionales de la salud debemos actuar cotidianamente con la firme convicción de la importancia que nuestra mirada del problema y el aporte que podamos llevar a cabo pueden en muchos casos detener la inevitabilidad del "circuito de la violencia". ⁽⁴²⁾⁽⁵³⁾

De manera preliminar se puede apuntar que no sólo es factible una intervención familiar sistémica con la finalidad de romper dichos ciclos redundantes, sino también útil en la medida de que posibilita el cambio familiar, reduciendo las coerciones legales y fomentando la responsabilidad familiar. ⁽⁵⁴⁾

Teniendo el odontólogo conciencia y conocimiento de esto, podrá cumplir con el rol protector y defensor de los derechos del niño, ya que el MI compromete aquella calidad de vida digna de ser llamada humana y demanda del quehacer medico una obligación de asistencia y un actuar moral cuyo fundamento es la persona humana con su totalidad compleja y pluridimensional. ^(52,55)

El maltrato infantil deja huellas físicas observables así Como secuelas emocionales que provocan un impacto en el desarrollo social, educativo y emocional del niño; con consecuencias a mediano y largo plazo ^(53,55)



El Índice de los Derechos de la Niñez y Adolescencia Mexicana de UNICEF México y de su Consejo Consultivo para el rango comprendido entre los 12 y 17 años de edad, muestra preocupantes datos de muertes violentas, especialmente de adolescentes varones. Según datos de la Secretaría de Salud utilizadas para el Índice, en 2004 cada semana 12 adolescentes fueron asesinados y otros 10 se suicidaron. ⁽⁵⁶⁾

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002. En casi la mitad de los casos (47%) la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre, lo que significa que la familia que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los niños y niñas se puede convertir en una zona de riesgo para ellos.

Todos tienen acceso gratuito a la justicia. Además deben recibir medidas de ayuda, protección, atención y reparación del daño así como un trato igualitario sin discriminación y sin que se les soliciten requisitos para acceder a este derecho. ⁽⁵⁷⁾



OBJETIVO GENERAL:

Describir la conducta odontológica a seguir ante pacientes pediátricos que presentan el Síndrome del niño maltratado a través de la presentación de tres casos clínicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Describir la conducta odontológica a seguir ante pacientes pediátricos que presentan abandono familiar.
- ✓ Describir la conducta odontológica ante pacientes pediátricos que presentan abuso sexual y maltrato físico.
- ✓ Describir la conducta odontológica ante pacientes pediátricos que presentan negligencia emocional.



MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de Estudio, Descriptivo, presentación de tres casos clínicos.



RECURSOS:

Humanos:

- ✓ Niñas con el síndrome del niño maltratado de una casa hogar de la ciudad de México
- ✓ Autor de la investigación : Karla González Zamorano
- ✓ DIRECTOR: Josefina Morales Vázquez
- ✓ ASESOR: Gustavo Chávez Peregrina
- ✓ PERSONAL DE LA CASA HOGAR

MATERIAL E INSTRUMENTAL

- ✓ Básicos
- ✓ cámara fotográfica
- ✓ Pasta para profilaxis
- ✓ Cepillo para profilaxis
- ✓ CK6
- ✓ Curetas
- ✓ Pieza de baja
- ✓ Pieza de alta
- ✓ Fresa de bola
- ✓ Unidad Dental
- ✓ ZOE
- ✓ Espátula para cementos
- ✓ Loseta de vidrio
- ✓ Mortero y pistilo



- ✓ Mercurio
- ✓ Amalgama
- ✓ Godete
- ✓ Algodón
- ✓ Agua purificada
- ✓ Cuaderno
- ✓ Hojas blancas
- ✓ Plumas
- ✓ Lápices
- ✓ Marcadores
- ✓ Laptop
- ✓ Impresora

FÍSICOS:

Casa hogar de Coyoacán

Dispensario de la casa hogar de Coyoacán

FINANCIEROS

Solventadas por la responsable de la investigación.



ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Declaración de Helsinki

La misión del médico deberá ser siempre salvaguardar la salud de las personas. El Código Internacional de Ética Médica declara que cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente . La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales y humanos utilizados en toda investigación, por lo que la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones básicas para todo médico que lleve a cabo una investigación biomédica: la investigación debe basarse en conocimientos de la literatura científica, si es experimental deberá presentarse ante un comité para su evaluación, investigación en humanos debe realizarse con personas científicamente calificadas, la investigación biomédica no puede ser ilícita, habrán que valorarse riesgos y beneficios, presentar informes acerca de la investigación, todas las personas que participan en la investigación deberán de estar debidamente informadas, de ser necesario se entregara un consentimiento informado.

Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica): En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico; En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico; el paciente se puede negar a participar en el estudio.

Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica): es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica, las personas participantes deben ser voluntarios, el investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas. ^(58,59)



Ley General de Salud

Esta ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todas las personas, con la finalidad de garantizar el bienestar físico y mental del hombre para una adecuada calidad de vida. Toda persona debe de disfrutar los servicios de salud que sean oportunos cuando los necesitan. La atención médica será preferente hacia grupos vulnerables y se deberá proporcionar una atención integral.

En todo momento la población deberá de estar enterada de las investigaciones, recursos, servicios y programas de salud en el país. Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud tengan títulos profesionales o certificados que hayan sido legalmente expedidos y dicho personal deberá de estar en constante capacitación.

Esta ley también expone como llevar acabo la prevención y control de enfermedades y accidentes, así como programas contra las adicciones.

Se especifica que siempre habrá un control sanitario de productos y servicios de salud, vigilancia sanitaria y de no cumplir con las normas se aplicarán sanciones y medidas de seguridad correspondientes.

Por lo que podemos concluir que la Secretaria de Salud es la encargada de verificar que todo lo dispuesto sea llevado al pie de la letra, todo esto para garantizar la protección y cuidado de la salud de la población.^(59,60)



CASOS CLÍNICOS.



CASOS CLÍNICOS

Se describen tres casos clínicos de niñas que tienen el síndrome del niño maltratado.

Caso Clínico No. 1

El primer caso se trata de una niña con labio leporino y paladar hendido.

ANTECEDENTES:

Ella fue llevada a la casa hogar por medio de la Procuraduría General de la República (PGR) ya que estaba en situación de maltrato infantil.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: MST

Lugar de nacimiento: Ciudad de México.

Lugar de residencia: Ciudad de México

Edad: 4 meses.

Informante: Tutor Legal



ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Sin datos de los padres ya que fue abandonada. En este caso el tutor legal es la madre superiora encargada de la casa hogar.



ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Referida por la Tutora de la casa hogar a partir de la fecha que la niña fue ingresada a esta.

(No se tiene la fecha exacta ya que debido a causas legales no nos pueden proporcionar mucha información).

Originario y residente de la Ciudad de México (CDMX), pertenece a nivel socioeconómico bajo, casa hogar que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Higiene, baño, y cambio de ropa diario. Alimentación eficiente en cantidad y calidad, cuadro de inmunización completo a la fecha (2015). Sin datos de antecedentes perinatales.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Referida por la Tutora de la casa hogar a partir de la fecha que la niña fue ingresada a esta.

Presenta el síndrome del niño maltratado por abandono y negligencia según refiere la PGR al dejarla a cargo de la casa hogar. Los padres le suministraban drogas para “calmarla” las cuales por motivos legales no se nos pudo proporcionar el nombre, cursa con desnutrición. Presenta labio leporino y paladar hendido.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Actualmente el estado de la paciente es de abandono y negligencia, la cual nos refiere su tutora legal.

Ella llegó en estas condiciones a la casa hogar y debido a que tiene poco tiempo que ingresó, no se ha podido llevar a cabo un tratamiento integral para la niña.

Este tratamiento se tiene planeado a futuro. (No tenemos conocimiento de la fecha)

PADECIMIENTO ACTUAL: Síndrome del niño maltratado.



SIGNOS VITALES:

Sin alteraciones dentro de la tabla percentil. (No contamos con los números exactos ya que no tenemos los instrumentos necesarios para tomar los signos. Sin embargo la tutora legal nos dijo que no padecía alteraciones dentro de ellos).

DIAGNÓSTICO BUCAL.

Paciente femenino con edad aparente a la cronológica, con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido. Se observa delgada, tranquila y cooperadora. Normocéfalo sin alteraciones del cráneo.

A la exploración bucal presenta labio y paladar hendido bilateral el tejido blando se encuentra rojizo e irritado. No presenta órganos dentarios erupcionados.

INTERCONSULTA:

Se remite a consulta con el odontopediatra de la Cruz Blanca en la zona de Coyoacán y el Cirujano Maxilofacial del mismo. El cirujano proporciona el mismo diagnóstico de labio y paladar hendido bilateral.

PRONÓSTICO:

Favorable

Ya que con la cirugía se puede corregir la malformación y proporcionarle una vida normal a la niña.

PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I – Higienización

Profilaxis

FASE II – QUIRÚRGICA

Se requiere una cirugía para labio y paladar hendido con un cirujano Maxilofacial. Debido a la falta de fondos que se presenta en el lugar en donde vive, se pospone.



FASE III – REHABILITATORIA

La que el especialista señale después del acto quirúrgico.

FASE IV - MANTENIMIENTO

Quedará bajo observación por el servicio de odontopediatría y pediatría para control y evolución.

Como referimos en el marco teórico, el odontólogo puede darse cuenta del síndrome del niño maltratado por negligencia, debido al mal cuidado que le proporciona el padre o tutor al niño.

Así que quedando bajo observación se tomará en cuenta que tenga todos los cuidados necesarios para su pronta recuperación.

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

Como se menciona anteriormente no se le ha realizado ningún tratamiento quirúrgico a la niña ya que no se cuenta con el recurso económico necesario para realizar el acto quirúrgico.

La paciente no cuenta con órganos dentarios erupcionados así que se realizó una profilaxis de tejidos blandos, con una gasa.

Caso Clínico No. 2

ANTECEDENTES:

En el segundo caso clínico abarcar el maltrato físico, ya que a la toma de fotografías y la anamnesis se pudo observar el comportamiento de la niña diferente a la de los demás, la conducta que tenía era temerosa, tímida y no habló durante la toma de fotografías. Se podría dar un diagnóstico presuntivo de abuso sexual y pornografía infantil.

En una fotografía se puede observar ligeras cicatrices en al área de la cara lo que da pauta para sospechar maltrato físico. Ya que como referimos en el marco teórico, los golpes en la cara y cuello son fáciles de observar para el odontólogo ya que se enfoca en esa área, y el signo de cicatrices en esa área nos da pauta para hacer un diagnóstico presuntivo.

Ante este tipo de maltrato el diagnóstico suele ser presuntivo ya que no tenemos pruebas y el examen físico lo tiene que realizar un médico general ya que en este caso no podemos indagar en los archivos médicos por asuntos legales y como odontólogos no podemos abarcar otras áreas de exploración que no sean cabeza, cuello y áreas visibles, quedará como diagnóstico presuntivo y se le informará al tutor.

CASOS CLÍNICO No.2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NIC

Lugar de nacimiento: Ciudad de México.

Lugar de residencia: Ciudad de México

Edad: 6 Años.

Informante: Tutor Legal





ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Sin datos de los padres ya que fue abandonada.

Todos los datos referidos son por el actual tutor legal.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Referida por la Tutora de la casa hogar a partir de la fecha que la niña fue ingresada a esta. (No se tiene la fecha exacta ya que debido a causas legales no nos pueden proporcionar mucha información).

Originario y residente de la Ciudad de México (CDMX), pertenece a nivel socioeconómico bajo, casa hogar que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Higiene, baño, y cambio de ropa diario. Alimentación eficiente en cantidad y calidad, cuadro de inmunización completo a la fecha (2015). Sin datos de antecedentes perinatales.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Presenta el síndrome del niño maltratado por maltrato físico. Fue secuestrada y estuvo 6 años encerrada en un sótano sin luz del día y con una alimentación deficiente, por lo tanto cursa con desnutrición así como desvío de mandíbula debido a los golpes que le daban.

PADECIMIENTO ACTUAL: Síndrome del niño maltratado.

SIGNOS VITALES:

Sin alteraciones dentro de la tabla percentil. (No contamos con los números exactos ya que tenemos los instrumentos necesarios para tomar los signos. Sin embargo la tutora legal nos dijo que no padecía alteraciones dentro de ellos).

DIAGNÓSTICO SISTÉMICO Y BUCAL.

Paciente femenino con edad aparente a la cronológica. Se observa delgada, tranquila y cooperadora. Normocéfalo sin alteraciones del cráneo. Se observan cicatrices en el área facial, así como comportamiento retraído con la gente que la rodea. A la toma de fotografías se comporta de forma temerosa y callada.

A la exploración bucal maxilar lateralizado hacia lado derecho el tejido blando se encuentra rojizo e irritado (gingivitis), presencia de biopelícula debido a la mala higiene en las dos arcadas, caries de 1er y 2do grado en molares superiores e inferiores.

INTERCONSULTA:

Con el odontopediatra y ortopedista de la Cruz Blanca en la zona de Coyoacán y el Cirujano Maxilofacial del mismo.

Actualmente tiene sesiones de psicología debido al trauma que pasó y ha ido evolucionando.

PRONÓSTICO:

Favorable

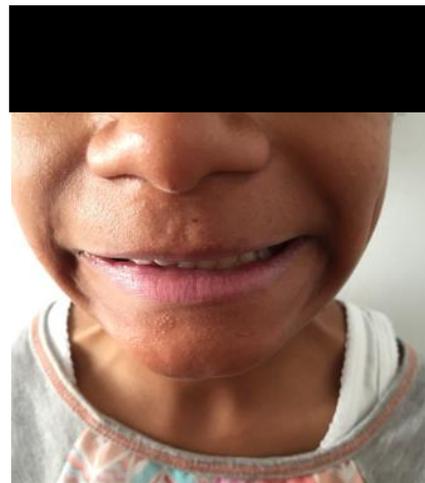
PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I - Higienización

- Profilaxis dental
- Técnica de cepillado y control de biopelícula
- Remoción de caries

FASE III- REHABILITATORIA

Aparatos de ortodoncia para corregir la mordida





FASE IV - MANTENIMIENTO

Quedará bajo observación por el servicio de odontopediatría, psiquiatría y ortopedista para control y evolución.

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

Se realizó profilaxis dental, se hizo remoción de caries de los órganos dentales dañados (O.D. 24,33,34,44,45) y se obturó con amalgama. Se le enseñó una técnica dental correcta.

Se remitirá al ortodoncista para arreglar el apiñamiento de los órganos dentarios y quedará en constante supervisión del cirujano dentista ya que tiende a dejar a un lado el cepillado dental diario.



Caso Clínico No.3

ANTECEDENTES:

En el tercer caso clínico se presenta una paciente con el síndrome del niño maltratado por negligencia infantil.

De acuerdo al marco teórico se puede observar que cuando un padre o persona encargada del menor no se preocupa por las necesidades básicas tales como: comida, vivienda y ropa, para asegurar el bienestar de este menor. Esta negligencia puede ser física, medica, educacional, emocional y en la supervisión.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: APMG

Lugar de nacimiento: Ciudad de México

Lugar de residencia: Ciudad de México

Edad: 12 Años.

Informante: Tutor Legal



ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Con padres alcohólicos. La segunda de tres hermanos.

Esta información es referida por el tutor legal actualmente.



ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Referida por la Tutora de la casa hogar a partir de la fecha que la niña fue ingresada a esta.

(No se tiene la fecha exacta ya que debido a causas legales no nos pueden proporcionar mucha información).

Originario y residente de la Ciudad de México, pertenece a nivel socioeconómico bajo, casa hogar que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Higiene, baño y cambio de ropa diario. Alimentación eficiente en cantidad y calidad, cuadro de inmunización completo a la fecha (2015). Sin datos de antecedentes perinatales.

Su tía la abandonó en la casa hogar ya que no tenía el alcance monetario para hacerse cargo de ella.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Presenta el síndrome del niño maltratado. Cuenta con desnutrición, producto de la negligencia de los padres.

PADECIMIENTO ACTUAL: Síndrome del niño maltratado.

SIGNOS VITALES:

Sin alteraciones dentro de la tabla percentil. (No contamos con los números exactos ya que no tenemos los instrumentos necesarios para tomar los signos. Sin embargo la tutora legal nos dijo que no padecía alteraciones dentro de ellos).



DIAGNÓSTICO SISTÉMICO Y BUCAL.

Paciente femenino con edad aparente a la cronológica. Se observa tranquila y cooperadora. Con diagnóstico de síndrome de niño maltratado debido a negligencia. Normocéfalo sin alteraciones del cráneo.

A la exploración bucal presenta órganos dentarios supernumerarios, así como apiñamiento y una deficiente higiene bucal, cuenta con gingivitis leve y mordida cruzada sin presencia de caries.

INTERCONSULTA:

Con el odontopediatra y ortopedista de la Cruz Blanca en la zona de Coyoacán.

PRONÓSTICO:

Favorable

PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I - Higienización

Profilaxis dental

Técnica de cepillado y control de biopelícula

FASE III REHABILITATORIA

Aparatos de ortodoncia para corregir la mordida



FASE IV - MANTENIMIENTO

Quedará bajo observación por el servicio de odontopediatría, psiquiatría y ortopedista para control y evolución.

DATOS Y OBSERVACIONES:

A la toma de fotografías demostró una actitud poco cooperadora y con miedo. El diagnóstico presuntivo es que fue abusada sexualmente ya que el padre alcohólico la agredía.

Actualmente no se tiene indicaciones médicas para esta paciente debido a que por términos legales no podemos indagar en su expediente médico.

Se sugiere estar bajo observación del médico y el psicólogo de la Cruz Blanca de Coyoacán.

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

Se realizó profilaxis dental, y se le enseñó una correcta técnica de cepillado.

Estará bajo constante observación ya que “no le gusta cepillarse los dientes” y se remitirá al ortodoncista para corregir el apiñamiento dental, cuando ya esté corregido el problema de higiene.

(Por motivos legales no se nos permite difundir las fotos más que para la presentación de los casos clínicos, ya que estas niñas han sido dañadas tanto física y moralmente nos reservamos el derecho de reproducción de imagen exclusivo para la Tesis.)



IMPACTO Y TRASCENDENCIA.

El maltrato infantil es uno de los graves problemas mundiales. Desgraciadamente, sucede muy a menudo dentro de la misma familia, parientes cercanos y/o tutores.

Hay que ser consciente, que esto causa problemas físicos, emocionales, psicológicos y muchas veces desórdenes mentales que acarrearán más violencia en la niñez y juventud que lo padece.

A pesar del avance tecnológico en la medicina y la facilidad del acceso a la información, todavía existen ciertas lagunas en la educación acerca del maltrato infantil y su manejo odontológico.

Los casos clínicos que se presentaron fueron de niñas abandonadas, sin recursos económicos para brindarles un tratamiento odontológico integral, y que han sido atendidas por medio de voluntarios así como de la Cruz Blanca de Coyoacán.

Existe mucha información sobre los niños con el síndrome de maltrato infantil, pero hacen falta más personas dedicadas a la enseñanza en el área profesional para formar futuros odontólogos con conocimientos precisos en esta área.

Varias publicaciones consultadas dentro de la bibliografía alrededor del mundo nos dicen cómo podemos hacer un buen diagnóstico para poder atender lo mejor posible a un paciente con estos signos y síntomas, solo falta difusión tanto médico como legal para no hacer caso omiso a estos pacientes.

Los niños con síndrome de maltrato infantil tienen diferentes conductas, tanto de miedo como de alegría, es responsabilidad del profesional de salud aprender a atender a estos pacientes.

Es por eso que lo que se trata en la investigación es aprender cómo ha evolucionado el maltrato infantil a través de la historia, a distinguir las características que presentan ante una consulta odontológica, cuando sospechar y cuando actuar ante la presencia de algún signo o síntoma, saber que tipo de técnica usar ante este tipo de situaciones y actuar correctamente al momento, tanto como legal y profesionalmente.



CONCLUSIONES

Se nos dio la oportunidad de trabajar voluntariamente en la Casa Hogar de Coyoacán.

Debido a la falta de recursos no fue posible darles una atención odontológica integral a las niñas que presentaron maltrato infantil.

La falta de conocimientos y en muchos casos el ser padre a temprana edad sin los recursos económicos para mantener un niño, hacen que los niños lleguen a estas instancias.

Como se menciona el odontólogo es el primer profesional del área de la salud que tiene contacto con este tipo de pacientes, y es nuestra responsabilidad profesional aprender mediante estudios a manejar y dar un tratamiento eficaz para poder salvar la vida de nuestros pacientes,

Por otro lado la información consultada nos dice como reconocer a pacientes con este síndrome, y teniendo en cuenta que la información proporcionada nos dice que los pacientes con menores recursos económicos son los más propensos a presentar maltrato infantil, dentro de nuestra ética profesional debemos de aportar trabajo voluntario para poder mejorar la vida de estos niños.

Un diagnóstico oportuno ayudará a controlar y a tratar adecuadamente a los pacientes con este síndrome y esto solamente se puede lograr a través de una buena historia clínica.



PROPUESTAS

Una de las propuestas en esta investigación es que se realice un apartado de maltrato infantil en la Historia Clínica de las instituciones de enseñanza en profesionales de la salud.

Nos queda claro que un paciente con el síndrome del maltrato infantil presenta problemas odontológicos tanto como psicológicos y médicos.

Es por eso que se propone que se lleven a cabo consultas conjuntas en la escuela para que todas las áreas de la salud trabajen y aprendan, ya que la FES Zaragoza se caracteriza por enseñar a los estudiantes interdisciplinariamente y multidisciplinariamente.

Otra de las propuestas es crear o fomentar programas de voluntarios y servicios sociales. Como se menciona durante este trabajo de investigación, la mayoría de los casos que presentan maltrato infantil son de personas con bajos recursos, existen muchos albergues que se dedican a rescatar niños en estas circunstancias pero debido a los escasos recursos económicos no pueden ofrecer una mejor calidad de vida, especialmente en lo que respecta al área de la salud.

Es por eso que se propone que durante el segundo año de formación en la carrera de Cirujano dentista se le haga un llamado a los estudiantes para acudir como voluntarios a este tipo de lugares en donde se puede aprender tanto profesional como personalmente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Ramírez RL, Aguirre AJ. Traumatismo craneoencefálico: Principal causa de morbilidad y mortalidad en el maltrato infantil en manizales. 2003-2010; 13 (1):1-2.
- 2.-Crespo Ba, Fernández CG, Perea CJ. Niño maltratado. Revista Cubana de pediatría. 1996; 68, (3): 1
- 3.-Moreno MJ, Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. Anales de psicología. 2005; 21 (2): 224-230
- 4.-Arrieta VK, Díaz CS, González MF. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. REV CLÍN MED FAM 2014; 7(2): 1-3.
- 5.- Calzada RA. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev. Cubana Med Gen Integral [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Feb 02]; 20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500011&lng=es. Fecha de acceso: Octubre 2015.
- 6.-Mesa AM, Estrada LF, Bahamón AL. Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. Pensamiento Psicológico. 2006, 6 (13): 127-152.
- 7.-González GN, Suárez RK, Loredó AA. Síndrome de desgaste laboral (burnout). ¿Un riesgo para profesionales que atienden el problema de maltrato infantil? Acta Pediatría Mex. 2011; 32(1): 1-3.
- 8.- Medrano GG, Perona MG. “Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?” Odontol Pediatr. 2010; 9 (1): 1-2.
- 9.-Loredó AA, Trejo HJ, Bustos VV. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac Med Mex. 1999; 135 (6): 611
- 10.-OMS Nota descriptiva. Maltrato infantil. Nota descriptiva No. 150. Diciembre 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/#>. Fecha de acceso: Diciembre 2015.
- 11.-Corominas XC, Maltrato, abuso físico, abandono y negligencia. Psiquiatría-Paidopsiquiatría. Artículo de revisión. Disponible en: <http://www.doctorcamarena.mx/paidopsiquiatra.html?gclid=CP-4muankcsCFQmSaQodWiYMPQ>. Fecha de acceso: Febrero 2016.
- 12.- Santana TR, Sanchez AR, Herrera BE. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex. 1998; 40: 2-3, 58-65.



- 13.- Loredo AA, Trejo HJ, García PC, Portillo GA. Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. Salud Mental. 2011; 34:67-73
- 14.- Morales SA, Propuesta de prevención primaria del maltrato infantil: Modelo teórico explicativo para identificar factores histórico-bio-psico-socio-culturales. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento. 2014; 5(2): 89,72.
- 15.- Suarez GM. Maltrato infantil en Colombia. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4804538.pdf>. Fecha de acceso: Febrero 2016.
- 16.-Moreno MJM. Etiología del maltrato infantil: estilo educativo, prácticas de crianza y contexto social. Psicología y Salud. 2004; 14 (1): 121-134
- 17.- Calzada RA. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2004; 20: 5
- 18.-Rodriguez GM, Arteaga RI, Rodríguez GO. Caracterización de conducta sexual inadecuada hacia niños y adolescentes. Medisur (revista en internet) 2014. Junio. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2625>. Fecha de acceso: Octubre 2015.
- 19.- Marchetti LR, Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud. D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. 2006: 11.
- 20.- Robaina SG. El maltrato infantil. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17(1):74-80.
- 21.-García PC, Loredo AA, Trejo HJ, Casas MA. Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. Acta pediátrica de México. 2005. 34: 288
- 22.-Arruabarrena MI, De Paul J. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/arruabarrenacorregido.pdf>. Fecha de acceso: Febrero 2016.
- 23.-Azaola E. Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. Informe Nacional sobre la violencia y salud. Artículo en internet. Disponible en: http://juconicomparte.org/recursos/violenciamenoresazaola_Umz7.pdf. Fecha de acceso: Octubre 2015
- 24.- Neil KK. Maltrato físico infantil. Artículo en internet. 2015. Medline plus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001552.htm>. Fecha de acceso: Octubre 2015.
- 25.- Sherer EA, Pires ZA. A crianca maltratada: uma revisao da literature. Rev. Latino-am. Enfermagem Riberao Preto. 2000; 8: 22-29.



- 26.- Coll CX. Maltrato, abuso físico, abandono y negligencia. Artículo en internet disponible en: http://www.familianova-schola.com/files/Maltrato_abuso_fisico_abandono_negligencia.pdf. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 27.- Ajuriaguerra JD. Manual de psiquiatría infantil. Cuarta Edición. MASSON. 2014: 2.
- 28.- Soriano FF. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2009;11:121-44.
- 29.- Alonso GG, García MO. Consideraciones acerca de la conceptualización del maltrato infantil. Considerations about conceptualization of child maltreatment. Policlínico Universitario Docente "Belkys Sotomayor Álvarez" Ciego de Ávila. MEDICIEGO. 2012; 18 (2): 2.
- 30.- Perdomo B, Sanchez V, Ruiz E. Información sobre el maltrato infantil que manejan los odontólogos del municipio libertador, Mérida Venezuela. Revista Odontológica de los andes. 2014: 1.
- 31.- Chopra A, Gupta N, Chand RN, Vashisth S. Harbingers of child abuse: A complex healthcare issue for dentistry. Department of Public Health Dentistry, Swami Devi Dyal Hospital and Dental College, Golpura, Barwala, Panchkula, Haryana, India. 2015. Downloaded free from. Disponible en: <http://www.srmjrds.in> on Thursday. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 32.- Bragado C, Bersabe R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicotema 1999; 11 (4): 939-956.
- 33.- Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: Hacia una revisión de los factores de resiliencia. Pensamiento Psicológico. 2011; 9 (17): 83-96
- 34.- Posada DA, Gómez RJ, Ramírez GH. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. Acta pediátrica Mex. 2008 29(5): 295-305.
- 35.- Aldunate RM. Maltrato infantil, situación en el hospital de niños Roberto del Río. Revista pediátrica. 2007; 4 (2): 64-65.
- 36.- Lopera MP, Cardeno CV, Munetones CD, Serna SE, Diaz GM, Bermudez RP. Manejo de la conducta del paciente pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16): 59-65.
- 37.- Herrada HA, Nazar BA, Cassaball NM. El niño maltratado en Tlaxcala. Estudio de casos. Salud Pública de México. 1992; 32 (6): 626-631
- 38.- Charles P, Darwich SE, Grimalt R. Signos cutáneos del maltrato infantil. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103(2):94-99



- 39.- Fernández CG, Perea CJ. Síndrome del maltrato infantil. Hospital Pediátrico Universitario "Juan M. Márquez". Artículos de revisión. Disponible en: <file:///D:/Documentos%20de%20trabajo/Importantes/EBSCO%203/Pediatría/ped09304.htm> (1 of 20)11/02/2005. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 40.-Morante CA, Kanashiro CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev. Estomatol Herediana. 2009; 19(1):50-54
- 41.- Martínez LM, De Castro DL, Iruña MM, Martínez LC, Queipo BD. Paciente autista en el ámbito odontológico: autoagresiones versus maltrato infantil.. Gac. Int. Cienc. Forense . 2013; (9): 20-21.
- 42.- Oliván GG, Indicadores de Maltrato Infantil. 23/10/2002 Guías Clínicas 2002; 2 (44) See discussions, stats, and author profiles for this publication at: Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/235663794>. Fecha de acceso: Octubre 2015
- 43.-Pérez RJ, Flores PL, García PC, Loredo AA, Trejo HJ, Casimiro VA. Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. Acta Pediátrica de México. 2015; 36.
- 44.- Ramos GF, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among california dental care providers Regarding child abuse and neglect. JADA, American Dental Association. 1998; 129.
- 45- Bonilla MR, Vargas SM, Mora GA. Síndrome de la niña y el niño sacudidos: Hallazgos anatomoclínicos. Revista Medicina Legal de Costa Rica. 2006; 23.
- 46.-Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta Odontológica Venezolana. 2002; 40.
- 47.- Onostre GRD. El síndrome del niño maltratado. Rev. Soc Bol Ped. 2014; 53.
- 48.- Arcos GE, Uarac UM, Molina VI. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. Rev. Méd Chile 2003; 131: 1454-1462
- 49.-Medina JP, Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. 2008; 36.
- 50.-Protocolo de la atención a la niñez maltratada. Artículo en internet <http://col.ops-oms/municipios/Cali/02Ninezmaltratada.html>. Página oficial de la OMS 2015. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 51.-Convención sobre los derechos del niño. UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-niño/convención-derechos-nino>. 2015. Fecha de acceso: Enero 2016.



- 52.- Fierro MC, Salazar SE, Ruiz SL, Luengo ML, P.rez FA. Maltrato Infantil: Actitud Y Conocimiento de Odontólogos en Concepcion Chile. Int. J. Odontostomat. 2012; 6 (1):105-110.
- 53.- Raquena MA, Robles BN, Lara CE. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. Int. J. Odontostomat. 2014; 8(1):167-173.
- 54.- Bringiotti MI, "at-risk" families of domestic violence and child abuse Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005; 14:78-85
- 55.- Barcelate BE, Eguiarte E, Alvarez AI. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Acta Colombiana de Psicología. 2005; 13: 34-35
- 56.-Violencia en México. UNICEF. Artículo en internet. Disponible en: http://www.unicef.org/méxico/spanish/proteccion_6932.html 2015. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 57.-Sistema para el desarrollo integral de la familia del distrito federal.DIF Artículo en internet. Disponible en: http://www.dif.dif.gob.mx/dif/prog_serv.php?id_prog_serv=22 portal del gobierno del Distrito Federal. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 58.-Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 59.-Ley General de Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf. Fecha de acceso: Enero 2016.
- 60.-Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF 12/11/2015. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>. Fecha de acceso: Enero 2016.