



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD BUCAL DEL
INFANTE POR NEGLIGENCIA Y ABANDONO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JOCELYN ROVIROSA GÓMEZ

TUTOR: Mtra. TATIANA GALINA GARCÍA MACÍAS

MÉXICO, Cd. Mx.

2021



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios

Primeramente por permitirme lograr esta etapa importante de mi vida, acompañarme en todo momento, por darme muchas bendiciones entre las cuales están:

Yolanda y Mario

Mis adorables padres, mil gracias por su apoyo incondicional, por su paciencia y por siempre aconsejarme, a pesar de aciertos y desaciertos siempre están conmigo, ustedes mis joyas han sido esenciales para este logro y más, los amo mucho.

A Elías

Mi compañero de vida, gracias por siempre alentarme, por tus consejos y apoyo, te amo.

A mi pequeño David

Gracias por llegar alegrar mi vida, por todos esos momentos juntos, cuando me miras con esos ojitos lindos y me dices: échale ganas mamita tú puedes, con ayuda de Dios lo vas a lograr, eres la mejor. Te amo mi niño.

*A mi hermano **Mario** gracias por tu apoyo.*

A la Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Odontología Muchas Gracias.

A la Mtra. Tatiana Galina García

Mi tutora, muchas gracias por su apoyo, por sus consejos y compartir su conocimiento conmigo. Gracias

ÍNDICE	Página
INTRODUCCIÓN.	1
1. MALTRATO INFANTIL	2
1.1 Concepto.	3
1.2 Causas	5
1.3 Consecuencias	8
1.4 Tipos de maltrato	10
2. NEGLIGENCIA O ABANDONO	12
2.1 Concepto	13
2.2 Tipos de Negligencia/Abandono	13
2.3 Indicadores.....	16
2.3.1 Niveles de gravedad	17
3. ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DENTAL.....	18
3.1 Signos del maltrato	18
3.1.1 Físicos	19
3.1.2 Conductuales	24
3.2 Las repercusiones en la salud bucal del infante por Negligencia/ Abandono físico.	26
3.2.1 Las repercusiones orales frente al maltrato	29

4. PROCESO DEL DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DENTAL	34
4.1 Historia Clínica.....	35
4.2 Exploración extra oral	36
4.3 Exploración Intra oral	38
4.4 Pruebas complementarias	44
5. PROCEDER DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL MALTRATO	46
5.1 Manejo de conducta ante posible maltrato	47
5.2 Notificaciones	48
6. CONCLUSIONES	52
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
8. ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN.

El maltrato infantil es una problemática de salud pública, que afecta a toda la sociedad, donde desafortunadamente los niños sufren consecuencias graves tanto físicas como psicológicas, las cuales repercuten en su vida a corto y largo plazo, llegando hasta la muerte.

Los profesionales de la salud debemos de estar atentos ante la sospecha de esta situación, detectando los posibles signos físicos, conductuales, y como odontólogos revisando las distintas repercusiones orales que puede presentar el niño. Para aportar nuestra contribución y ayudar a que estos niños ya no padezcan este sufrimiento, ya sea notificando y remitiéndolos a las instituciones pertinentes para que les brinden la ayuda necesaria para su recuperación y en un futuro no vuelvan a repetir con sus hijos esa situación tan desagradable.

Por lo tanto el objetivo de esta tesina es presentar información de las repercusiones en la salud bucal del infante, por negligencia y abandono siendo estos un tipo de maltrato, ejercido por parte de los padres o tutores, así como de la distinta tipología del maltrato. Debido a que es de suma importancia conocer de esta problemática, sus factores de riesgo, la importancia de su diagnóstico y la importancia de la participación del odontólogo.

1. MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil (MI) es un problema de salud pública de aspecto médico-social-legal, el cual desafortunadamente presenta, cada día mayor impacto mundial. La información actual con la que se cuenta, permite decir que el maltrato a los menores ocurre desde la antigüedad.¹

De acuerdo a lo anterior algunos ejemplos de esta problemática que podemos encontrar en la historia escrita son:

En el antiguo testamento (Éxodo 1:22) se narra como el faraón de Egipto, mando a matar a todos los infantes hebreos porque entre ellos estaba Moisés quien liberaría a este pueblo esclavizado. En el nuevo testamento (Mateo 2:13) también hubo matanza de infantes pero esta vez por parte del Rey Herodes I quien mando a ejecutar a niños menores de dos años en Belén.²

En algunas civilizaciones se realizaba con frecuencia el infanticidio, en donde el padre podía matar a su hijo si presentaba algún defecto físico. En China era usado como control de natalidad, ya que solo se aprobaba tener como máximo 3 hijos.¹

Posteriormente en 1868 el patólogo Ambrosio Tadiou, profesor de medicina legal realizo sus primeras observaciones en niños maltratados, donde encontró que 32 presentaban lesiones no comunes, de los cuales 19 fueron quemados o asfixiados.²

Después “en 1946 el radiólogo pediatra, John Caffey describe el cuadro clínico de seis niños con hematomas sudural y múltiples fracturas de huesos largos, tres de estos seis presentaron traumatismos orofaciales”.²

Más tarde en la década de los 60 en México, se comenzó a describir al maltrato mediante publicaciones de casos clínicos en donde se encontraron rasgos predominantes relacionados al abuso físico y sexual.³

El Dr. Jaime Marcovich Kuba (1980), pediatra mexicano del hospital infantil de México escribió un libro *Tengo derecho a vivir*, en donde señala esta problemática. ¹

Luego Henry Kempé en 1962 estableció el término síndrome del niño apalado o golpeado definiéndolo como el uso de fuerza física, no accidental dirigida a herir o lesionar a un niño. Más tarde aunaron la negligencia y los aspectos psicológicos como parte de MI. ^{2,1}

1.1 Concepto.

Definir con claridad al MI no resulta fácil, a continuación se presentan algunos conceptos dados por organizaciones que intervienen en este problema social que afecta a todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos trayendo consecuencias negativas para los niños, las familias y la comunidad. Ya que no es una característica propia de la sociedad moderna. ^{1,4}

La organización mundial de la Salud (OMS) lo define como:

“Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”.⁵

De acuerdo con El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se define como:

“Víctima de maltrato y abandono a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual y/o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial” (UNICEF, 2015).⁶

En nuestro país también se han establecido conceptos por distintas instituciones, por ejemplo:

Para la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) es:

“Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.²

Mientras que El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como:

“Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.⁵

Y La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) de México, lo define:

“Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica”.⁷

1.2 Causas

Estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en donde participan características del agresor, agredido y el medio ambiente en donde se desarrollan. ²

Usualmente los agresores son, en orden de frecuencia: el padre, la pareja de la madre, la cuidadora y la madre. El maltrato grave es relacionado frecuentemente con padres sustitutos y miembros secundarios de la familia. ⁸ Por otra parte en México el Instituto Federal Electoral (IFE) en el 2003 realizó una consulta donde se encontró que los padres maltratadores son menores de 20 años o tienen entre 20 y 30 años de edad, así como un bajo nivel educativo. ⁸

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “un factor de riesgo es toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso”. ⁹

Sin embargo el maltrato no solo se asocia a un factor de riesgo, incluye una acumulación de varios factores. ¹⁰

Siendo la edad uno de los factores importantes, debido a que los niños pequeños son los más maltratados, ya que física y psicológicamente son indefensos. ⁹

Entre las causas más frecuentes encontramos el modelo psicológico, economía, desintegración familiar, inmadurez emocional y baja autoestima de los padres o cuidadores, también la falta de preparación para atender a niños discapacitados, la ignorancia de las leyes que amparan a los niños, comportamientos aprendidos y obediencia a través del maltrato. ¹¹

A continuación se muestra una tabla con factores específicos que detonan el maltrato infantil:

Tabla 1. Factores detonantes del maltrato infantil.

Menor	Agresor	Detonante
Tener una malformación congénita	Tener antecedentes de maltrato infantil y violencia intrafamiliar	Desempleo
Presentar un padecimiento crónico	Consumo de alcohol y abuso de drogas	Vivienda inadecuada (con o sin mínimos servicios)
Ser un niño no deseado	Poca tolerancia a la frustración	Disfunción conyugal
Hiperactividad	Padres con baja autoestima, personalidades negativas	Vivir en zona de conflicto ambiental
Niño desobediente	Depresión , ansiedad o conductas antisociales	Conflictos familiares internos
Agresivo	Desempeñar papeles de padrastro o madrastra	Aislamiento social
Relación padre-hijo deficiente.	Estilo de crianza autoritaria(uso de castigos, amenazas , agresión)	Insatisfacción laboral
Temperamento demandante	Embarazo no deseado	
	Madre adolescente o soltera	
	Bajo nivel educativo	

Fuente: 2, 12, 13

Dentro de este contexto nos damos cuenta que existe una variedad de factores tanto culturales como sociales que afectan la capacidad de los padres para el cuidado de los niños, influyendo los recursos con los que cuentan lo cual promueve un estrés que puede llegar a generar violencia. ¹³



Figura 1. Cifras de maltrato infantil en México, así como estados de mayor índice de violencia.

1.3 Consecuencias

El maltrato causa consecuencias graves en niños y niñas a corto y largo plazo, afectando su crecimiento y desarrollo psicosocial.¹² De hecho los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo los cuales incluyen: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos.⁶

En efecto, una consecuencia importante es la alta prevalencia de traumatismos encefalocraneano de origen no accidental que deja secuelas neurológicas permanentes, en especial a menores de dos años.⁶

Así mismo se pueden presentar distintas consecuencias en los niños y niñas, dependiendo del tipo de maltrato, el vínculo con su agresor y la frecuencia con que se presente. Si se prolongan por mucho tiempo pueden llegar a comprometer su vida adulta, generando problemas de salud mental, trastornos de sueño, dificultades de aprendizaje, conductas agresivas e incluso ideas suicidas.¹²

Las consecuencias generales que se han observado en las víctimas son:

-Cambios en la conducta: siendo una de las primeras señales de afectación que comienza a presentar el niño que reciben maltrato físico y emocional. Frecuentemente se muestran agresivos, con cambios de humor, impulsivos, hiperactivos, manifestando enemistad ante determinadas personas de su entorno.^{14,15}

-Daño en autoestima y habilidades sociales: El niños presenta miedo al relacionarse con otras personas, pudiendo caer en un aislamiento social, teniendo problemas de apego.⁶

-Afectaciones a la personalidad: presentan ansiedad, baja autoestima, pudiendo desarrollar cuadros depresivos, sentimientos de culpa y vergüenza atribuyéndose así mismo las responsabilidades de agresiones.¹⁶

-Bajo rendimiento escolar: el desempeño escolar se ve comprometido ya que las diversas secuelas emocionales o maltratos físicos influyen teniendo una disminución de atención. ⁹

-Riesgo de interiorizar el maltrato: el agredido empieza a ver “aceptable” el comportamiento violento cotidiano pudiendo repetir esta misma conducta en su vida adulta siendo agresor. ⁹

-Afectaciones en la salud: relacionadas con el maltrato físico y negligencia o abandono. ¹⁶

-Abuso de sustancias: entrando en contacto con el consumo del alcohol y drogas desde una edad temprana para lidiar con el estrés postraumático. ¹⁶

-Autolesiones y suicidio: principalmente en adolescentes los sentimientos de culpa pueden llevarlos a hacerse lesiones e incluso llegar a un desenlace fatal como el suicidio. ^{9,16}



Figura 2. Violencia infantil.

1.4 Tipos de maltrato

La diferente literatura menciona que se puede clasificar al maltrato en base a la forma en que es ejercido en cuatro tipos generales:

- maltrato físico
- maltrato psicológico
- abuso sexual
- negligencia/ abandono¹⁷

También puede clasificarse de acuerdo a su comportamiento como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Tipología del maltrato infantil.

ACTIVO	PASIVO
Abuso físico	Abandono físico
Abuso sexual	Abandono emocional
Abuso emocional	Omisión-Negligencia
Explotación laboral	

Fuente: ¹⁸

A continuación se describe la tipología que puede suscitarse en cualquier entorno familiar:

ACTIVOS:

-Abuso físico: Se define como toda acción no accidental por parte de los tutores que provoca daño físico a través del uso de la fuerza excesiva como empujones, golpes, bofetadas, zarandeo, quemaduras, heridas internas incluso la muerte.⁹

Siendo el dolor la primera consecuencia, generando también a nivel psicológico problemas en el desempeño escolar, autoestima baja, problemas de socialización. ⁹

-Abuso sexual: Se refiere a cualquier acto sexual con un niño por parte de un adulto que va desde exposición indecente, contacto físico indebido violación, prostitución, pornografía y comercio sexual. El síndrome de estrés post traumático es el efecto que frecuentemente presentan las víctimas. ⁹

-Abuso emocional: Es definido como un modelo de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo de la personalidad saludable y autoestima del niño, involucrando actos y palabras ofensivas. ¹¹

-Explotación laboral: Son las acciones como la mendicidad y venta ambulante, lo que se refiere a “la realización de trabajos por parte del niño que exceden de lo habitual ya que deberían ser realizados por adultos. ¹⁵

PASIVOS:

-Abandono físico: Es un grado extremo de negligencia por parte de los adultos.

-Abandono emocional: Es la indiferencia al estado de ánimo del niño, falta de interacción y contacto hacia él, por parte de los padres

-Negligencia: Falta de protección o cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo. ¹²



Figura 3. Violencia hacia los niños y las niñas.

2. NEGLIGENCIA O ABANDONO

El maltrato infantil es un tema complejo que afecta negativamente a los niños, familias y sociedad, el cual ha sido estudiado y examinado de manera independiente de acuerdo a su tipología como en el anterior capítulo se describió.¹⁹

En este caso abordaremos a la negligencia o abandono infantil ya que actualmente es el tipo de maltrato con mayor repercusión dado que esta situación no deja lesiones físicas excepto en los casos más graves.²⁰

2.1 Concepto

La negligencia infantil comprende incidentes esporádicos y frecuente desatención por parte del tutor con relación al desarrollo y bienestar del niño, en aspectos de salud, educación, desarrollo emocional y nutrición. ²¹

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la negligencia es la imposibilidad de cumplir las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro, aun cuando las personas responsables de la crianza tengan los medios, conocimientos y acceso a los servicios para hacerlo. ²²

Además algunos estudios longitudinales demuestran que la negligencia puede llegar a causar daños emocionales y problemas de salud más severos y duraderos que los niños que han padecido el maltrato físico o abuso sexual. ⁹

De manera similar “el abandono puede ocasionar desnutrición grave que, al menos durante los primeros seis meses de vida, se asocia con secuelas neurológicas permanentes y que a su vez pueden verse potenciadas por las lesiones producidas por el maltrato físico. Este tipo de maltrato es el que más secuelas neurológicas origina, y son los niños menores de 5 años los más vulnerables a sus consecuencias” ²³

2.2 Tipos de Negligencia/Abandono

La falta de cuidado en cuanto a las necesidades básicas del infante por parte del tutor se divide en distintas modalidades:

- Negligencia física sucede cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro que viva con el (vivienda, alimentación adecuada, vestido) de igual manera se hace referencia a la supervisión inadecuada o accidentes. Conlleva a estados de desnutrición, enfermedades, accidentes, baja autoestima. ²⁴

-La Negligencia educativa: se refiere cuando el niño no asiste a un plantel educativo (ausencias crónicas e inexplicables), se le niega el derecho de educación o se ignoran las necesidades escolares lo que conlleva a que nunca adquieran habilidades básicas y abandonen la escuela.²³

-Mientras que la Negligencia médica: es cuando no se provee el tratamiento médico necesario. Está relacionado en nuestro país con altos índices de pobreza, pero a pesar de esto los padres o tutores deben de buscar la forma para recibir apoyo por parte del gobierno en programas de prevención y promoción de la salud en los niños como vacunación gratuita.²²

Dentro de la negligencia médica encontramos a la:

-Negligencia dental: La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define a la negligencia dental como:

“La incapacidad deliberada por parte de los padres o tutores de un niño para solicitar y continuar con el tratamiento necesario para asegurar una adecuada salud bucal libre de dolor e infecciones y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor”.²⁵

El no buscar la atención adecuada puede deberse a factores como el aislamiento familiar, falta de dinero, dificultad de transporte, ignorancia o el no darle la importancia suficiente a la salud bucal. Las repercusiones orales por negligencia dental van acompañadas de otros problemas de la salud, asociadas a la negligencia física en cuanto a la alimentación, higiene, y a los cuidados básicos de atención primaria de salud (vacunas, alguna revisión), también se encuentran asociadas con algún otro indicador físico o comportamental de abuso físico o sexual.^{22,25}

De la misma forma el abandono se divide en:

-Abandono emocional: siendo este la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias del menor, así como la indiferencia al estado de ánimo del niño, la cual interrumpe el desarrollo de las capacidades mentales y cognitivas de este. ¹¹

La víctima de este tipo de maltrato presenta ciertas características, como baja autoestima, frustración, llanto ansioso y demandante así como dificultades en la capacidad empática. Frecuentemente este término se confunde con el maltrato emocional, la diferencia es que el abandono se refiere a omisiones y cuando hablamos de acciones se refiere al maltrato emocional.²⁰

-Abandono físico se caracteriza por actuaciones exageradas de negligencia que dejan graves secuelas físicas del niño en las que el tutor de manera deliberada o por una excesiva falta de atención deja que sienta un sufrimiento evitable y fracasa en proporcionarle uno o varios de los aspectos básicos esenciales para su desarrollo tanto de las capacidades físicas, intelectuales como emocionales. ²⁰

Podemos decir que la diferencia entre negligencia y el abandono físico es que en la primera los padres de manera inconsciente o por ignorancia priorizan sus necesidades personales ante las necesidades básicas de los menores, refiriéndose a actuaciones inconvenientes de los tutores ante necesidades físicas, sociales, psicosociales y una falta de previsión del futuro del menor. ^{11,20}

2.3 Indicadores

Los indicadores de negligencia/abandono que pudieran presentar los niños se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3. Indicadores de negligencia/ abandono físico/emocional.

Niños:	Padre o tutor:
Se muestran frecuentemente sucios o escasa higiene corporal	Falta de cuidados a las necesidades físicas y educativas del menor
Presentan problemas físicos o necesidades no atendidas (falta de tratamientos médicos, heridas infectadas o sin curar)	Apatía para el cuidado de los hijos Desconocimiento de las pautas de cuidado básicos
Tiene enfermedades recurrentes o persistentes	No acude con el menor a las revisiones médicas programadas
Ausencia de cuidados médicos, rutinarios, necesarios. (vacunación)	Incumplimiento de las recomendaciones médicas para la promoción de la salud
Suelen tener constantemente accidentes domésticos por falta de supervisión.	Consultas frecuentes a servicios de urgencia
Problemas nutricionales, ya que no se les provee una alimentación adecuada	Los padres no tienen habitualmente convivencia con el menor
Retrasos en su desarrollo físico y psicomotor	No presentan una red de apoyo social y familiar
Es dejado bajo el cuidado de otros menores, por periodos prolongados de tiempo	Padres jóvenes
Ha sido abandonado	Objeto de negligencia en su infancia
Hábitos inestables(alimentación, sueño)	
Se muestran cansados o apáticos	
Conductas antisociales y agresivas	

Fuente: ²⁶

Finalmente para poder definir que el niño presenta abandono físico tiene que mostrar alguno de los indicadores antes mencionados de forma reiterada y continua.

Se considera que en México el 42% del total de niños, niñas y adolescentes reciben atención por maltrato de tipo negligencia. Cabe destacar que las estadísticas generales en el país sobre la negligencia no son completamente confiables, debido a que no se cuenta con un registro nacional sistemático de los casos atendidos con un diagnóstico preciso.²²

2.3.1 Niveles de gravedad

El nivel de gravedad de negligencia se determina en base a la severidad de las lesiones daño en:

LEVE: El menor no padece ninguna consecuencia negativa en cuanto a su desarrollo físico o cognitivo, pero existe el riesgo que pueda llegar a presentarla.²⁷

MODERADO: El menor no ha sufrido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta de sus padres/tutores no requiere por tanto, atención médica. Sin embargo, la conducta parental negligente ha provocado situaciones de rechazo hacia el menor (escuela, grupo de iguales, etc.) y/o este padece algún déficit en su desarrollo.²⁷

GRAVE: El menor sufre lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres o tutores, por lo que requiere atención médica e incluso hospitalización. También el menor puede presentar retrasos importantes en su desarrollo ya sea intelectual, físico y social el cual pudiera requerir tratamiento especializado.²⁷

3. ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DENTAL

La Organización Mundial de la Salud asegura que en el mundo existen 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandono. Indicando que el sexto lugar en América latina lo ocupa México, con una cifra alta de homicidios de menores.⁸

Como se ha descrito anteriormente el maltrato es una problemática de salud pública que afecta a toda la sociedad.

Por lo tanto los profesionales de la salud deben estar alerta ante cualquier signo que pudiera indicarnos la existencia de este. Siendo el odontólogo quizá el más frecuente en la detección de esta problemática, debido a que entre el 50% y 70% de los niños que acuden a la consulta dental, presentan algún dolor bucal que puede ser manifestación de violencia como son: lesiones en la cara, boca, contusiones y fracturas dentales múltiples etc. Además de que los padres que agreden a sus hijos raramente los llevan al médico, prefiriendo llevarlos al dentista para recibir el tratamiento de lesiones traumáticas menos graves y así creen tener cuidado para evitar lugares donde se les realice menos preguntas.²⁸

3.1 Signos del maltrato

Durante la consulta dental se puede observar ciertas anomalías no solamente en boca sino también aspectos de conducta del menor, higiene, vestimenta, signos de desnutrición, hematomas o algún traumatismo. Al ser cuestionado el tutor de una manera sutil, y nos de distintas versiones de hechos, historial que cambia con el tiempo, y frecuentes visitas al pediatra se puede sospechar que se trata de una víctima de maltrato infantil.¹¹

A continuación se describirán los signos de alerta que puede presentar un niño víctima de los distintos tipos de maltrato, los cuales podemos observar durante la consulta dental.

3.1.1 Físicos

Morante nos dice que las diversas lesiones físicas aparecen y ocurren por lo general en la etapa preescolar y el 70% de los casos fatales ocurre en esta época.¹⁷

Las características físicas que podemos encontrar en las víctimas son:

-Lesiones cutáneo-mucosa que pueden ser múltiples, y presentar lesiones localizadas en las zonas de región bucal, los pabellones auriculares, zonas laterales de cara y cuello. Las lesiones pueden tener la forma del objeto que las causo.^{28,30}

-Contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en la zona de las orejas, mejillas, muñecas, también pueden presentar hematomas periorbitarios.²⁸

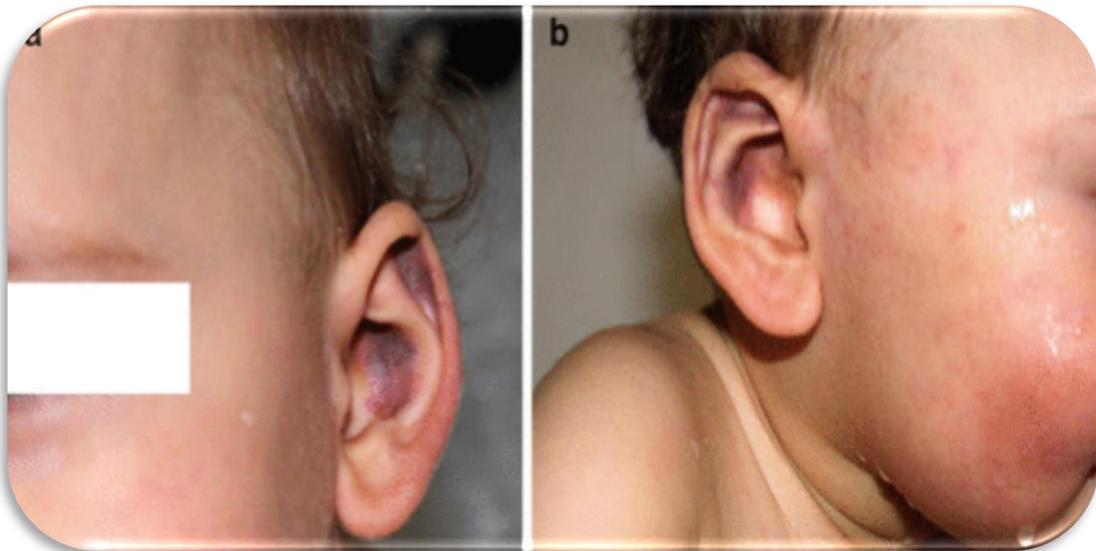


Figura 4. Equimosis en zona de orejas.

-A veces se puede apreciar la huella de la mano del adulto marcada debajo del ángulo de la mandíbula ya que tienden a sujetar al niño con presión para golpearlo con la otra mano. ^{17,30}



Figura 5. Imagen en espejo.

-Otros signos frecuentes son las laceraciones y desgarros de la mucosa del labio.

-También pueden presentar quemaduras que se caracterizan por ser múltiples, con bordes bien definidos y con la forma del objeto que las causo, las que son por agua caliente la zona de inmersión está bien delimitada. Mientras que las quemaduras por cigarrillo generalmente se localizan en la cara, frente y manos, y al sanar dejan una cicatriz en forma de cráter. ²⁸



Figura 6. Múltiples heridas cortantes y quemadura de cigarro en mano y brazo.

Hay quemaduras que se pueden observar en la lengua, los labios, mucosa bucal y paladar, las cuales son provocadas por la toma forzada de alimentos muy calientes o por sustancias causticas. ¹⁷

-Las mordeduras usualmente se encuentran en las mejillas, brazos, piernas y glúteos. Peraza nos indica que se presenta de manera circular u oval, de arcos simétricos opuestos, separados en su base por espacios abiertos, con una distancia intercanina mayor de 3 cm, cuando son originadas por parte de un adulto, si es menor puede tratarse de un niño. Inclusive pueden presentar mordeduras por un animal que suele ser el perro de la familia o la mascota de un amigo, lo que hace sospechar que se trate de una negligencia severa por parte de los padres. ^{17, 29, 30}



Figura 7. Lesión por mordedura humana.

Se pueden observar zonas con pérdida de cabello (alopecia traumática) debido a tirones frecuentes, localizados en zona occipital- parietal, y cuando fue reciente el trauma se pueden ver petequias en el cuero cabelludo. ⁴

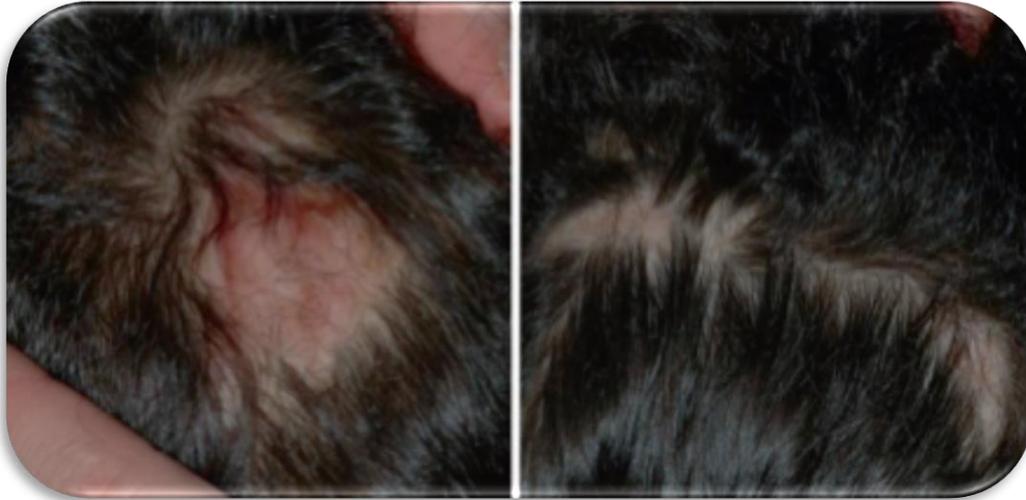


Figura 8. Zona de alopecia traumática

Las lesiones neurológicas son asociadas al síndrome del niño sacudido, que en ocasiones genera una conmoción cerebral, por las sacudidas violentas de la cabeza provocando el choque de masa encefálica contra el cráneo. ¹⁷

Otra repercusión es el síndrome de oreja de coliflor, la cual es causada por la tracción de la oreja. ³⁰



Figura 9. Síndrome de la oreja en coliflor.

Se pueden hallar también heridas o cicatrices estrechas y anchas ocasionadas por objetos cortantes ya sea por tijeras o cuchillos, localizadas por lo general alrededor de la boca, nariz, frente o párpados.³⁰

Existen ciertas lesiones que resultan de un abuso físico las cuales usualmente se encuentra localizadas en párpados (lesiones oculares), al igual que las hemorragias, el edema inflamatorio de la conjuntiva y heridas en la córnea como desgarros o desprendimientos en la retina.¹⁷

Por otra parte las víctimas que han sufrido abuso sexual, se muestran con inconvenientes para sentarse en el sillón dental, presentando hematomas por succión del cuello o por sofocación.²⁸

Las fracturas de los huesos faciales (2 al 5%) están relacionadas con el abuso, las cuales son fracturas nasales, fracturas de la mandíbula, fracturas del piso orbital, fracturas del hueso cigomático.³⁰

En el caso de negligencia y abandono se presentan signos de desnutrición, padeciendo anemia, frecuentemente ferropénica, además falta de vitaminas, presentando palidez y cansancio, inadecuado para su edad. Por otra parte también tienen un aspecto físico descuidado “niño sucio”, con vestimenta inapropiada para la temporada, pelo seco o despeinado, uñas largas y sucias, mal olor. Retraso psicomotor en las habilidades del niño ya que carecen de estimulación suficiente. Lo cual nos indica el déficit de cuidados afectivos en su bienestar.^{17,28}

3.1.2 Conductuales

A causa del maltrato, generalmente los niños presentan un comportamiento de indiferencia, su rostro refleja una expresión de tristeza, mostrándose temerosos o pasivos estando con mamá y papá, así mismo pueden mostrar gestos defensivos ante el acercamiento de otras personas. Habitualmente durante la consulta dental o médica permanecen en silencio con actitud apática, reflejando cansancio y aparentando más edad de la que tienen. ^{11,17}

En dado caso de presentar dolor durante el tratamiento lloran delicadamente algo parecido al llanto del niño cooperador tenso. ²⁸

En efecto a la limitada estimulación psicológica y afectiva que reciben generalmente se aprecia un retraso psicomotor en relación a su edad.

Cuando se trata de maltrato sexual presentan ansiedades, trastornos de sueños, agresividad y tristeza. ²⁸

Por otra parte los niños que sufren de maltrato emocional su actitud son de tristeza, apatía, temor, alteraciones nerviosas o hiperactividad, tartamudez, bajo rendimiento escolar y trastornos de sueño. ¹⁷

Conducta del padre o tutor

El maltratador también muestra cierto comportamiento en la consulta dental el cual se describe a continuación:

El padre maltratador generalmente no se presenta en el consultorio con el menor, con el fin de evitar cualquier confrontación con el médico. Pero en dado caso que se llegue a presentar su actitud será excesivamente autoritaria, respondiendo él a las preguntas que se le hacen al menor, negándose a salir del consultorio y dejar a éste sólo. Por el contrario la madre maltratadora sí se presenta al consultorio con la víctima. ³¹

Al ser cuestionados por las lesiones y comportamiento que presenta el menor, comienzan a narrar historias inadmisibles, que no concuerdan en relación a los tipos e intensidad de las lesiones, refiriendo que las lesiones son a causa de accidentes o realizadas por los hermanos de la víctima incluso por otros niños.¹⁷

Notablemente muestran poca preocupación por la alimentación, higiene y atención del menor. Manifestando nulo afecto y rehusándose a calmar su llanto, empleando una disciplina severa inadecuada para su edad, con imposiciones superiores a las capacidades del menor.^{17, 28}

Finalizando en un tratamiento tardío ya sean horas de diferencia, o días después de haber sufrido la agresión, no cumpliendo con los tratamientos médicos dados al menor.^{17, 28}

En definitiva una despreocupación por seguir la atención de enfermedades crónicas que padece, cambiando constantemente de centro de salud para su atención.²⁸

Por el contrario algunas veces el padre o tutor muestra gran interés por las lesiones del menor, con actitudes de sobreprotección hacia éste, dificultando la sospecha de culpabilidad de maltrato en una persona tan aparentemente preocupada por el bienestar del niño.³¹

Tabla 4. Localización de lesiones por MI, así como su posible causa.

Ubicación	Probable motivo
Mejilla	Bofetada
Periorbitas laterales	Golpe a la altura de los ojos ya sea con mano abierta o cerrada
Lóbulos de la oreja	Pellizcos, tirones, golpes
Labio superior, frenillo labial o piso de boca	Alimentación de manera forzada, quemaduras por alimentos calientes
Comisura labial	Quemaduras por cuchara caliente o amordazamiento
Cuello	Estrangulación con la mano o con algún objeto.
Brazos y hombros	Compresión por sujetar al niño o al sacudirlo de manera violenta
Muñecas y tobillos	Marcas por ataduras.

Fuente: ³²

3.2 Las repercusiones en la salud bucal del infante por Negligencia/ Abandono físico.

La negligencia como anteriormente se ha descrito es “la falta de cuidados al niño de acuerdo con estándares aceptados. Este puede ser el resultado de condiciones socioeconómicas de los padres como pobreza, ignorancia o tensiones inusuales que afectan a la familia”. ⁴

Un padre o madre negligente es aquel que posteriormente de haber sido informado por el profesional sobre la importancia de la salud oral de su hijo no lo lleva periódicamente a sus controles con el odontólogo. ³³

Por tal motivo en la cavidad bucal se manifiestan ciertas repercusiones, siendo la principal:

La caries dental de aparición temprana extensa y múltiple no tratada lo que conlleva odontalgia.

La OMS define a la caries dental: “como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente que puede evolucionar hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuo”. ³⁴

Ahora bien, los menores que sufren de negligencia/abandono físico presentan Caries Temprana de la Infancia, la cual particularmente es una forma severa de caries que afecta a la dentición primaria, en un tiempo corto, de origen multifactorial, teniendo un impacto perjudicial. ³⁵

A medida que progresa, comienzan a presentarse enfermedades periodontales y otras condiciones orales las cuales pueden producir dolor, inflamación, movilidad, y patología pulpar.⁴

Afectando por lo general en un principio a los dientes superiores primarios debido a la secuencia de erupción de dientes y a la posición de la lengua durante la alimentación ya que ayuda a proteger a los dientes inferiores, pero en casos severos también afecta a los dientes inferiores. ³⁶



Figura 10. Caries de la infancia temprana por negligencia en arcada superior e inferior.

También presentan una higiene oral deficiente lo que provoca enfermedades periodontales como la gingivitis, halitosis y cálculo.

Así como infecciones orales recurrentes que llevan a la pérdida de dientes, o algún traumatismo dentoalveolar que pueden derivar en necrosis pulpar que a su vez provoca decoloraciones grises o rosadas en los dientes.^{29, 33, 38}

Finalmente el resultado de todas estas complicaciones puede afectar negativamente el aprendizaje, la comunicación, nutrición y otras actividades necesarias para el normal crecimiento y desarrollo del menor. Hay algunos factores que se consideran para el diagnóstico de negligencia:

- “El niño ha sufrido daño o está en riesgo de sufrirlo por la falta de atención odontológica.
- Las recomendaciones de atención dental ofrecidas suponen un beneficio significativo para el niño.³⁸

- El beneficio esperado del tratamiento dental es significativamente mayor que su morbilidad por lo que sería lógico que los padres eligieran el tratamiento sobre el no tratamiento.
- Los padres y tutores entienden la información dada por el profesional acerca de la patología del paciente y tienen acceso a la atención odontológica oportuna.”³⁸

Los antecedentes traumáticos nos pueden indicar que además de negligencia o abandono pueden ser víctimas de violencia física o de alguna otra tipología de maltrato, pudiendo presentar en un mismo tiempo diferentes características y lesiones ayudando a esclarecer un poco más el diagnóstico de maltrato.³⁷

3.2.1 Las repercusiones orales frente al maltrato

A continuación se describen los traumatismos dentoalveolares que pueden darse en negligencia/abandono físico también presentes en el maltrato físico ocasionados generalmente por golpes dados en la boca para poder silenciar al menor. Debemos de tener en cuenta que también algunas pueden ser causadas por un accidente.

Abrasión: Se trata de una lesión superficial producida por el desgarre de la piel o mucosa la cual deja una superficie áspera o sangrante.³⁷

Concusión: Lesión de estructuras de sostén del diente sin movilidad.³⁷

Contusión: Es una lesión asociada a un golpe, producida usualmente por un objeto romo en la que no hay rompimiento de la mucosa, pero generalmente si causa hemorragia en submucosa.³⁷

Las fracturas dentales pueden ser de la corona, raíz o ambas. Cuando se afecta el esmalte y dentina se trata de una fractura no complicada de la corona, si se expone la pulpa es una fractura complicada de corona.³⁰

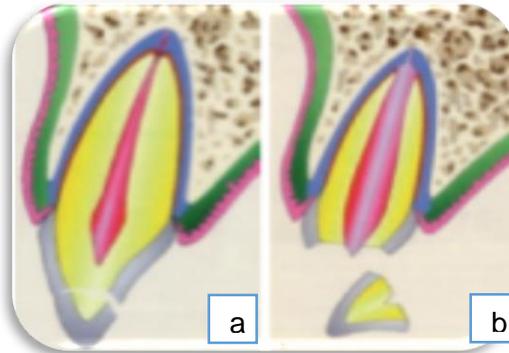


Figura11.a) Fractura de corona no complicada b) Fractura complicada de corona.

En caso de ser fractura radicular se afecta el esmalte y cemento, del mismo modo, si hay exposición de pulpar se trata de una fractura complicada de corona y raíz.^{30, 37}

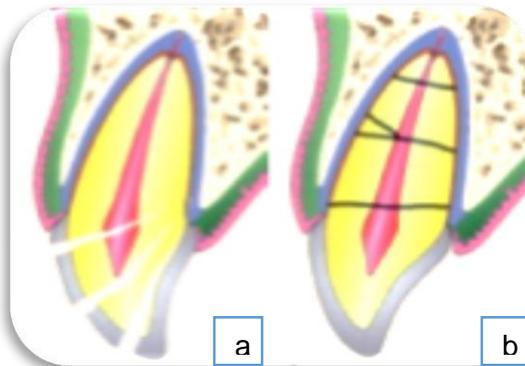


Figura12. a) Fractura de raíz- corona b) Fractura de raíz

Fractura incompleta: Infracción del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.



Figura13.Fractura incompleta

Fractura dentoalveolar: afecta a la pared del alveolo.

Laceración de labio: heridas o desgarramiento causado por un objeto agudo.

Quemaduras intencionales en lengua, labios, mucosa bucal, paladar y encías, causadas por alimentos calientes o químicos.

Avulsión: desplazamiento completo del diente fuera del alveolo. ^{30,37}

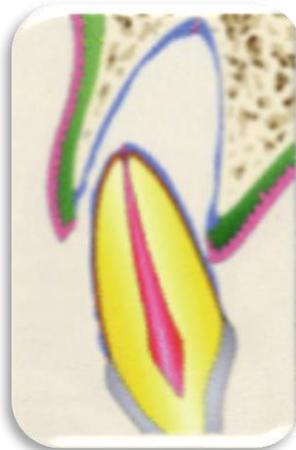


Figura14. Avulsión

Luxación extrusiva: diente parcialmente desplazado desde su alveolo.^{30, 37}

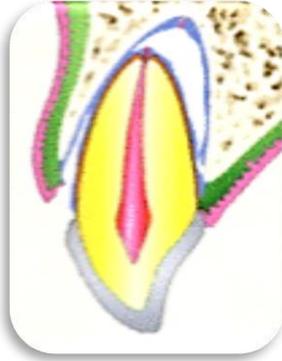


Figura15. Luxación extrusiva

Luxación intrusiva: desplazamiento del diente en el hueso alveolar.^{30, 37}



Figura16. Luxación intrusiva

Luxación lateral: desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Presentándose con fractura de la cavidad alveolar.^{30, 37}



Figura17. Luxación lateral

Resumiendo entonces, en el maltrato físico se presentan contusiones, hemorragias, laceraciones del labio , abrasiones y quemaduras en lengua, labios, mucosa bucal, paladar y encías, también dientes con cambio de color debido a necrosis generadas por traumatismos anteriores. ³³

Abuso sexual.

A pesar de que la boca es un sitio frecuente de abuso sexual, las lesiones orales visibles o infecciones son consideradas infrecuentes. ⁴

Se puede observar la aparición de eritema o petequias sin causa aparente, en la línea de unión entre el paladar blando y duro, laceración de frenillo lingual indicio de una felación.³⁸

A continuación se muestra una tabla con la sintomatología y ubicación orofacial de las enfermedades de transmisión sexual

Imagen 10. Sintomatología y ubicación de enfermedades de trasmisión sexual.

ETS	Sintomatología	Ubicación
Gonorrea	Úlceras	Labios
	Pústulas vesiculares	Lengua
	Lesiones pseudomembranosas	Paladar
		Cara
		Faringe (asintomático)
Condiloma acuminado	Elevación única o múltiple pedunculada con forma de coliflor	Cavidad oral Región anal Región genital
Sífilis	Pápula	Labio
	Úlcera (chancro sifilítico clásico)	Dermis
Clamidia	Úlceras en la boca	Cavidad oral y lengua
Tricomoniasis	Rara vez se manifiesta en la boca	

Fuente: ⁴

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) (2017) advierte en su última guía respecto a los "Aspectos orales del abuso y negligencia a menores", que si una víctima comunica al profesional una historia de contacto genital-oral relacionado con abuso sexual, tanto la mucosa bucal como la lengua deben ser limpiados con un aplicador con punta de algodón estéril, debe secarse al aire y conservado apropiadamente para su análisis en el laboratorio.³⁸

4. PROCESO DEL DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DENTAL

A causa del aumento del maltrato infantil no solo en el entorno familiar sino también de la sociedad los odontólogos deben de conocer los signos y síntomas que presenta el infante, ya que frecuentemente se pueden detectar debido a las lesiones orofaciales que muestran.⁴

Morales nos indica que el 65% de las lesiones que se producen como consecuencia del maltrato y abuso físico están localizados en cara y cuello.^{17,}
39

Por tal motivo cuando un niño llega al consultorio dental debemos de realizar una impresión general, percatándonos de ciertos aspectos desde su entrada, por ejemplo, si porta una vestimenta inapropiada, una higiene deficiente y si se muestra con las características conductuales de maltrato anteriormente descritas.³⁹

Ante la sospecha, se evalúan las superficies expuestas de la piel, en busca de marcas inusuales, como las laceraciones, o alguna limitación del movimiento por ejemplo cuando el menor se sienta en el sillón dental. Siendo importante la realización de un examen completo del área craneofacial, y de la cavidad bucal, así como un estudio radiográfico y hematológico del menor.⁸

Por lo tanto es de suma importancia realizar una buena historia clínica, documentando detalladamente tanto las lesiones físicas que localicemos con respecto al número, tipo, tamaño, ubicación y estado, la actitud con la se muestra el niño y los tutores, la observación de cualquier incongruencia de información, la toma de fotografías, radiografías y modelos de estudio.^{4,38}

El diagnóstico del odontólogo se realiza como en cualquier otro caso por medio de:

- Historia clínica
- Exploración extraoral
- Exploración intraoral
- Pruebas complementarias.⁴²

4.1 Historia Clínica

La historia clínica es un documento médico-legal, particularmente cuando se trata de una potencial víctima de un delito, ya que nos aporta datos precisos siendo un elemento de peso jurídico en caso necesario, validado para el maltrato infantil.²⁸

Por estas razones tenemos que documentar detalladamente en el procedimiento clínico, los siguientes aspectos:

- Antecedente personal el cual incluye: Lesiones, fracturas, heridas, traumatismos, hospitalizaciones, enfermedades hereditarias y alergias a medicamentos, o alguna otra patología, el esquema de inmunizaciones del menor, su desarrollo psicomotor, hábitos; de higiene, alimentación.¹⁸
- Antecedentes personales familiares: Obstétricos (historia del embarazo atención prenatal, duración, número de embarazos, con inasistencia médica, o complicaciones durante el embarazo y parto, depresión

postparto), historia de la violencia doméstica, el abuso sustancias, problemas sociales o financieros, abuso de los hermanos o los mismos padres.¹⁸

- Historia del padecimiento actual: alimentación actual, examen físico, examen oral, documentación detallada de las lesiones del niño, con fotos y radiografías, así como la descripción de los síntomas presentados por el infante, el registro que nos narra el padre o tutor sobre la lesión, reportando también el estado y la descripción emocional del niño y sus familiares. ¹⁸

Finalmente tenemos que estar alerta, percatándonos de cualquier anomalía ya sea cuando los padres o tutores nos narran historias incongruentes de los hechos ante la presencia de algunas lesiones, ya que la mayoría de los padres saben el motivo y en qué momento se produjo cierta lesión.⁴ De igual manera la existencia de distintas versiones, un historial de visitas frecuentes anteriores al pediatra, si no acudir a las citas concretas, la conducta del menor, el comportamiento de los padres. Todo debemos de detallarlo en nuestra historia clínica.⁸

4.2 Exploración extraoral

El examen clínico como ya se ha mencionado, se realiza a partir de que el niño ingresa al consultorio dental, en donde obtenemos una inspección general de su desarrollo, complejión, estatura, higiene, la relación aparente con sus padres, pudiendo observar en sus superficies expuestas de la piel, hematomas, lesiones, laceraciones incluso alguna limitación de movimiento. Siendo usual apreciar, contusiones en sus codos, rodillas, incluso en la frente.⁴

Para localizar las lesiones faciales se tiene que realizar una exploración de la cabeza y cuero cabelludo, en donde podemos apreciar zonas con calvicie (alopecia traumática), anomalías en orejas, equimosis periorbitarias, lesiones en mejilla ya sean golpes o cachetadas.⁴

Seguido de la inspección de cara, iniciando por el tercio superior de la misma que es desde implantación del cabello, frente y cejas, prosiguiendo en el tercio medio el cual incluye: los ojos, arcos cigomáticos, nariz y articulación temporomandibular. Posteriormente se hace la revisión del tercio inferior siendo la zona perioral, maxilar y mandibular.³⁷

Las señales que también se pueden observar en anexos de piel, cara y cuello son:

La presencia de contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en las orejas y mejillas.³⁹

Quemaduras con cigarrillos en frente o manos (lesiones uniformes y circulares)
*Mordeduras, las cuales presentan un área central de equimosis causados por la presión del cierre dental o por succión.³⁹

Morante¹⁷ nos aporta los siguientes datos para poder diferenciar si la lesión es accidental o intencional:

1. ¿La historia del accidente contada por el niño es la misma que nos da el padre o tutor?
2. Circunstancias de la lesión: Caída en un objeto carente de filo que no causa herida punzante.
3. Conducta del niño: ¿Es el niño miedoso o distraído?
4. Conducta responsable del niño: ¿Es el responsable del niño belicoso o falta de responsabilidad para dar la historia del accidente?
5. Lesión con un patrón: por ejemplo la quemadura con cigarrillo puede producir la forma redondeada muy específica.²⁸

En caso de presentar alguna mordedura debemos de realizar una explicación detallada y fotografiarla. ³⁰

4.3 Exploración Intraoral

En la exploración intraoral se realiza la examinación del paladar duro y blando, de la mucosa de carrillos, del piso bucal, lengua, encías, mucosa alveolar, finalizando en la revisión de los órganos dentarios.³⁷

“Algunos autores observan que los labios son la región más afectada de las lesiones orales infringidas en el maltrato infantil, seguidos de la mucosa bucal, dientes, encía y finalmente la lengua”.^{28, 38}

Al realizar el examen de la cavidad oral podemos observar en la zona de los labios: ⁴

- Laceraciones por la introducción forzada de objetos, así como cicatrices las cuales nos indican que se trata de un traumatismo constante.³⁹
- De la misma manera cicatrices, contusiones y abrasiones en los ángulos de los labios (comisuras) pudiendo ser causadas por ligaduras.³⁸

Generalmente las lesiones que se observan en el labio superior, frenillo labial o piso de boca son a causa de alimentar al menor de una forma violenta. ⁴

- Lesiones en lengua

En esta zona podemos observar equimosis, contusiones, quemaduras incluyendo a las mucosas debido a la toma de alimentos calientes o sustancias causticas. Incluso la ablación total o parcial de la lengua ya sea por un trauma directo con la mano o un instrumento. ^{4,39}

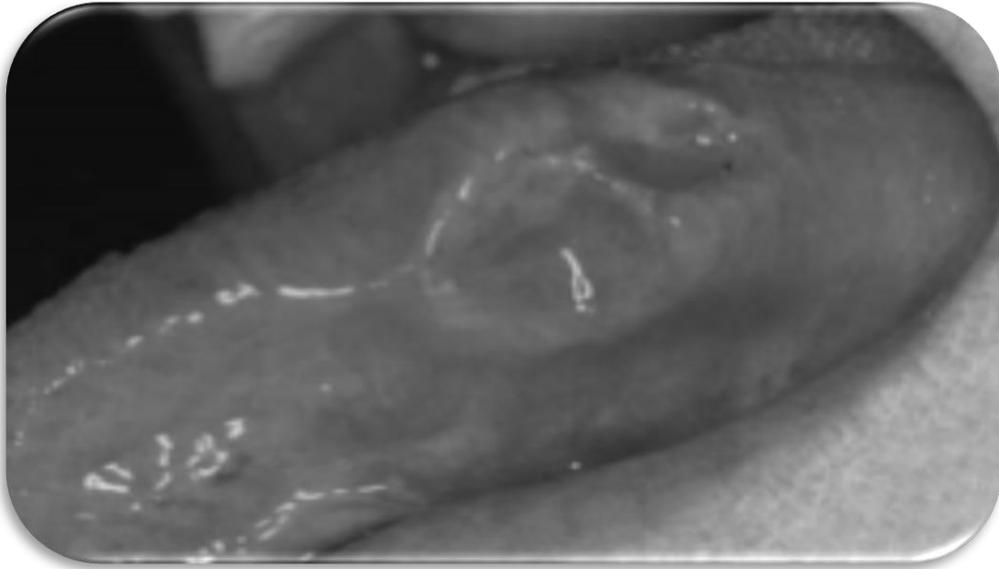


Figura 18.Traumatismo lingual



Figura 19. Lesiones ulcerativas en encía y mucosa labial secundarias a uso de sustancias calientes: costras en tejidos periorales (borde bermellón) provocadas por enterramiento de uñas.

- Lesiones en frenillo

Desgarro de frenillo labial o lingual a causa de un golpe hacia arriba en el labio superior para que el niño guarde silencio y no grite, por meter un objeto de manera violenta como una cuchara. También heridas penetrantes por objetos puntiagudos.³⁹



Figura 20. Laceración labial

- Trauma dentoalveolar

Está asociado con fracturas dentales de la corona pudiendo afectar a la pulpa, a fracturas radiculares, luxaciones, subluxaciones, intrusiones, extrusiones y avulsiones produciendo también fracturas de la tabla ósea.^{4,39}

Así mismo se observa la ausencia de los dientes temporales antes de su época normal de exfoliación presentando el alveolo óseo intacto o la presencia del diente colateral sin signos de exfoliación.⁴²



Imagen 21. Ausencia de dientes temporales

- Caries dental

La caries de la infancia temprana se presenta entre los 2 años y medio, con forme avanza, aparecen enfermedades periodontales y otras condiciones patológicas orales no tratadas las cuales generan dolor espontaneo, patologías pulpares, inflamación, infecciones, movilidad, restos radiculares.⁴

- Presencia de múltiples restos radiculares con una explicación poco clara.



Figura 22. Caries dental, múltiples restos radiculares.

- Alteraciones en la oclusión como desviación de la línea media y del mentón así como apertura ilimitada o limitaciones del movimiento, lo que nos hace sospechar de fracturas óseas de los maxilares.⁴²
- Bruxismo.

Es una actividad parafuncional musculo-mandibular repetitiva, que se caracteriza principalmente por el apretamiento o rechinar dental. Puede presentarse durante el día y la noche.⁴²

- Eritema o petequias a nivel de la unión de paladar duro y blando así como la rotura de frenillo lingual, lesiones de sífilis y gonorrea son las lesiones intrabucales generadas por abuso sexual.³⁹



Imagen 23. Petequias en el paladar en caso de abuso sexual.

Las lesiones bucales accidentales son respectivamente comunes, tenemos que distinguir las derivadas del maltrato, considerando que estas últimas se presentan de manera múltiple, en distintos estadios de curación, y siendo otro factor importante la historia que nos narran los padres o tutores sobre cómo se produjo la lesión, y la evaluación del nivel de desarrollo del niño contrastándolo con las características propias de dicha lesión.³⁸

Cabe resaltar que el odontólogo debe prestar también atención a estructuras como la orofaringe, las amígdalas, la úvula, paladar blando y suelo de la boca.¹

Tabla 5. Signos y síntomas en niños y actitud de los padres, que nos hacen sospechar de maltrato en la consulta dental.

Niño	Padre
Muestra actitud temerosa o pasiva con papá o mamá	Presentan poca autoestima, competencia o desgano.
Manifiesta evidencias de encierro prolongado.	Carácter irrealista con respecto a la conducta del niño
Presenta lesiones continuas en piel	Presentan decidía o sobreprotección de la salud, aspecto general del niño
Tratamiento inadecuado de las lesiones por parte de los padres	Explicaciones irreales de las lesiones que presenta el niño, así como la búsqueda de tratamiento tardío.
Presenta desnutrición, así como el consumo de alimentos y bebidas inadecuadas	Apariencia de confusión cuando se habla sobre el estado del niño, siendo su actitud inmadura, deprimida o exigente.
Vestimenta inadecuada para la temporada	No describen de manera positiva la conducta del niño siendo solamente crítica.
Actitud agresiva, hiperactiva o exigente, siendo caprichoso o gritón	En ciertos casos evitan tocar al niño.

Fuente: 17

4.4 Pruebas complementarias

El examen radiográfico es esencial, siendo de mucha utilidad en la sospecha del MI debido a que en la exploración radiológica podemos observar evidencia de lesiones anteriores fracturas radicales recientes o lesiones periapicales, pulpares, alteraciones en los gérmenes permanentes, fracturas condilares.³⁰

Las radiografías con las que el odontólogo cuenta para constatar algún tipo de lesión ya sea a nivel óseo, dental son:

Tabla 6: Tipos de radiografías auxiliares para el odontólogo.

Periapical	En esta radiografía se observan las lesiones periapicales, alguna fractura radicular y alveolar o desplazamiento dental y avulsión.
Oclusal	En este tipo de radiografía podemos observar el desplazamiento de varios órganos dentarios, fracturas de los maxilares y la impactación de cuerpos extraños.
Ortopantomografía	Podemos apreciar alguna fractura mandibular y subcondilar, desplazamiento dental, osteomielitis, y cuerpos extraños.
Lateral de cráneo	Nos ayuda a identificar fracturas mandibulares.
Towne	Muestra las cabezas y cuellos de los cóndilos. Se indica para evaluar fracturas de cóndilo, fracturas intracapsulares de la ATM

*Fuente:*³⁷

En caso de sospecha, se debe de anexar una serie fotográfica de las lesiones presentes, así como una foto de la cara del menor para poder identificarlo. Las fotografías deben de tener fecha y hora en la que fueron tomadas.¹⁸

5. PROCEDER DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL MALTRATO

Siempre que exista la sospecha de un daño no accidental en un menor, el profesional de salud tiene la obligación de recopilar las pruebas de las lesiones y hacer un escrito donde las especifique describiéndolas de acuerdo a su ubicación, tamaño, tipo y cantidad, aunado una justificación adecuada del porqué de dicha sospecha.²⁸

Como primer paso la actitud del odontólogo debe de ser de escucha brindando confianza tanto a los menores como a los padres o tutores, creando ese vínculo para que cooperen con el tratamiento dental y posteriormente al diagnóstico se inicie con el manejo del dolor y de acuerdo con la lesión presente se haga el manejo oportuno y pertinente, realizando su remisión interdisciplinaria o de ser necesaria su hospitalización y no corra el riesgo de ser nuevamente agredido o descuidado en casa.¹Al agresor también se le debe brindar asesoría psicológica, notificar y denunciar el hecho.¹²

Al realizar una primera entrevista con los padres o tutores debemos de considerar los siguientes aspectos: realizar la entrevista en privado para asegurar confidencialidad, inicialmente aceptando las explicaciones familiares no juzgando y evitando la confrontación dialéctica, también se requiere utilizar un lenguaje comprensible y normal al momento de dar información, no insistiendo en preguntas que se reúsen a responder.^{10,12}

Teniendo en cuenta que un diagnóstico preciso de esta problemática se efectúa por un grupo de profesionales preparados que incluyen un médico pediatra, trabajador social, psiquiatra o psicólogo, abogado, odontólogo en especial el odontopediatría y nutriólogo. Ya que de esta manera la intervención será de una manera interdisciplinaria.⁴⁰

5.1 Manejo de conducta ante posible maltrato

Es importante conocer el perfil psicológico del paciente para poder manejar su conducta de una manera adecuada durante la consulta odontológica, además cuando se trata de un niño que es víctima de maltrato se debe de aumentar la seguridad y confianza.^{10, 17}

Las técnicas de manejo de conducta nos van ayudar a establecer la comunicación, construyendo una relación de confianza y fomentando la educación.¹⁰

Técnicas aplicables para el manejo de conducta del infante víctima de maltrato.

✓ Técnica decir-mostrar-hacer

En esta técnica se utiliza un lenguaje que el niño pueda reconocer con facilidad, para explicarle el procedimiento que se va a realizar, lo cual nos permite transmitirle seguridad, obtener su atención y que sea participe ante el tratamiento propuesto.^{17,41}

✓ Técnica de control a través de la voz

Esta técnica resulta efectiva si se aplica al detectar los primeros síntomas del mal comportamiento, utilizando un tono amable en todo momento, siendo modulado oportunamente.^{10, 41}

✓ Sedación consiente

Se utilizan con el fin de controlar el comportamiento de los pacientes poco colaboradores.

El odontólogo debe de tener un entrenamiento especial, si desea utilizar esta técnica, la cual permite relajar al paciente e incrementar su cooperación, aunada a otras técnicas. Actualmente la más popularizada por su efectividad es la técnica con óxido nitroso.^{10, 41}

✓ Anestesia general

Es una técnica eficaz en los pacientes que se clasifican como poco colaboradores. Se necesita una serie de medidas para su aplicación, historia clínica completa y detallada del estado de salud general del paciente, un examen radiográfico, la visita correspondiente al anestesiólogo, exámenes complementarios y la interconsulta con el pediatra tratante ya que son el soporte de este tipo de técnica. Además de que es costosa. ^{10,41}

Las técnicas de restricción física no son recomendables ya que afectan la salud mental de nuestro paciente, repercutiendo también en el avance del tratamiento a realizar. ¹⁷

5.2 Notificaciones

Una vez que el odontólogo sospecha de algún daño hacia el menor debe de brindarle protección. Considerando que existen una serie de fases establecidas, las cuales son: ¹⁷

- Detección y notificación.
- Investigación.
- Evaluación.
- Toma de decisiones y planificación de la intervención.
- Intervención.
- Seguimiento.
- Cierre del caso.

En este caso el papel del odontólogo se encuentra en la primera etapa, realizando la detección y notificación de las lesiones que se han encontrado y que no coinciden con lo que nos narran los padres o tutores durante la consulta dental.¹⁷

La notificación aparte de ser una obligación legal y profesional es una condición indispensable para posibilitar la intervención en el maltrato infantil, ya que involucra las situaciones de riesgo, los casos aparentemente leves y casos graves evidentes.⁴²

La notificación por parte del odontólogo ya sea por sospecha o la identificación del maltrato se realiza a los servicios sociales, servicios de protección de menores o a la fiscalía de menores.^{17, 42}

Si el infante requiere ser remitido con otro profesional de la salud, con el propósito de establecer una correcta asistencia, debido a la sospecha del maltrato, se debe de enviar un informe confidencial explicando cuales son las lesiones y la sospecha que se tiene. Dicho informe por el odontólogo debe tener los siguientes aspectos:

- Datos del profesional: nombre, dirección y ámbito en el asistente (público o privado)
- Motivo de la consulta del paciente
- Datos del paciente: nombre, dirección, teléfono, sexo, fecha de nacimiento, actitud y explicación dada como origen de las lesiones.
- Datos de los padres o tutores: nombres, dirección, teléfono, ocupación, actitud y explicación dada del origen de las lesiones.
- Datos de la sospecha del maltrato: posible/s persona/s que maltrata/n, así como las posibles causas, que tipo de maltrato se sospecha, el grado de la sospecha o certeza.
- Descripción detallada de las lesiones presentes.
- Documentación: fotografías (en color) y radiografías.
- Información y observaciones adicionales.⁴²

“La ley protege de persecución al odontólogo que comunica de buena fe la sospecha de maltrato infantil, y en su mayoría garantiza inmunidad contra la responsabilidad civil. Todas las jurisdicciones protegen la identidad del individuo que notifica el caso.”⁴²

Sin embargo existen ciertas barreras para la notificación y detección de esta problemática siendo principalmente el miedo a sospechar erróneamente, recibir algún tipo de amenaza o violencia contra el odontólogo, alguna consecuencia que pueda tener el menor por dicha notificación, desconocimiento de los trámites necesarios, el temor ante una posible declaración judicial.³⁷

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 2004.¹¹

Algunos derechos mencionados en Ley para la protección de los derechos de niños niña y adolescente son:

- Artículo 19. Derecho a vivir en condiciones de bienestar físico, mental, material, moral, social.
- Artículo 21. Hace referencia a que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos en su integridad, en su libertad, contra actos u omisiones que los puedan afectar tanto en su salud física y mental y a su desarrollo.
- Artículo 28. Derecho a la salud
- Artículos 29 al 31. Se refieren a los derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Artículo 32. Derecho a la educación.
- Artículos 33 al 35. Derechos al descanso y al juego.¹⁰

Finalmente si requerimos realizar una denuncia en la Ciudad de México por actos u omisiones en contra del menor que pudiera constituir un delito, se puede acudir a la Agencia 59 de la PGJDF, o en la Dirección ejecutiva de la defensoría de los Derechos de la Infancia del DIF, donde se pedirán datos como: nombre de quien denuncia y del menor, si existe algún parentesco, edad, escolaridad, nombre de los progenitores, domicilio. ⁴³

En caso de ser reporte de manera anónima no se le hará saber a la familia quien realizo dicho reporte.

El procedimiento se dará inicio una vez que se verifique la denuncia y dependiendo del maltrato se canalizara o tratara de remediar para una posible solución. ⁴³

6. CONCLUSIONES

El maltrato infantil es una problemática que se puede presentar en cualquier clase social, y para que se genera se involucran distintos factores de riesgo ya sean familiar, socioculturales, económicos.

Como odontólogos debemos de ofrecer a los padres información sobre la importancia de la salud bucal del infante, prevención y tratamiento oportuno de las distintas enfermedades bucales como es la caries bucal de la infancia temprana y así poder evitar que lleguen a la negligencia o abandono odontológico.

Existen signos y síntomas, como ciertas repercusiones que se observan tanto en la zona oral e intraoral, aspectos o lesiones visibles que alertan al odontólogo de un posible maltrato infantil. Por lo cual es importante estar capacitados ante esta situación aumentando nuestra atención y conocimiento. Así de esta manera ayudar al diagnóstico de estos casos, realizando la notificación y remitiendo a las autoridades correspondientes, ya que si lo omitimos, los niños víctimas de cualquier tipología de maltrato además de sufrir heridas graves físicas, emocionales con un impacto negativo en su desarrollo social, educativo, a corto o largo plazo pueden llegar incluso a la muerte. Además como profesionales de salud se tiene la obligación por la ley en su detección, documentando e informando esta problemática. Si documentamos las pruebas de una manera precisa puede tener gran importancia en la resolución de esta situación.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martagón L, Belmont F, De la Teja E, Téllez J. Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Rev. Odont. Mex. 2016; 20(2):98-105
2. Santana R, Sánchez R, Herrera E. El maltrato infantil un problema mundial. Salud Pública Mex.1998; 40(1):1-6
3. Loredó A, Villanueva H, Aguilar AM, Casas A. Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.2016; 73(4):219-225
4. Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ. Odontol. 2016; 35(74):1-31
5. Vergara KA, Díaz S, Ramos K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia).Salud Uninorte.2017; 33(2):129-137
6. Martínez D, Yoshikawa E. CREENCIAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL: UNA PROFUNDIZACIÓN DEL FENÓMENO DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA Y CULTURAL. Horiz. Enferm.2014; 25(1):61-69
7. Loredó A. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes.Acta.Pediatr.Mex.2008; 29(5):255-261
8. Palacios C, Duran C, Orozco L, et al. Maltrato infantil en México.Dermatol.Rev.Mex.2016; 60(4):326-330
9. Azaola E. Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. [Internet] [Consultado en febrero 2021] Disponible: https://www.uam.mx/cdi/pdf/seminario_chw/01_2.pdf

10. Huitzil E, Hachity JA. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología Pediátrica: Caso Puebla. Rev. AMOP. 2014; 26(2):51-56
11. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. Int. J. Odontostomat. 2014; 8(1):167-172
12. Alarcón LC, Araujo AP, Godoy AP, Vera ME. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. Med. UNAB. 2010; 13(2):103-112
13. Campo A, Alonso RM, Amador r, et al. Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2011; 27(4):447-484
14. Descubre tu salud. Colsanitas 2021. [Internet][Consultado en febrero 2021] Disponible en: <https://descubretusalud.com/8-consecuencias-maltrato-infantil-nino/>
15. Villanueva ML. El menor ante la violencia. Castelló de la Plana España, Universitat Jaume I, 2010. Pp 41-65
16. Arredondo V, Donoso MK, Lira G, Silva A, Zamora I. Maltrato infantil: Elementos básicos para su comprensión. Centro de Promoción y Apoyo a la infancia. 1ed. Viña del Mar, Chile. 1998. Pp 14-52
17. Morante CA, Kanashiro CR. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev. Estomatol. Herediana. 2009; 19(1):50-54
18. Rondón N., Guerra M., Zamudio Y., Orozco G. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. Odous Científica. 2018; 19(1): 73-83
19. Delgado JA. El maltrato infantil por negligencia: conceptos y visión general sobre su evaluación. I+D Revista de Investigaciones. 2016; 7(1):14-20
20. Moreno JM, Rabazo MJ, El abandono del niño. Limitaciones en el estudio del abandono físico infantil. Puertas a la lectura. 2005; 18:140-150

21. Arranz M, Torralba JM. El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. Prospectiva. Revista de trabajo social e intervención social.2017; 23:73-90
22. García AH, García CA, Orihuela S. Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. Acta. Pediatr. Mex. 2019; 40(4):199-208
23. Loredó A, Casas A, Cerezo V, et al. Maltrato infantil: la neurobiología, estrategia de estudio para el siglo XXI. Acta Pediatr Mex. 2020; 41(4):165-175
24. Abuso y negligencia infantil [Internet] 17 de abril 2018[Consultado en febrero 2021]: Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish>
25. Hernández X, Hernández Y, Garrocho JA, et al. Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente. Revista Tame. 2017; 6(17):630-633
26. Rubí JL, Monter MA. Indicadores de negligencia en odontopediatría: una forma de maltrato infantil. Reporte de Caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2015[Internet][Consultado en febrero 2021]Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-32/>
27. Almudena A. INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL EN ARAGÓN.2014 [Internet][Consultado en Febrero 2021] Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/MALTRATO-2014-valoracion-gravedad-menores.pdf/fd18d317-f004-e181-8849-bc30eb967c92>
28. Peraza L, Gutiérrez ST. El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. MediCiego.2016; 22(4):10 Pp.60-67

29. Gonzalvo O. Indicadores de maltrato infantil. Guías clínicas.2002; 2(44):1-12
30. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].Pp. 189-210, 257-273
31. Mariño J, Sieira MC. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad.Aten.Primaria.2009; 16:28-35
32. Bautista D, Lazcano Li, Ángeles M, et al. Maltrato infantil y la odontología. Dentista y Paciente.2019. [Internet][Consultado en febrero 2021] Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/sonriendo-al-futuro-130.html>
33. Fierro C, Salazar E, Ruiz L, et al. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile.Int.J.Odontostomat.2012; 6(1):105-109
34. Guerrero RVM, Godínez MAG, Melchor SCG, et al. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Rev. ADM. 2009; 66(3):10-18
35. Ibarra G, et al. Caries de la infancia temprana: ¿negligencia o ignorancia? Reporte de un caso. Odontol Pediatr. 2011; 10(2): 140-145
36. Alonso MJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. Perinatol. Reprod. Hum. 2009; 23(2).90-96
37. De la teja E, Escudero A, et al. El estomatólogo pediatra en la atención integral del niño maltratado.2004. [Internet][Consultado en Marzo 2021] Disponible en: http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/512/1/tesis2004_82.pdf
38. Porro R, Labajo E, Martínez EM, Planells P. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso. RCOE. 2019; 24(3):79-84
39. Morales MC. Rol del odontopediatría en el diagnóstico del maltrato infantil. Acta Odontológica Venezolana.2009; 47(2): 1-5

40. Loredo A, Casas A, Vargas J, Figueroa ZE. Maltrato infantil: su estudio y manejo en el Instituto Nacional de Pediatría, México. Colomb. forense.2016; 3(1):43-47
41. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta Odontológica Venezolana. 2002; 40(3):17-22
42. Molina AM. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en odontología. Gaceta dental.2009. [Internet][Consultado en Marzo 2021] Disponible en: [https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologa-30982/#:~:text=Importancia%20del%20odont%C3%B3logo%20en%20la%20detecci%C3%B3n%20del%20maltrato&text=La%20importancia%20del%20odontoestomat%C3%B3logo%20en,la%20regi%C3%B3n%20orofacial%20\(7\)](https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologa-30982/#:~:text=Importancia%20del%20odont%C3%B3logo%20en%20la%20detecci%C3%B3n%20del%20maltrato&text=La%20importancia%20del%20odontoestomat%C3%B3logo%20en,la%20regi%C3%B3n%20orofacial%20(7))
43. Poder Judicial de la Ciudad de México.2021. [Internet][Consultado en Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/donde-se-reporta/#:~:text=Centro%20de%20Terapia%20de%20Apoyo%20a%20V%C3%ADctimas%20de%20Delitos%20Sexuales&text=03100.,%2D9632%20y%205200%2D9633>.

REFERENCIAS DE IMÁGENES

1. En México, 60 por ciento de niños son víctimas de violencia domestica experta – INCIDENCIA. Disponible en: <http://incidencia.com.mx/la-disciplina-parte-de-la-violencia-domestica-que-sufre-el-60-por-ciento-de-los-menores/>
<https://www.facebook.com/invesfo/posts/1811333728959204/>
2. <https://dialoguemos.ec/2020/el-maltrato-infantil-tambien-es-una-pandemia/>
3. Infografía: violencia hacia los niños y niñas-Ciencia UNAM, Disponible en: <http://ciencia.unam.mx/contenido/infografia/23/infografia-violencia-hacia-los-ninos-y-ninas->
4. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.50
5. Mariño J, Sieira MC. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad.Aten.Primaria.2009; 16:30
6. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.62
7. Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ. Odontol. 2016; 35(74):19
8. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p. 195
9. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p. 192
10. Ibarra G, et al. Caries de la infancia temprana: ¿negligencia o ignorancia? Reporte de un caso. Odontol Pediatr. 2011; 10(2): 142
11. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
12. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202

13. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
14. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
15. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
16. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
17. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.202
18. Mariño J, Sieira MC. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad.Aten.Primaria.2009;16:p32
19. Pacheco R, Fuentes DC, Villegas J, et al. Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. ELSEVIER. Ciencias clínicas. 2014; 14(2).p.53
20. Mariño J, Sieira MC. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad.Aten.Primaria.2009; 16:p 30
21. Salmon C, Adamsbaum C. Child abuse: diagnostic and forensic considerations. Cham: Springer, [2018].p.204
22. Hernández X, Hernández Y, Garrocho JA, et al. Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente. Revista Tame. 2017; 6(17):632
23. Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ. Odontol. 2016; 35(74):12

8. ANEXOS

TIPOS DE MALTRATO



ABUSO
SEXUAL



MALTRATO
EMOCIONAL



NEGLIGENCIA



MALTRATO
FÍSICO

NEGLIGENCIA
DENTAL



Maltrato infantil

Es un problema de salud pública

De aspecto médico-social- legal

Desafortunadamente presenta cada día mayor
impacto mundial

¿Sabías que?

El odontólogo tiene mayor posibilidad de
detectar un caso de maltrato



Para su diagnóstico definitivo se necesita de
un equipo multidisciplinario donde es
indispensable la participación del odontólogo.



PROCEDER DEL
ODONTÓLOGO
FRENTE AL
MALTRATO
INFANTIL



NOTIFICACIÓN

Es una obligación legal y profesional

Se realiza ante la sospecha de un tipo de maltrato a las autoridades protectoras de menores



Donde acudir :

Se puede remitir al menor a La Clínica de Atención al niño Maltratado

Se puede acudir a la Agencia 59 de la PGJD

A la Defensoría de los Derechos de la Infancia del DIF

Realizar un reporte de manera anónima

EXPLORACIÓN INTRAORAL

- Laceraciones por la introducción forzada de alimentos
- Quemaduras
- Lesiones en lengua
- Trauma dentoalveolar
- Bruxismo
- Caries
- Múltiples restos radiculares



Realizar un buen manejo de conducta nos ayuda a establecer confianza y facilitar el tratamiento

LESIONES FÍSICAS QUE PODEMOS OBSERVAR



ALOPECIA TRAUMÁTICA



LACERACIONES, HEMATOMAS



OREJA EN FORMA DE COLIFLOR



MORDEDURAS



QUEMADURAS