



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO ANTE LA
DETECCIÓN DE LOS INDICADORES DE MALTRATO
INFANTIL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA SCANDA SÁNCHEZ GUERRERO

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO



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 la UNAM y en especial a la Facultad de Odontología por ser mi casa todos estos años, demostrando todas sus pruebas a lo largo de mi vida académica, algunas llenas de risas y otras un poco difíciles, pero sobre todo gracias por permitirme hacer lo que me hace feliz, ayudar a las personas.

A mis profesores y en especial a mi tutora la Mtra. Patricia Henonín, por recibirme, creer en mí, por brindarme su confianza y compartir sus conocimientos e ideas, pero sobre todo por guiarme e impulsarme a seguir buscando el conocimiento.

A mi hermana Jazmín por estar a mi lado todo el tiempo, acompañarme en todas mis ideas y proyectos, por ser mi más grande confidente, la persona que me demostró que no todo en la vida es tristeza, contigo aprendo nuevas cosas día con día entre ellas la paciencia y el amor incondicional, la mejor amiga que la vida me pudo obsequiar. Eres lo que me impulsa a seguir adelante en mis días malos cuando creo ya no poder más y nunca me cansare de repetirte gracias por ser mi hermana. Te adoro.

A mi padre Marco Antonio por enseñarme unas de las lecciones de vida más valiosas y difíciles. Gracias por estar conmigo a pesar de los malos tiempos en donde no congeniamos y por aquellos buenos momentos en las diversas etapas de nuestra familia. Ahora en esta etapa nueva que comienzas, no estarás solo, estaré contigo, apoyándonos mutuamente, con el tiempo aprendí a ver las cosas desde un lugar diferente, no justificando actos erróneos, pero si con amor y paciencia. Te quiero.

A mi madre Patricia por demostrarme día con día lo que nunca tengo que olvidar ser tolerante y paciente. Gracias por dar tu mejor esfuerzo, tu amor, tus locuras divertidas, pero sobre todo gracias por enseñarme que se puede sonreír en la alegría y en la tristeza. Eres el ejemplo de una hija incondicional hacia sus padres. Te quiero.

A mi pareja Julio por brindarme todos estos años su amor incondicional, su apoyo, fuerza y dulzura, mi amigo, compañero y confidente. Gracias por no dejarme sola en ningún momento y ayudarme a levantar en las situaciones difíciles, por hacerme reír

en todo momento e impulsarme para superarme cada día más. Ambos podemos lograr muchas cosas más. Te amo.

A mi psicóloga Roxanna por apoyarme y guiarme en todo este proceso tan importante y alentarme a seguir superándome a pesar de lo difícil que pueden llegar a ser las pruebas que nos pone la vida. Gracias por valorar todo el esfuerzo y el trabajo que me ha costado llegar en donde estoy de corazón muchas, muchas gracias

A mis abuelos gracias por darme todo su apoyo, amor y confianza incondicional, por cuidar mis pasos y nunca soltarme de la mano, prometo recompensarlo con el doble de amor y apoyo incondicional que ustedes me brindan.

A mi amiga Jesica gracias por todas las sonrisas y experiencias, aun que te encontré al final de la carrera te convertiste en una de mis mejores amigas, valoro mucho tu amistad y tu apoyo.

A mi amiga Diana gracias por todas esas experiencias divertidas y otras no tanto, compañera de principio a fin de la carrera, gracias por todo tu apoyo fuera y dentro de la escuela. Eres de mis mejores amigas.

A mi amiga Ximena gracias por todas las risas que me regalaste de principio a fin de la carrera, por tu apoyo incondicional, la más alegre de las tres, te valoro y te quiero muchísimo. Gracias por ser mi mejor amiga.

A los que no alcanzaron a acompañarme a este punto y que desde el cielo me ven.

Gracias a mi abuelito Marcelo por cuidarme con todo el amor del mundo, por brindarme siempre la mejor versión de él a pesar de lo difícil que fue su infancia, mil gracias por todos los recuerdos hermosos a su lado. No hay padres perfectos, pero Dios me brindo un Abuelito perfecto en todos los sentidos.

A mi hermana Saraí, yo se que me vez y me cuidas todo el tiempo, gracias por velar por mi y cuidarme, espero que cuando nos encontremos te sientas orgullosa y feliz de todo lo que he logrado.

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVO	8
2. ANTECEDENTES	9
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Concepto de maltrato	14
3.2 <i>Incidencia</i>	15
3.3 <i>Etiología del maltrato</i>	16
I. Tipos de maltrato infantil	
a) Maltrato Físico	17
b) Maltrato Psicológico	18
c) Abuso sexual	19
d) Negligencia	20
e) Maltrato social	22
II. Diagnóstico	22
III. Diagnóstico Diferencial	25
IV. Factores de riesgo	26
V. Prevención	29
VI. Epidemiología	30
3.4 <i>Maltrato en niños con discapacidad</i>	33
4. MANEJO DE LA CONDUCTA DEL	35
PACIENTE MALTRATADO	
5. ASPECTOS ORALES DEL MALTRATO	37
Y NEGLIGENCIA DENTAL	
6. MANIFESTACIONES BUCALES DEL MALTRATO	
6.1 Exploración Extraoral	43
6.2 Exploración Intraoral	45

6.3 Pruebas complementarias	47
6.4 Diagnostico diferencial	47
7. IMPORTANCIA DEL ODONTÓLOGO	48
EN RELACIÓN AL MALTRATO INFANTIL	
8. ACTUACIÓN DEL ODONTÓLOGO	49
9. ASPECTOS LEGALES	53
10. BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil puede ser considerado como uno de los problemas más relevantes de la sociedad moderna actual dentro de la Salud Pública, y por consiguiente un problema social que afecta a todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos, situación que amenaza la salud individual y colectiva de la población infantil.

Los niños siempre se encuentran más vulnerables que otros miembros de la comunidad debido a su corta edad y a la falta de habilidades suficientes. Según la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), varios niños pierden la vida debido a circunstancias adversas como la violencia y el maltrato. Esta misma Organización explica que el “Síndrome del niño maltratado” actualmente forma una entidad nosológica multiforme y compleja debido a la gran variedad de los factores etiopatológicos y manifestaciones clínicas. Además, estos niños (as) en esta situación presentan una violación a sus derechos fundamentales que han sufrido durante varios años debido a la violencia ejercida por los adultos sin ser vistos ni oídos.

Los malos tratos de los que han sido objeto en el entorno familiar, escolar, y social entre otros, deterioran la calidad de vida del menor teniendo importantes consecuencias tanto en su desarrollo físico, como emocional y mental, repercutiendo con problemas psicológicos, sociales, éticos, legales y médicos dentro de la sociedad actual.

Es obvio, cuando los niños (as) son maltratados, son objeto de problemas de que influirán en sí mismos y en la comunidad del futuro, es por ello que el personal de salud como médicos, pediatras, odontólogos, enfermeras, etc tienen un papel muy importante en la identificación, presentación, tratamiento y notificación de casos sospechosos de abuso infantil.

En relación al personal de salud como es el odontológico, las probabilidades de encontrar aspectos orales y dentales en los casos de abuso infantil son elevadas. Las lesiones peribucales causadas por este motivo pueden ser diagnosticadas fácilmente debido a que los padres o tutores que abusan de sus hijos son menos conservadores y cuidadosos al referirse al odontólogo que a los médicos.

Aproximadamente el 50% de las lesiones producidas por el abuso infantil ocurren en la región orofacial y casi el 15% de estas lesiones se encuentran en la región de la cabeza.

Debido a que la mayoría de los signos producidos por esta causa se encuentran en la cabeza, cara, y diversas regiones orales, son los odontólogos quienes tienen un papel relevante en detectar estos casos y mejorar el estado de este tipo de niños y salvarlos de esta terrible situación.

Por tal motivo, el propósito de este trabajo es dar a conocer información, conocimientos y actitudes necesarios que debe tener el odontólogo que atiende principalmente pacientes infantiles y del papel importante que debe desempeñar al detectar las principales lesiones orales que pudieran ser sospechosas de abuso infantil, como pudieran ser fracturas de dientes, hematomas orales, laceraciones, quemaduras, contusiones, traumas entre otras, para que en situaciones de este tipo que se presenten en la consulta dental puedan ser identificadas y diagnosticadas a tiempo y de esta forma puedan ser reportadas y notificadas a las autoridades correspondientes con la finalidad de implementar estrategias de intervención que faciliten su participación en la detección y prevención de abusos en la infancia.

1. OBJETIVO

Proporcionar los conocimientos e información necesarios sobre maltrato infantil al personal odontológico para que sea capaz de detectar e identificar las lesiones bucales y peribucales como elemento de diagnóstico de este evento y poder de esta forma informar sobre estos abusos a las autoridades correspondientes.

2 ANTECEDENTES

Para poder entender el maltrato infantil y sus raíces es necesario conocer y analizar la evolución histórica de este fenómeno. Algunos ejemplos de maltrato infantil en la Historia escrita y figurada que podemos encontrar son la representación mitológica en la que Saturno devora a sus hijos, o la alusión bíblica al sacrificio de Isaac por su propio padre Abraham, o la matanza de los inocentes de Herodes ⁽¹⁾.



Imagen 1

Fuente: Rubens Peter Paul. Saturno devorando a su hijo (Pintura) 1638. <https://historia-arte.com/obras/saturno-devorando-a-su-hijo>

Se tiene conocimiento que en Egipto cada año se ahogaba en el Nilo a una jovencita para que el río fertilizase las tierras. Diversos ritos de fertilización se llevaban a cabo en China, India, México y Perú entre otros países. El infanticidio, también era una forma de eliminación para aquellos niños que sufrían algún tipo de defecto físico. Durante el periodo nazi se ordenaba matarlos, a todo niño que no cumplía con ciertas características preconcebidas con el fin de alcanzar la pureza racial y en algunos países como en China, se realizaba como control de natalidad.

No fue hasta el cristianismo, cuando tuvo lugar un cambio favorable respecto al trato y protección de la infancia; Constantino (315 d.C.) promulgó edictos contra el infanticidio y la venta de niños como esclavos, actitud que fue seguida por Gregorio XVI y Federico el Grande en el siglo XVIII ⁽²⁾.

Existen evidencias donde se tiene noticia del primer caso de maltrato infantil descrito el cual se remite al año de 1874 en Nueva York. En ese año se ganaba por primera vez un proceso judicial, donde reconocían oficialmente el maltrato infantil. Cabe mencionar que en esta época no había ninguna asociación o leyes que protegieran a los niños, por lo cual este caso fue llevado y ganado por la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad de los Animales. Un año después, se fundaría la Sociedad Neoyorquina para la Prevención de la Crueldad a los Niños y en 1884 este movimiento social llega a Europa para fundar en el Reino Unido la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños ⁽³⁾.

En la época moderna en su mayoría de los médicos fueron los responsables de las reformas y los que redactarían las medidas legislativas de protección para la infancia, la participación de la medicina en los movimientos de protección a los niños, no se limitó al problema de la mortalidad y a la protección sanitaria e higiénica de los primeros años de vida del recién nacido, sino que se extendió a más aspectos del desarrollo del niño.

Sin embargo, no es hasta 1924 con la declaración de Ginebra, cuando se establece la Tabla de los Derechos de los niños, donde quedan establecidos sólo cinco derechos. Los primeros profesionales de la salud en dar a conocer algunos aspectos sobre el tema del maltrato infantil fueron el radiólogo John Caffey, en 1946. Posteriormente, en el año 1947, es constituida la UNICEF (Fondo Internacional del Socorro a la Infancia) y en 1959, se aprueba la Declaración de los Derechos del niño.

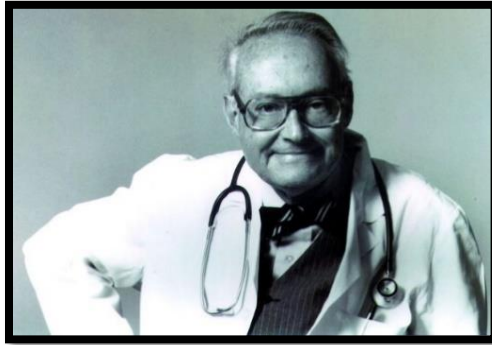


Imagen 2

Fuente: Wook Rhee Howard. DR. Charles Henry Kempe (Fotografía) 2019. <https://www.geni.com/people/C-Henry-Kempe/6000000085285142374>

Ya con el término de “Síndrome del Niño Maltratado” Henry Kempe lo define como “la condición clínica a examinar del niño que presente algún tipo de fractura ósea, hematoma subdural y a nivel cutáneo, lento proceso de desarrollo, inflamación en los tejidos blandos o contusiones, así como cualquier muerte de infantes donde haya sido inesperada, incluso cuando el grado y el tipo de lesiones no concuerden con la historia contada”⁽⁴⁾.

Y es a partir de los años 80’s, cuando el maltrato se transforma en una prioridad y se comienzan a realizar planes para su prevención, pues se reconoce que existen niños en riesgo.

La Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas aprobada en la Asamblea General del 20 de noviembre de 1989, establece la figura del niño como objeto de derecho y necesidades. Con posterioridad en 1990, es celebrada la primera Cumbre Mundial a favor de la Infancia en la Sede de las Naciones Unidas.

El término maltrato infantil en los últimos años fue aceptado mundialmente como una patología grave, como la consecuencia de la dimensión del daño físico- emocional en los niños, el aspecto social y económico en la familia, así como en la comunidad en la que se encuentran. Es un problema social y de salud pública que debe ser reconocido como tal por la totalidad de los

miembros de la sociedad, ya que nos afecta a todos y es nuestra responsabilidad su prevención, detección y resolución ⁽⁵⁾.

El problema del maltrato constituye a una de las grandes amenazas para el bienestar del niño. En Latinoamérica se pueden hallar diversas organizaciones civiles que tratan de compaginar diversas acciones para hacerle frente a este problema mundial médico social; sin embargo, la desintegración, la soledad y deslealtad que padecen centros y programas a la atención y prevención de este padecimiento, impide que se realicen los ideales para el manejo integral de esta patología.

La patología del maltrato infantil es una emergencia real para los gobiernos. Ya que durante siglos los niños y niñas han sufrido violencia a manos de los adultos sin que fuera vista ni oída. Pero ahora que la escala e impacto de la violencia contra los niños y niñas se ha hecho visible, se debe ejecutar una protección efectiva a la cual tienen derecho de manera incondicional. Se entiende y acepta que el maltrato infantil es un problema muy complejo, ello hace que su atención también lo sea. Actualmente, en casi todos los países del mundo se ha establecido que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos bajo el lema “Interés Superior del Niño” ⁽³⁾.

La multicausalidad del maltrato en niños, niñas y adolescentes requieren una intervención multiprofesional. Un representante de la salud no puede responsabilizarse adecuadamente del caso, es decir del niño, familia y las circunstancias. Al ser un caso complicado es necesario la intervención profesional de diversas áreas de la sociedad y la cooperación con los distintos ámbitos de la salud. El maltrato infantil, se ha intensificado por diversas razones como la violencia familiar, bajo desarrollo económico y desigualdad social por los gobiernos en turno con perspectivas poco favorables.

Por tal motivo. el gobierno tiene la obligación de trabajar en el desarrollo de una participación dinámica y practica de todos los profesionales que

interactúan con niñas, niños o adolescentes, con los tutores, padres de familia, maestros y en las múltiples instancias gubernamentales que desarrollan acciones para evitar o aminorar los “determinantes sociales” que afectan la salud física e intelectual de estas víctimas a las que también se les transgreden sus derechos, que impidan alcanzar su máximo potencial físico e intelectual a corto, mediano o largo plazo ⁽⁶⁾.

Las implicaciones del maltrato infantil para los servicios de salud e instituciones de justicia, frente a una creciente necesidad de atención médica por las víctimas de este tipo, la han constituido como una enfermedad de dimensiones impensables en este siglo. Es la consecuencia de la magnitud del daño físico-emocional en la víctima y, por la repercusión social y económica en la familia y en su comunidad, en casi todo el mundo. Aunada a esa dificultad está la naturalización de la violencia arraigada en nuestra sociedad y utilizada para “educar” a los niños; por esto con frecuencia no se reconoce como tal, se minimizan sus repercusiones e incluso pasa inadvertida ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Concepto Maltrato Infantil

El maltrato infantil es una patología difícil de entender y depende del aspecto socio-cultural en el que se estudie, por esta razón, diversas organizaciones han creado definiciones que se utilizan alrededor del mundo, por lo que es importante conocer algunas de ellas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la OMS el maltrato infantil se puede definir como “Los abusos y desatención que sufren los menores de 18 años 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, 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”⁽⁸⁾.

El Instituto Nacional de Pediatría (INP)

Para el INP este término se puede definir como “Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de 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”⁽⁹⁾.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas

Otro concepto de maltrato infantil es el proporcionado por esta Convención el cual lo menciona como; “Toda violencia, perjuicio, o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se

encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”⁽⁴⁾.

3.2 Incidencia

Es de suma importancia conocer la incidencia del maltrato infantil en los países, así como en algunos países desarrollados, quizá sea posible conocer la incidencia y prevalencia del maltrato infantil, pero en los países que se encuentran en vías de desarrollo, el conocimiento de esta patología es muy limitado. Según la OMS, “se calcula que cada año mueren por homicidio 31.000 menores de 15 años”. Se estima que, globalmente, entre 1 y 7% de los niños que reciben atención en instituciones de salud pueden haber experimentado algún tipo de maltrato que no siempre se detecta, no se notifica o no existe un sistema de vigilancia epidemiológico articulado y eficiente^{(10) (7)}.

Las estadísticas epidemiológicas mundiales reflejan un problema en sus diferentes modelos, indican que es una problemática en el cual los representantes de la salud especializados en pediatría, no importa el lugar en el que laboren, se tendrán que enfrentar a estas situaciones en lo largo de su vida profesional. El especialista y pediatra Loredó Abdala menciona en su artículo Negligencia que, en México, las cifras son poco confiables, aunque es muy probable que 1 de cada 10 menores sea víctima de maltrato infantil y solo 1 de cada 100 casos es atendido⁽⁶⁾.

Estas estadísticas pueden estar relacionadas con que en la actualidad las circunstancias del maltrato físico no son predominantes, si no que el abandono y el abuso sexual son las formas más prevalentes de representación por las que se sospecha el maltrato y por las que se inician las medidas de protección. El estudio clínico-social y sus consecuencias legales de esta patología, es catalogado al maltrato infantil como un problema médico-social-legal. Así

también en México, la incidencia de maltrato infantil predomina en menores de tres años, ubicándose en el sexto lugar a nivel mundial ⁽³⁾.

La preocupación por el problema en algunos ámbitos de la Pediatría subsiste y se ha traducido en la búsqueda de instrumentos para la detección e intervención de este tipo de trastornos. Las diferentes representaciones del maltrato infantil forman parte de una serie de repercusiones no sólo sociales, también jurídicas y médicas que necesitan un enfoque interdisciplinario. Los profesionales de la salud tienen una posición privilegiada en la detección e intervención de esta patología, dentro de esta gama de equipos interdisciplinarios se encuentra la Odontología.

3.3 Etiología del maltrato infantil

I-. Tipos de maltrato infantil

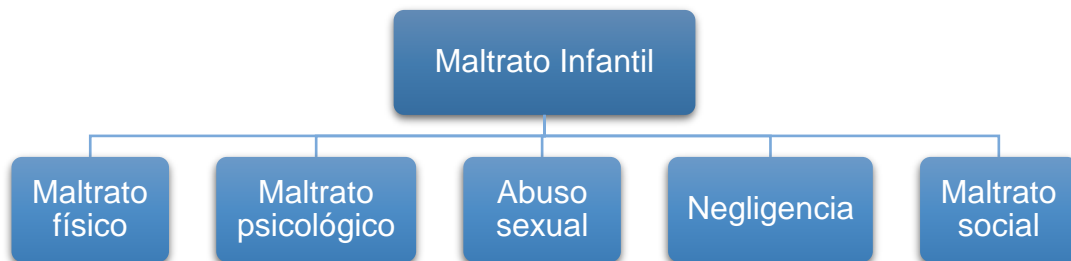
Las estadísticas epidemiológicas consideran importante el maltrato infantil dentro de los diagnósticos pediátricos posibles, debiendo incluir un diagnóstico diferencial a descartar o confirmar dentro de una amplia gama de síntomas y signos compatibles con la patología en cuestión. El maltrato no es una patología aislada, es un proceso que está determinado de múltiples factores: sociales, familiares, personales, no siempre delimitados, comprende diferentes categorías, formas que presentan características específicas ⁽¹¹⁾.

Existen diferentes formas de maltrato infantil en base a la etapa en la que se dé el maltrato prenatal y post natal, que enseguida los explicaremos, por otro lado, haciendo mención al tipo de maltrato propiamente dicho ⁽¹²⁾.

- Prenatal, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.
- Postnatal cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.

La clasificación implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño, pero no se debe olvidar la existencia del factor multicausalidad.

Las formas de maltrato más significativas son:



Mapa conceptual 1 Clasificación del maltrato infantil según Cicchetti y Barnett, 1991

Fuente: Velázquez Rodríguez DPCMMAGQLJ. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso. Investigación materno infantil. 2018 mayo-agosto; 9(2).

A) Maltrato físico

Es el modelo de maltrato más fácil de detectar desde el punto de vista clínico y el que más se diagnostica, es cualquier participación de carácter no accidental, en el cual provoque daño físico o alguna enfermedad en el niño, que lo ubique en una situación de grave riesgo de padecer maltrato físico por las lesiones y problemas que presente, siendo las principales fuentes de detección para atención primaria y urgencias, no obstante algunas veces son procedentes por otros profesionales: maestros, policías, servicios sociales, etc.

Las formas de presentación del maltrato físico pueden ser:



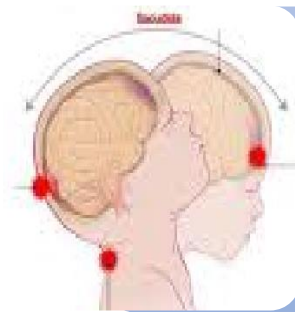
Traumas físicos, lesiones severas

- Las lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte.



Traumas físicos provocados

- Lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia), fracturas, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, y síndrome de Münchhausen por poderes.



El niño sacudido

- Es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aun la muerte.

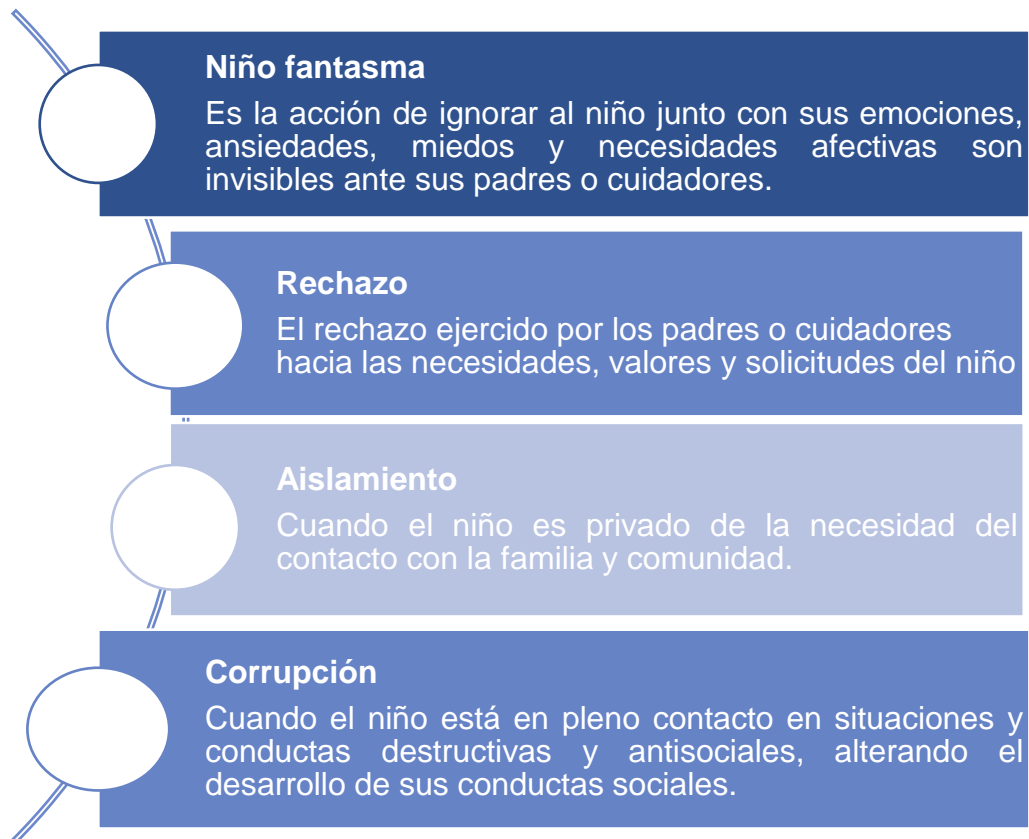
Cuadro 1 Tipos de maltrato físico

Fuente: De la Rosa Santana J. D. AAAk, RGEGFLVGGL. Child Abuse. A bibliographical Review. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. 2020 Enero-Marzo; 3(1).

B) Maltrato Psicológico

Las múltiples formas de maltrato tienen consecuencias directas en el área psicológico-emocional del niño. El maltrato psicológico se define como toda acción, omisión y negligencia de forma efectivo, por lo cual originan cuadros psicológicos, por afectar sus necesidades de acuerdo a los estados evolutivos del niño. Es un motivo de consulta primaria ya que el maltrato emocional afecta con problemas en el desarrollo psicosocial y de salud mental. Afecta principalmente su autoestima, la capacidad de socializar, sentir y expresarse,

deterioro de su personalidad, desarrollo de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de maltrato psicológico y emocional ⁽¹¹⁾.

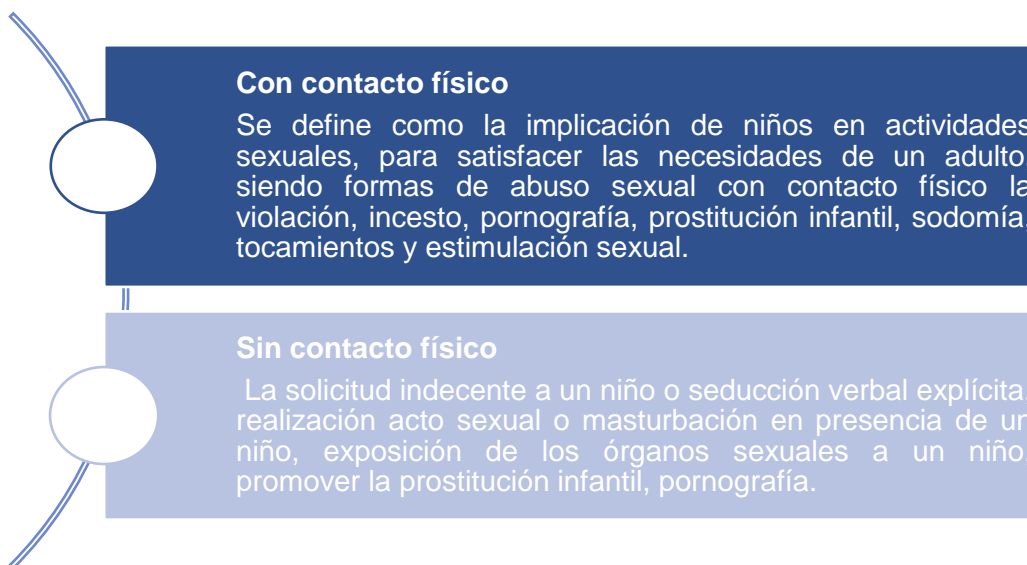


Cuadro 2 Tipos de maltrato psicológico

Fuente: De la Rosa Santana J. D. AAK, RGEGFLVGGL. Child Abuse. A bibliographical Review. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. 2020 Enero-Marzo; 3(1).

C) Abuso sexual

El abuso sexual en menores consiste en la actividad sexual en la que participa un menor que aún no comprende plenamente el acto, no es capaz de dar un consentimiento, por el nivel de desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento. El abuso sexual de menores se lleva a cabo cuando en la actividad participa un niño y un adulto, o un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder.



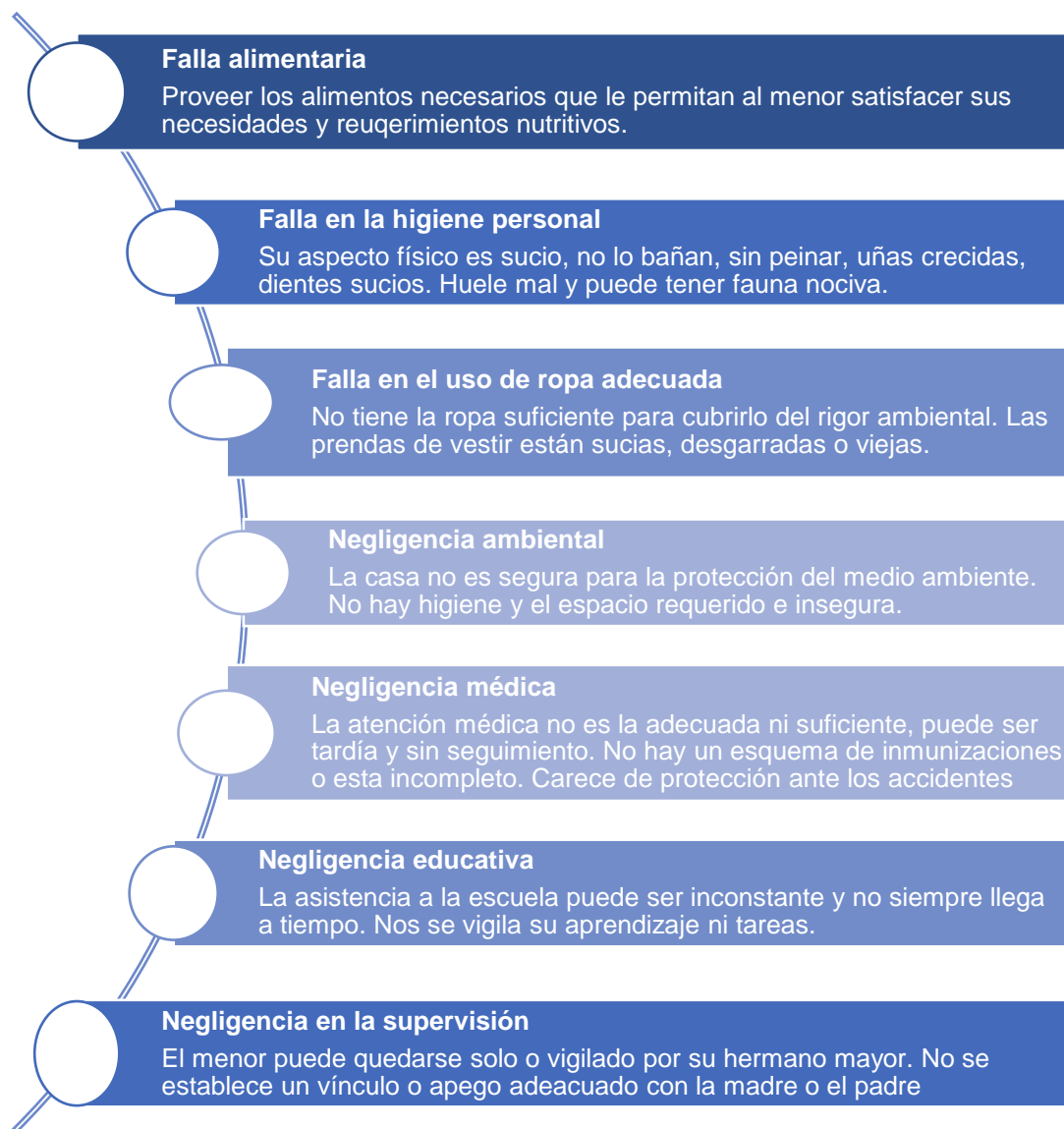
Cuadro 3 Tipos de abuso sexual

Fuente: Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

El abuso sexual en menores tiene efectos tanto físicos como emocionales, consecuencias a diferentes niveles, en diferentes etapas y en diferentes áreas de la vida personal de los sobrevivientes. No obstante, a menudo no se encuentran pruebas físicas y los actos suelen ser clandestinos, por lo que la divulgación o el testimonio del menor es especialmente importante ⁽¹⁵⁾.

D) Negligencia

En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) considera que negligencia es: “El fracaso repetido de no proporcionar al niño(a) los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales” ⁽⁶⁾.



Cuadro 4 Tipos de negligencia

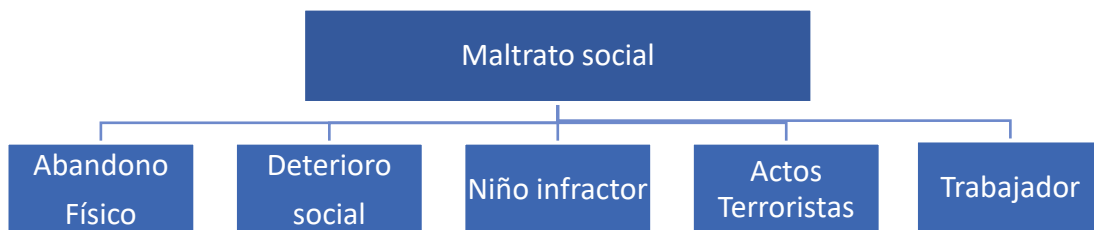
Fuente: Rodríguez González Mónica LAA. Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. Acta Pediátrica México. 2019 Marzo-Abril; 40 (2).

Se produce cuando los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño o no es lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como resultado, se obtiene un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. La expresión básica de esta modalidad de

maltrato infantil es la consecuencia de la acción intencional del cuidador o padres, para no cubrir adecuadamente las necesidades biopsicosociales primordiales de la víctima.

E) Maltrato social

Situación en la que se encuentra un niño, niña o adolescente en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencias de falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza. Es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comparte abuso, negligencia, daño de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.



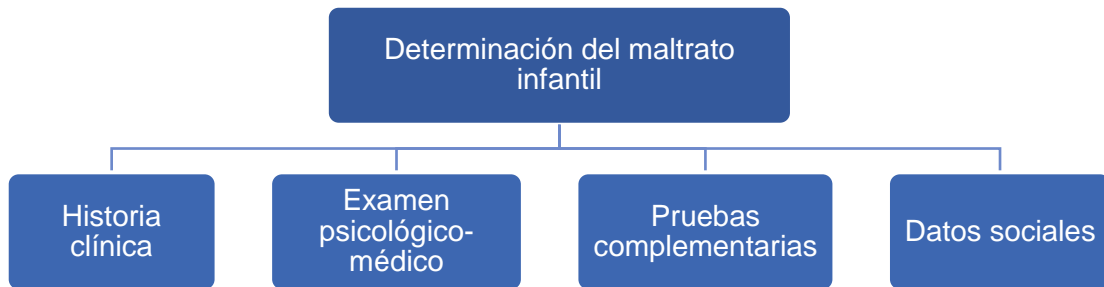
Mapa conceptual 2 Tipos de Maltrato social

Fuente: Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

II-. Diagnóstico

El diagnóstico consiste en reconocer e identificar una posible situación de maltrato infantil. Es la primera condición para intervenir en casos de maltrato, así como ayudar al niño o a la familia que padecen este problema, como es evidente si no se detecta la situación a tiempo, difícilmente podremos actuar sobre las causas que llevaron a esta situación y proteger al menor. El

diagnostico debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad del daño en los niños e incrementar las posibilidades de éxito en la intervención ⁽¹⁴⁾.



Mapa conceptual 3 Determinación del maltrato

Fuente: Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse de acuerdo a estos cuatro elementos ya mencionados, en seguida explicaremos cada uno.

• **Historia clínica:**

Se debe realizar una correcta historia clínica donde se encuentren los antecedentes y hallazgos, sobre todo aquellos que no parezcan accidentales, no tengan una explicación creíble o tengan una demora en cuanto a la explicación de atención médica, así como los datos aportados por el propio niño, otros profesionales y otras personas ⁽¹⁷⁾.

• **Examen psicológico-médico:**

Identifica los indicadores físicos y de comportamiento del niño y la conducta del acompañante, desde que el niño entra a la sala de espera, se debe obtener una impresión general. En el siguiente cuadro se explican algunos ejemplos.

Físicos	Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones cutáneo-mucosas. • Lesiones óseo-articulares. • Lesiones víscero-abdominales. • Retraso del crecimiento no orgánico. • Intoxicación química intencionada • Negligencia. • Síndrome de Munchausen por poderes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferente. • Triste. • Apático. • Sumiso. • Temeroso. • Comportamiento mayor para su edad. • Retraso del desarrollo psicomotor.

Cuadro 5 Examen psicológico-médico

Fuente: Boj Quesada J.R. GBC,DIIPF,RAA. Aspectos legales en casos de malos tratos en odontopediatría:presentación de un caso clínico. Avances en odontoestomatología. 1995; 11(1). Alma MGM. gaceta dental. [Online].; 2009 [cited 2022 Febrerp 7.

• **Pruebas complementarias:**

Realización de pruebas médicas como lo son radiografías, análisis clínicos, tomografías. Pruebas psicológicas, test individual o colectivo, entrevistas para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos y si es necesario alguna evaluación psiquiátrica para valorar el esta del paciente o los pacientes.

• **Datos sociales:**

Factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por qué se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención. De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico⁽¹⁴⁾.

III-. Diagnóstico Diferencial

El profesional de la salud está obligado a eliminar todos los indicadores que no sean consecuencias de las adversidades sociales como lo son: pobreza, ignorancia, técnicas educativas o disciplinarias, modelos de crianza que favorezcan el maltrato infantil, la pérdida de valores que puede llevar a un mal entendido entre el personal de salud y el cuidador o sufrir algún padecimiento que pueda ocasionar un cuadro médico. La pobreza y la ignorancia señalan claramente la existencia de negligencia social cuyos principales responsables son los gobiernos o algunas personas de la sociedad civil ⁽¹⁶⁾.

Pueden presentarse niños con signos psicológicos iguales a los niños que presentan algún tipo de maltrato, sin ser ellos directamente las víctimas de maltrato, por ejemplo, la madre del niño. Los hijos de las mujeres golpeadas informaron serios problemas en la infancia. En los hogares que existe violencia también es mayor la prevalencia de maltrato infantil.

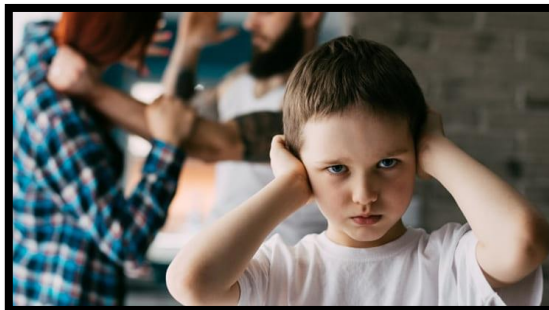
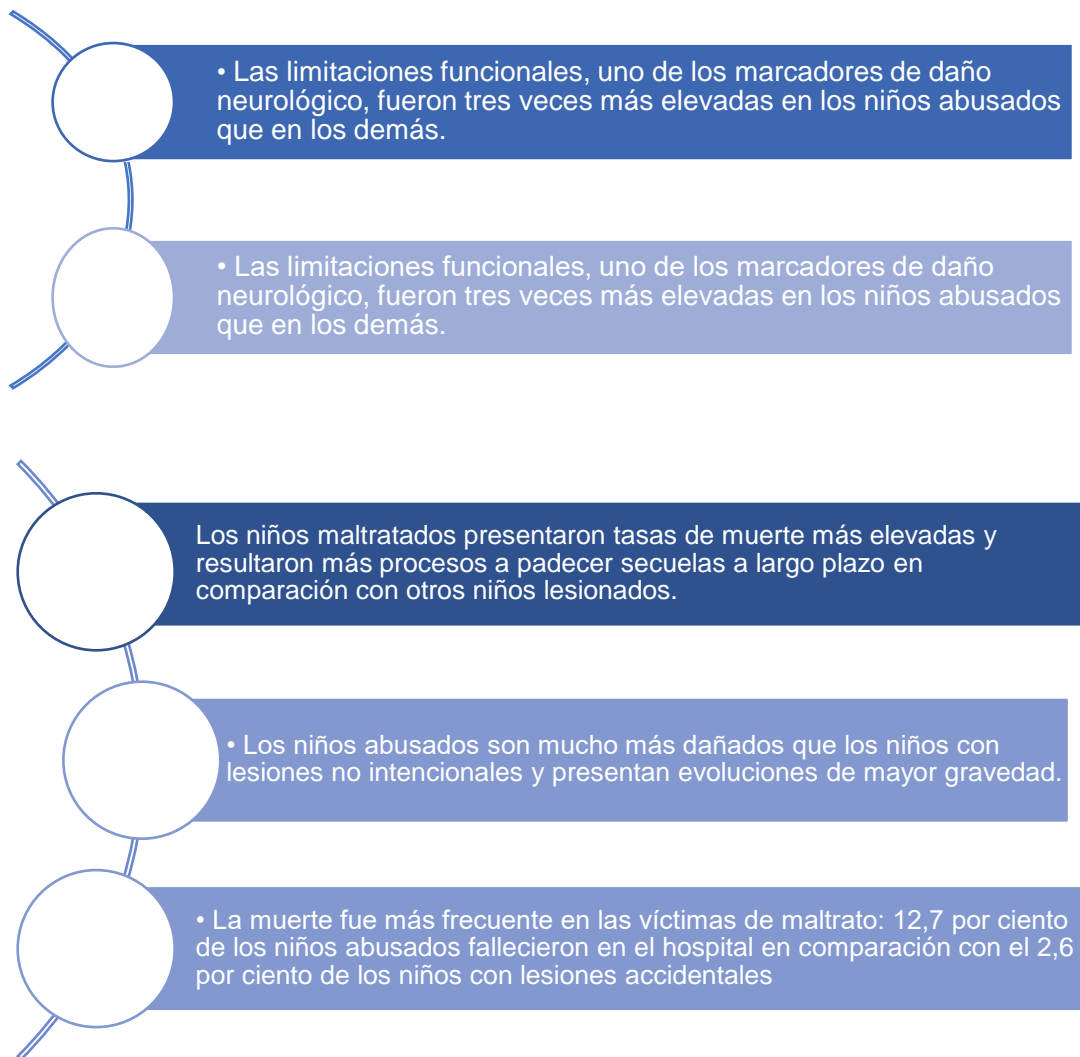


Imagen 3

Fuente: Espacio vida. Familias violentas (Fotografía) 2021.
<https://espaciovida.pe/consecuencias-violencia-domestica-en-adolescentes/>

La odontóloga Molina hace mención en su artículo Maltrato Infantil un estudio de Estados Unidos donde evaluó alrededor de 19,000 casos de lesiones graves de la infancia y nos comparte algunas de las características más relevantes comparando las lesiones por maltrato y las lesiones accidentales ⁽¹⁸⁾.



Cuadro 6 Características relevantes de las lesiones

Fuente: Alma MGM. gaceta dental. [Online].; 2009 [cited 2022 Febrerp 7].

IV-. Factores de riesgo

Existen una serie de factores que aparecen asociados en los casos de maltrato infantil, los cuales generalmente interactúan entre sí, resultando un modelo multicausal. Las condiciones que habitualmente se pueden encontrar en casos de maltrato infantil se pueden agrupar de la siguiente forma.

Factores socioeconómicos.

La influencia de estos factores a nivel económico bajo, una situación marginal o alguna condición laboral inestable como el desempleo por parte de un padre o tutor incluso de ambos, tienen una relación significativa con el maltrato infantil, debido a la no disponibilidad de una cantidad económica mínima ante un gasto de imprevisto, que tiene como consecuencia ansiedad en el tutor o padre. Es importante identificar las condiciones de desigualdad laborales y educativas de cada uno de los miembros de la familia, además de las dificultades financieras, ya que no pueden adquirir artículos básicos o experimentan cambios de humor que afectan la capacidad para entender las necesidades de sus hijos ⁽⁵⁾ ⁽¹²⁾.

La necesidad de vivir dentro de sociedades, aunque en algunas de ellas carecen de legislación adecuada para enfrentar el maltrato infantil o tienen la políticas sociales, económicas y sanitarias que generan malas condiciones de vida o desigualdades económicas muy marcadas, incluso pocas de ellas tienen normas culturales que promueven o celebran el maltrato infantil.

Factores de vivienda

Es importante tener conocimiento de la comunidad en la que se desarrollan los niños ya que algunas de las viviendas carecen de apoyo para las familias o se encuentran en mayor riesgo de aislamiento social, experiencias adversas de la infancia, falta de conocimiento y habilidades para la crianza que pueden afectar la capacidad de los padres para comprender y formar relaciones de apego estables y seguras ⁽¹³⁾.

Factores de los padres y cuidadores

Uno de los factores importantes es la paternidad en edades tempranas al igual que los trastornos psicológicos y deficiencia mental que pueden generar mayor vulnerabilidad al descuido o maltrato hacia sus hijos. Las experiencias adversas durante la niñez de los padres o cuidadores pueden aumentar el

riesgo de maltrato debido a las dificultades de desarrollo de habilidades positivas de crianza o de apego.

Los padres o cuidadores que padecen farmacodependencia, alcoholismo, abuso sexual en las familias, desintegración familiar, conflictos asociados por el nacimiento, hijos no deseados, prostitución u orfandad son factores determinantes de la violencia. Los autores de maltrato hacia su pareja son más propensos al abuso físico infantil, mientras que quienes recibían la violencia son más propensos a ser negligentes. Un ambiente violento y amenazante puede afectar la salud y el desarrollo del niño al exponerlos a cualquier daño físico y disputas crónicas entre los padres ⁽⁵⁾.

Factores del niño

En relación a la edad de los recién nacidos y niños pequeños, dependen exclusivamente de los padres y cuidadores por todas sus necesidades básicas, por lo tanto, cuanto menor edad tiene el niño, mayor es la vulnerabilidad y más graves las consecuencias para su salud. Las condiciones del niño que provoquen un rechazo por parte los padres o cuidadores como lo son malformaciones congénitas, trastornos de conducta, limitaciones físicas y hospitalizaciones prolongadas o recurrentes, debido a su estado de salud que provoque la separación de los padres, hacen vulnerables al niño contra el maltrato infantil ⁽⁷⁾.

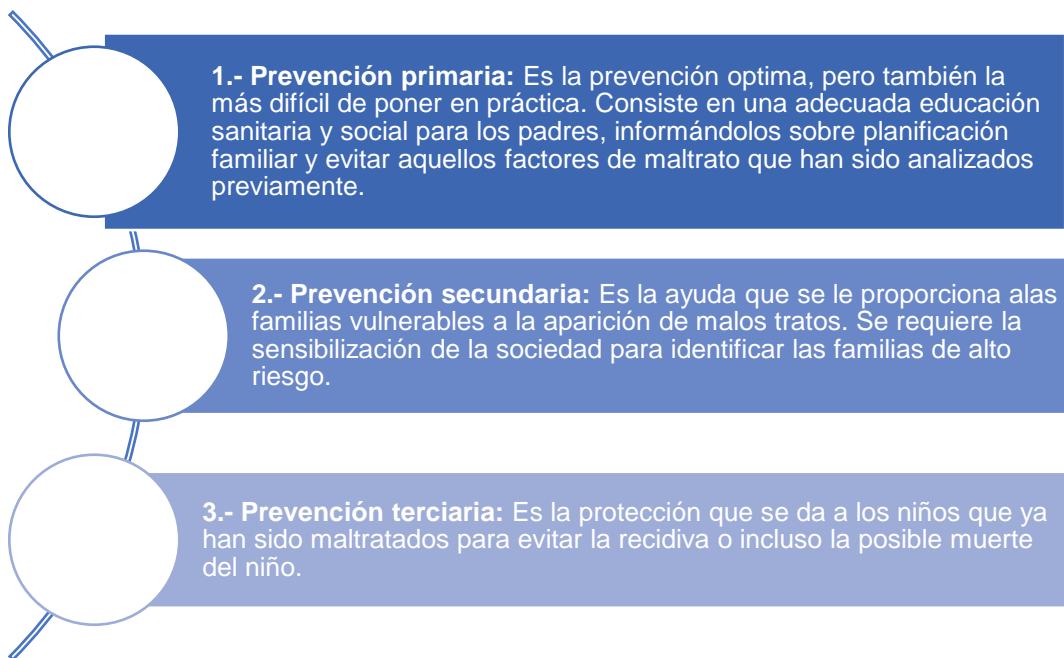


Imagen 4

Fuente: La adopción de los marginados. Niños con necesidades especiales (Fotografía) 2011. <https://esthertorres.blogia.com/pagina/2/>

V-. Prevención

La OMS promueve el desarrollo y evaluación de programas preventivos generales de maltrato infantil, pero desgraciadamente algunos de ellos no han alcanzado a nivel mundial su eficacia real ⁽¹⁶⁾. Es evidente que la sociedad tiene la responsabilidad y la obligación de asegurar al niño el desarrollo de sus derechos y libertades para que éste pueda ser un miembro adulto de dicha sociedad. Es necesario eliminar aspectos perjudiciales para el niño como lo son los malos tratos como antes de que aparezcan como una vez ya se han producido por esa razón se han clasificado de la siguiente manera:



Cuadro 7 Tipos de prevención

Fuente: Boj Quesada J.R. GBC,DIIPF,RAA. Aspectos legales en casos de malos tratos en odontopediatría: presentación de un caso clínico. Avances en odontoestomatología. 1995; 11(1).

Se requiere en las políticas de salud pública deben tener una orientación desde la perspectiva médica, psicológica, epidemiológica, sociológica, educativa y económica con fines preventivos. Sólo con la unión de todas estas disciplinas puede aminorar cualquier modalidad de maltrato infantil. En México a partir de 1997 se ha tratado el maltrato infantil de una manera integral en el

Instituto Nacional de Pediatría en la clínica de Atención Integral al Niño Maltratado ⁽¹⁶⁾. Debemos recordar la importancia de:

MOTIVAR	La sensibilización es fundamental en la intervención en maltrato infantil evitando las falsas creencias
OBLIGACIÓN	Además de la obligación moral-deontológico existe la obligación legal de notificar / intervenir en casos de riesgo (sospecha) y de maltrato infantil evidentes
SEGUIMIENTO	La intervención requiere actuar según los distintos factores de riesgo existentes y a lo largo del tiempo
COORDINACIÓN	Los diferentes organismos y profesionales que atienden al niño y la familia deben actuar de forma conjunta y coordinada
BUEN TRATO	El concepto de maltrato infantil contemplarse desde lo que es o debería ser el buen trato y de los principios de actuación desde la ayuda que debe proporcionarse vía servicios sociales como responsables en materia de protección de menores, para actuar sobre los factores de riesgo que facilitaron la producción del maltrato.

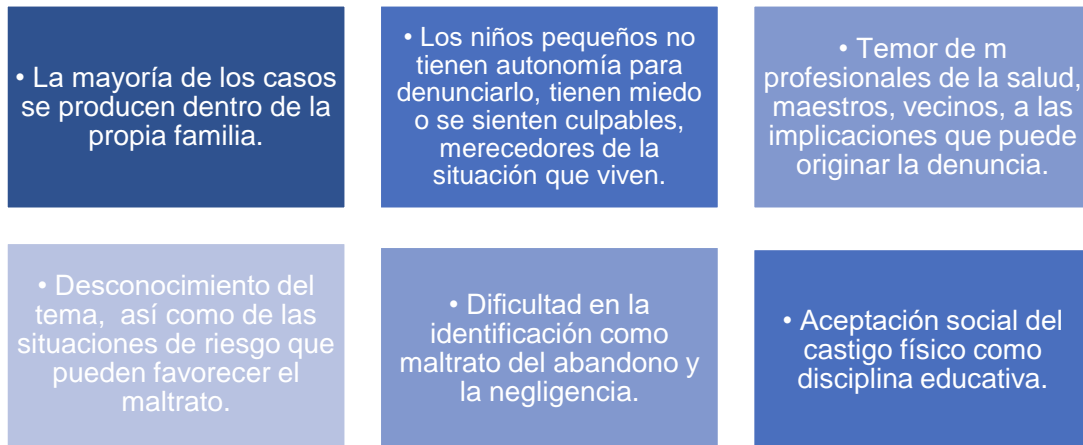
Cuadro 8 Actitudes del odontólogo

Fuente: Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

IV-. Epidemiología

De la aceptación y tolerancia social frente al maltrato infantil, se ha pasado a detectar como un grave daño para el desarrollo del niño o incluso la muerte. El castigo por estos actos hace que se oculte deliberadamente, lo que provoca que esta situación se mantenga y se agrave para los niños que lo sufren, dificultando su detección y actuación e impidiendo el conocimiento real del problema.

El maltrato infantil se puede encontrar en formas tan simples como un manotazo, una nalgada o grito, y se justifica como una forma normal de disciplina, pero no lo es, cada una de estas manifestaciones tiene un impacto negativo en el desarrollo y la autoestima de los niños. Los datos que se conocen son solo una pequeña parte de lo que realmente ocurre ⁽¹⁹⁾.



Cuadro 9 Formas en las que se encuentra el maltrato

Fuente: Díaz Huertas José A. CFJGGERDMA,GJ. Atención al maltrato infantil desde salud mental. 12th ed. familia Imdmyl, editor. Madrid: B.O.C.M.; 2000.

Todo niño víctima de maltrato que regrese a su hogar sin medidas de actuación, tiene un 50% de posibilidades de sufrir de nuevo agresión y el riesgo de muerte es de 10%. Solo contamos con aproximaciones a la realidad del problema. La mayoría de las denuncias realizadas y detección de casos, corresponden a los más graves de maltrato físico pero las otras formas de maltrato de mayor prevalencia como el abandono y el abuso sexual tienen más dificultades para su detección y registro ⁽²⁰⁾.

En México el maltrato se encuentra en los procesos educativos y de convivencia diaria por lo cual tiene diferentes entornos: hogares, escuelas, comunidades, lugares que frecuentan o en la calle. Además, existe todavía situaciones en donde los niños son afectados por actos de discriminación, peleas o agresiones que ponen en riesgo su integridad física y su vida.

Etapas de la infancia	Agresor	Forma de maltrato	Consecuencias
La violencia en la primera infancia (Hasta los 5 años)	Padres o cuidadores	Método de disciplina	Daño en el desarrollo del cerebro y sistema inmunológico incluso muerte prematura.
La violencia en la edad escolar (6 a los 11 años)	Maestros y compañeros	Castigo corporal o humillaciones (bullying), maltrato físico	Daño psicológico, físico, bajo rendimiento escolar o el abandono del mismo.
La violencia en la adolescencia (12 a los 17)	Diversos entornos sociales	Violencia sexual, maltrato físico y psicológico.	Los adolescentes se vuelven particularmente más vulnerables a las agresiones sexuales.

Cuadro 10 Situaciones de maltrato

Fuente: Giacomo P. UNICEF. [Online].; 2018 [cited 2022 Marzo 15. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/proteccion-contra-la-violencia>.

La propia naturaleza del problema que en gran porcentaje se produce dentro de la propia familia, la poca formación de los profesionales de la salud, condicionan el conocimiento del número de casos. El experto Morales J.M. asemeja la situación a la de un Iceberg, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales.

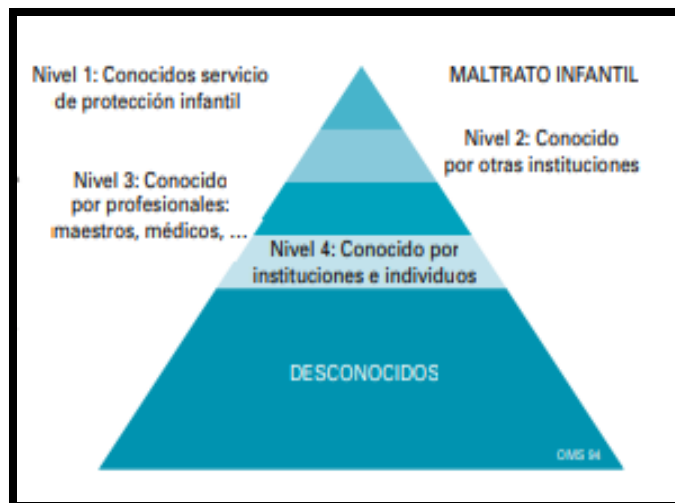


Imagen 5

Fuente: Díaz Huertas José A. CFJGGERDMA,GJ. Atención al maltrato infantil desde salud mental. 12th ed. familia Imdmyl, editor. Madrid: B.O.C.M.; 2000.

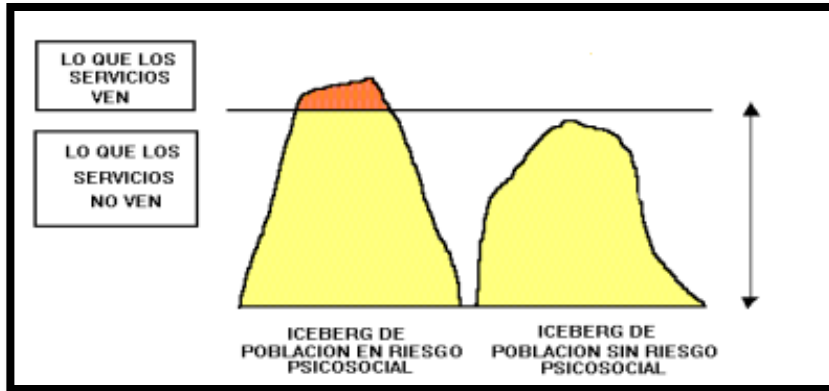


Imagen 6 Iceberg del maltrato infantil

Fuente: Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

3.4 Maltrato en niños con discapacidad

En los enfoques teóricos como las investigaciones que se han dedicado a estudiar a los menores discapacitados como víctimas de maltrato, tienden a encontrar que los niños con discapacidad son más vulnerables frente a las diversas formas de maltrato infantil.

En estos estudios se habla de que el maltrato infantil es la punta de un Iceberg de una realidad más amplia, en el caso de los niños con discapacidad, las cifras disponibles pueden ser consideradas menos representativas. Las mayores dificultades de detección y las estadísticas del maltrato que no se registren adecuadamente la discapacidad, hace que esta realidad sea invisible para la mayor parte de la sociedad por consecuencia su prevención será menos efectiva ⁽²¹⁾.

La presencia de discapacidades aumenta el riesgo de maltrato tanto activo como pasivo. El maltrato en algunos casos los acompaña no solo en la infancia sino también en la vida adulta. El aumento de la incidencia del maltrato ocurre en cualquier tipo de discapacidad, aunque se ha observado que es más frecuente en discapacidades psíquicas ⁽²²⁾.

La OMS afirma que “las personas menores con discapacidad sufren violencia, en todas sus variantes, casi cuatro veces más que sus pares sin discapacidad”. Según este informe, se observa cómo este grupo es víctima de una violencia física 3,6 veces mayor y una violencia sexual 2,9 veces mayor que la que sufren los menores sin discapacidad ⁽²¹⁾.



Imagen 7

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Los niños con discapacidad son maltratados con más frecuencia (Fotografía) 2012.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6998:2012-children-disabilities-more-likely-experience-violence&Itemid=135&lang=es

Es evidente que los infantes con discapacidad integran un grupo vulnerable o frágil al recaer en ellos más de un factor de riesgo, la minoría de edad por un lado y la discapacidad por el otro, los coloca en una situación de desventaja respecto a otros grupos vulnerables, razón por la cual las normas deben reforzar la protección de sus derechos como plenos ciudadanos que son.

Pero la mayor vulnerabilidad no depende de un único factor, sino que se acentúa a medida en que el niño concurre dos o más factores de riesgos ya sean físicos o sociales, como pueden ser la edad, discapacidad, enfermedad, género y pertenencia étnico-cultural ⁽²¹⁾.

4 MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE MALTRATADO

El trastorno de estrés postraumático se desarrolla después de que el niño haya presenciado o experimentado un acto de violencia. El niño no solo revive el suceso, sino que también puede sentirse paralizado a nivel emocional, sentirse tenso y nervioso. El lapso en el cual puede llegar a presentarse es inmediatamente después del episodio de maltrato y durante los tres días posteriores a un mes. Puede ser trastorno por estrés agudo o no desarrollarse hasta 6 meses después del evento. Los síntomas del trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático son similares e incluyen varios tipos de síntomas ⁽³⁾.

Dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- **Reexperimentación del acontecimiento traumático:** El niño puede revivir el episodio traumático mientras está despierto o en sus sueños.
- **Escenas retrospectivas:** Suele detonarlo algo asociado con el suceso original. Durante este episodio, el niño se encuentra desconectado y aterrorizado del entorno. Puede perder temporalmente el contacto con la realidad e intenta frenéticamente esconderse o huir, actuando como si estuviera en peligro.

El niño afectado pierde el interés en sus actividades normales, se aísla de su entorno y se preocupa por la muerte a una edad temprana. La víctima se siente culpable por no haber podido hacer nada para impedir o frenar el suceso. No pueden recordar detalles importantes o los pueden recordar de manera incorrecta.

Les cuesta trabajo controlar sus reacciones, lo que da como resultado una conducta imprudente o arranques de ira. Les cuesta trabajo relajarse, para

dormir o para concentrarse. Los niños se sienten separados de su cuerpo como un sueño, también sienten que el mundo es irreal. El tratamiento consiste en psicoterapia, terapia conductual y fármacos ⁽³⁾.



Imagen 8

Fuente: Hospital denens. Maltrato infantil (Fotografía) .
<https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades/maltrato-infantil/>

El apoyo emocional es de suma importancia en el maltrato infantil ya que las consecuencias y las secuelas psíquico-emocionales estarán presentes a corto como mediano y largo plazo. El maltrato infantil como ya se ha mencionado es multifactorial con repercusiones múltiples que afecta no solo al niño sino también a la familia por lo que se requiere ser atendido por un equipo multiprofesional ⁽¹²⁾.

La coordinación es indispensable para la intervención en casos de maltrato infantil realizando el trabajo en conjunto con los profesionales de la salud, del ámbito social y jurídico, para la correcta detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su área.

5 ASPECTOS ORALES DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA

En la perpetración del maltrato infantil, sobre todo de aquel que cursa con secuelas físicas y causa una serie de lesiones. Muchas de esas lesiones suelen presentarse en la región craneofacial y concretamente en la cavidad oral. Se trata de lesiones periorales, lesiones intraorales, infecciones y enfermedades que llevan al odontólogo a sospechar de maltrato infantil y negligencia ⁽⁴⁾.



Imagen 9



Fuente: Comercio y justicia. Capacitación a odontólogos para detectar en boca el abuso y el maltrato infantil (Fotografía) 2018. <https://comercioyjusticia.info/negocios/capacitan-a-odontologos-para-detectar-en-boca-el-abuso-y-el-maltrato-infantil/>

Los odontólogos deben estar alerta para identificar lesiones sugestivas de estos tipos de maltrato y diferenciarlas de los accidentes propias de la edad, se caracterizan por ser prominencias óseas, sobre todo verificar si son compatibles con los relatos y en relación con la etapa de desarrollo psicomotor del niño. Los niños que sufren los diferentes tipos de maltrato infantil, el abuso físico, la negligencia y el abuso sexual pueden provocar lesiones y enfermedades que se encuentran en la región oral e intraoral en alrededor del 30% de los casos 8,5 ⁽¹⁴⁾ ⁽²³⁾.

Aspectos orales del abuso físico

En el abuso físico se observa con mayor frecuencia en los niños menores de 8 años, en especial en lactantes y preescolares, sin diferenciar el sexo. Los niños maltratados que presenten lesiones orales o intraorales tienen un mayor riesgo de tener otras lesiones abusivas ocultas. Las lesiones orales producidas

por maltrato físico se observan en el 12- 31% de los niños, mientras que las lesiones intraorales se observan con una menor frecuencia entre 2-11% ⁽²³⁾.

	<p>Los labios son la región más afectada de la región oral infringidas en el maltrato, seguidas de la mucosa bucal, dientes, encías y finalmente la lengua</p>
	<p>Traumatismos repetidos en los dientes pueden terminar como necrosis pulpar, que a su vez provoca decoloraciones grises o rosadas en los dientes.</p>
	<p>El empleo de mordazas en la boca da como resultados hematomas o cicatrices en la región comisural.</p>
	<p>Algunas lesiones graves como las faríngeas y abscesos retrofaríngeos pueden ser infringidos por los padres y cuidadores, con el fin de crear una patología.</p>
	<p>La detección de múltiples lesiones o lesiones en distintos estadios de curación o discrepancias en la historia de la lesión deben despertar nuestras sospechas.</p>

Cuadro 11 Aspectos orales del abuso físico

Fuente: Porro Pérez R. LGE,MPEM,PdPP. Maltrato infantil y odontología: de la identificación al reporte del caso. Organización colegial de dentistas de España. 2019 Septiembre; 24(3).

Aspectos orales y dentales accidentales

Estas lesiones en especiales son relativamente comunes y deben ser distinguidas de las lesiones derivadas de maltrato, teniendo en cuenta las historias que nos cuentan los padres y cuidadores acerca de las acciones que las han producido. De la misma manera hay que evaluar el nivel de desarrollo y contrastarlo con las características de la lesión.

Ninguna lesión oral e intraoral es patognomónica de maltrato, por lo que tenemos que tener en cuenta la existencia de indicadores físicos de especial sospecha: lesión incompatible en extensión, profundidad, localización, distribución y patrón-tipo con la edad del niño o su nivel de desarrollo; inconsistencia de la lesión con la historia; lesión en distintos estadios evolutivos de curación y cicatrización, lesiones frecuentes y reiteradas en menores de 6 años, lesiones en menores de 9 meses que no se desplazan de forma autónoma ⁽²³⁾.

Aspectos orales del abuso sexual

La cavidad oral es una de las áreas en las que se localizan las lesiones causadas por abuso sexual en niños, son difíciles de detectar y poco frecuentes, al igual que las infecciones orales provocadas por las mismas causas. En la presencia de petequias en el paladar, en específico entre la unión del paladar duro y paladar blando. Estos signos pueden ser la consecuencia de una felación forzada.

Las infecciones como la gonorrea en niños en edad prepuberal se considera un signo patognomónico de abuso sexual, pero es muy poco frecuente. La infección por el virus del papiloma humano ocasiona verrugas orales y periorales, la forma de transmisión aun es incierto ya que se puede transmitir sexualmente por contacto oro-genital, verticalmente de la madre al hijo durante el parto u horizontalmente por el contacto no sexual, como de la mano de otro niño o cuidador a los genitales o la boca del paciente ⁽⁴⁾.

El hallazgo de esperma o líquido seminal en la región perioral o la cavidad oral, se considera patognomónicas de abuso sexual las infecciones por *Neisseria Gonorrhoeae* y *Treponema Palidum*. Todas las demás lesiones y enfermedades únicamente son sospechosas o sugerentes de abuso sexual.

Tabla 4. Enfermedades y lesiones orales específicas, sugerentes o sospechosas de abuso sexual
Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Infección por <i>Treponema pallidum</i> (chancro sifilítico)
Infección por virus del papiloma humano, especialmente los tipos 6, 11, 16 y 18.
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> (linfogranuloma venéreo), tipos L1, L2 y L3
Infección por virus del herpes simple, tipo 1 y especialmente el tipo 2
Petequias, eritema y/o erosiones en región intraoral, particularmente en la zona de unión entre el paladar duro y el blando, causadas por sexo oral forzado
Marcas de mordeduras dentro de la boca causadas por sus propios dientes, producidas durante el abuso sexual
Marcas de mordeduras de humano adulto: forma ovoide o elíptica con una distancia intercanina superior a 3 cm y, a menudo, con una equimosis central

Cuadro 12 Enfermedades y lesiones orales

Fuente: Oliván Gonzalvo Gonzalo DIPSAC. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. Revista pediátrica atención primaria. 2021 Febrero; 23.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica en el año 2017 advierte en su última guía respecto a los "Aspectos orales del abuso y negligencia a menores", si la víctima comunica al profesional una historia de contacto genital-oral relacionado con abuso sexual. En la mucosa bucal como en la lengua deben ser limpiados con un hisopo estéril, debe secarse al aire y se conserva apropiadamente para su análisis en el laboratorio ⁽²³⁾.

Marcas de mordeduras

Las marcas de mordeduras, se encuentren recientes o en proceso de curación, pueden indicar maltrato. Deben sospecharse cuando se encuentran equimosis, laceraciones o abrasiones con una forma elíptica o un patrón ovoide. Se encuentra un área central de equimosis, contusiones causadas por la presión positiva que ejerce el movimiento de cierre con los dientes superiores e inferiores, lo que provoca la ruptura de pequeños vasos

sanguíneos o por presión negativa causada por un efecto de succión, sin olvidar aquellas mordeduras que pueden ser causadas por animales.

Animal	Humano
<ul style="list-style-type: none"> • Tienden a rasgar el tejido y tienen una morfología triangular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones rara vez provocan avulsión del tejido. 

Cuadro 13 Diferencias de mordidas

Fuente: Porro Pérez R. LGE,MPEM,PdPP. Maltrato infantil y odontología: de la identificación al reporte del caso. Organización colegial de dentistas de España. 2019 Septiembre; 24(3).

La forma correcta de saber la procedencia de la mordida, es midiendo la distancia intercanina que es la distancia lineal entre el punto central de la cúspide de un canino y su homólogo contralateral. Si dicha distancia mide más de 3.0cm estamos ante una dentición adulta ⁽⁴⁾.

Aspectos orales causadas por síndrome de Münchhausen

Se encuentran en muy raras ocasiones, pero es importante tener presente este trastorno ya que las consecuencias son graves para el menor. Habitualmente las lesiones son infligidas por la madre o cuidador de forma voluntaria e intencional, consciente, planeada y reiteradamente.

El perpetrador tiene la necesidad de asumir el rol de enfermo a través del niño. Busca la asistencia médica con el objetivo de un proceso de diagnóstico y

tratamiento, no obtiene ningún beneficio económico o social, solo el beneficio psicológico de estar en contacto con el personal de la salud recibir simpatía, solidaridad y compasión de ser el criador de un pobre niño enfermo ⁽²³⁾.

La negligencia dental

La Academia Americana de Odontología Pediátrica afirma que la negligencia dental se trataría de “la falta deliberada de los padres para buscar y seguir el tratamiento odontológico necesario para garantizar el nivel de salud oral del niño que suponga la adecuada función, libre de dolor e infecciones”

Existen una serie de factores que son considerados para establecer el diagnóstico de negligencia:

- El niño ha sufrido algún daño o está en riesgo de sufrirlo por la falta de atención odontológica.
- Las recomendaciones ofrecidas son un beneficio importante para el niño.
- El resultado del tratamiento dental es mayor que su morbilidad, por lo que sería lógico que los padres elijan el tratamiento.
- Los padres o tutores entienden la información dada por el odontólogo acerca del padecimiento del paciente y tienen acceso a la atención odontológica oportuna.

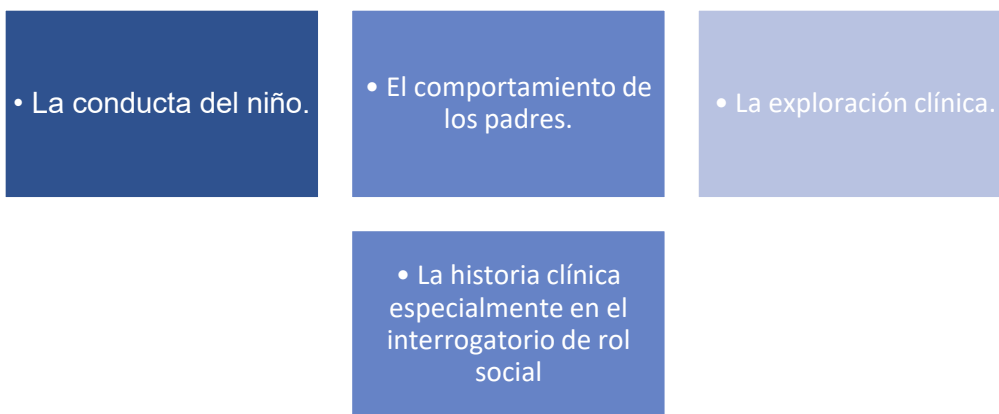
Las enfermedades orales y dentales por negligencia en el cuidado y atención bucodental suelen ir acompañadas de otros problemas de salud derivados de la negligencia física crónica en la alimentación, higiene, seguridad del hogar o cuidados básicos de atención primaria ⁽⁴⁾.

6. MANIFESTACIONES BUCALES DEL MALTRATO

6.1 Exploración Extraoral

Desde que el niño entra al consultorio, se debe obtener una impresión general, como en higiene, desarrollo y estatura, relación con los padres o cuidadores, forma de su vestimenta y la forma de andar. Una completa historia clínica donde se detallan todos los antecedentes y hallazgos, aquellos que no parecen accidentales, aquellos que no tengan una explicación creíble o indiquen una demora en la búsqueda de atención médica deben llevar al odontólogo a sospechar de algún caso de maltrato infantil ⁽¹⁴⁾.

Los odontólogos deben poner especial interés en cada una de las visitas del niño y su diferente comportamiento haciendo énfasis en:



Cuadro 14 Aspectos a considerar en consulta

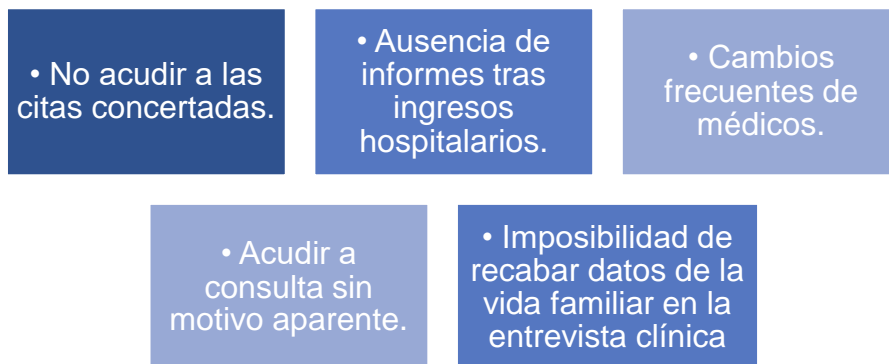
Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista academica mexicana de odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

Cabeza y cuero cabelludo	Múltiples lesiones, sitios de calvicie que pueden asociarse a alopecia traumática ocasionada al jalar el cabello en repetidas ocasiones
Cara	Es posible detectar anomalías de las orejas, equimosis peri orbitales, hemorragias de la esclerótica, desviación de los ojos o pupilas desiguales y coágulos sanguíneos en la nariz o tabique nasal.
Mejillas o zonas laterales de la cabeza	Las lesiones producidas por objetos contundentes, golpes o cachetadas con el puño o la mano abierta. Estas lesiones pueden reflejar la forma del objeto con los que se causaron.
Cuello	Las lesiones son casi siempre producto del estrangulamiento del niño con las manos o algún implemento.

Cuadro 14 Inspección física

Fuente: Doria Martínez Ana M. NCMI. La Odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Universidad Odontológica. 2016 Enero-Junio; 35(74).

Quando se tiene alguna sospecha de maltrato infantil, se debe documentar la historia clínica de cualquier percepción y sospecha en caso de:



Cuadro 15 Sospecha de maltrato

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista académica mexicana de odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

6.2 Exploración Intraoral

I-. Labios

Se pueden llegar a observar contusiones, laceraciones o cicatrices, que indican un traumatismo repetitivo. Se identifican quemaduras causadas por alimentos calientes o por cigarrillos, contusiones, abrasiones o cicatrices en los ángulos de los labios. Generalmente las lesiones encontradas en el labio superior, y los frenillos son causa por una alimentación forzada o impaciente.

II-. Tejidos blandos

Las lesiones que se encuentran son contusiones, equimosis o inflamación de color rojo o de la mucosa oral o purpura en el paladar, el vestíbulo y el piso de la boca. Indican un trauma grave con instrumentos o los dedos.

III-. Lengua

Es posible observar desde equimosis o contusiones hasta la ablación total o parcial de la lengua que puede haberla ocasionado un trauma directo con la mano con otro instrumento.

IV-. Frenillo

El desgarramiento de los frenillos labial y lingual puede ser el resultado de un golpe hacia arriba sobre el labio superior en un intento de callar al niño, o por el acto de meter por la fuerza una cuchara o por sexo oral causado por el padre o el tutor. No es común en niños que están aprendiendo a caminar.

V-. Dentoalveolar

Se relacionan fracturas, luxaciones y avulsiones dentales y necrosis pulpar. En la corona una fractura puede dañar la pulpa, también se pueden identificar fracturas radiculares. Además, se puede observar cambio de color de los dientes que no llevan una historia creíble cuando se indaga por la causa ⁽⁵⁾ .

VI-. Caries

Puede ser el resultado de condiciones socioeconómicas de los padres como la pobreza, ignorancia o tensiones inusuales que afectan a la familia incluso negligencia de los mismos padres o cuidadores. Ejemplos de este tipo de maltrato se identifican la higiene personal, ropa, dieta y la falta de atención odontológica.

VII-. Bruxismo

Es el apretamiento dental y el deslizamiento de los dientes. Se produce de manera inconsciente y fuera de los movimientos de la masticación y la deglución, se observan facetas de desgaste atípicas o esmalte y dentina anormales. Resulta de las emociones que han sido reprimidas como la angustia y la agresividad, afectan el funcionamiento de los órganos dentales.

VIII-. Apretamiento dental

Es la acción de apretar los dientes sin realizar deslizamientos o desplazamiento mandibulares ya que se ejerce de manera consciente, su movimiento es vertical lo cual provoca más cansancio muscular que desgaste dental ya que el bruxismo realiza movimientos laterales forzados.

IX-. ATM

Depende de la intensidad del trauma, se pueden producir luxaciones y subluxaciones en la articulación temporomandibular, por lo cual pueden llevar a mal oclusión y distrofia muscular.

X-. Fracturas

En el maxilar o la mandíbula se pueden observar fracturas recientes o con más tiempo, el lugar más común donde pueden encontrar las son los cóndilos, el cuerpo, las ramas y la sínfisis, capaces de llevar a mal oclusión como resultado de algún traumatismo ⁽¹⁴⁾.

6.3 Pruebas complementarias

La exploración radiográfica es muy importante cuando se tiene la sospecha de un caso de maltrato infantil, ya que en el análisis radiográfico se descubren las lesiones anteriores, fracturas radicales, afecciones periapicales, obliteraciones pulpares, alteraciones en los gérmenes dentales ⁽²⁵⁾.

El odontólogo al descubrir o sospechar alguna lesión que se sospeche de una mordedura o que indique succión, debe identificarla y documentarla por medio de diagramas o dibujos anatómicos y fotografías tomadas de la lesión con testigo métrico. En algunos casos si es posible obtener un modelo anatómico de la arcada superior como inferior, así como de la posible mordedura ⁽¹⁴⁾.



Imagen 10

Fuente: E. Thomas Barham. Huella de mordedura (Fotografía) 1992.
<https://www.odontoespacio.net/noticias/investigadores-recomienda-no-utilizar-la-huella-de-mordedura-en-como-evidencia-forense/>

6.4 Diagnóstico diferencial

Lesiones accidentales

Múltiples causas contribuyen a los traumatismos de los dientes y estructuras de la cavidad oral. Los más expuestos a estos tipos de accidentes son los incisivos superiores, las más frecuentes caídas, choques y actividades de contacto físico juegos o practicar algún deporte, por ello es de suma importancia realizar una historia clínica completa y realizar la anamnesis, tanto a los padres o cuidadores como al niño ⁽²⁶⁾.

Quemaduras

Las quemaduras de cigarrillos son uniformes y circulares, se encuentran comúnmente en manos y pies. Las quemaduras accidentales se observan en palmas de las manos y contornos precisos, surgen cuando el niño trata de tomar algún objeto caliente.

Moretones

Los moretones a menudo asemejan a la del instrumento utilizado. En las extremidades superiores o el tronco se encuentran rasguños y moretones en la punta de los dedos o manos, lo cual ocurre cuando lo sujetan con fuerza mientras lo golpean ⁽²⁵⁾.

Psicología

Pueden aparecer niños con signos psicológicos semejantes a los niños que sufren maltrato infantil sin ser ellos las víctimas directamente, como puede ser la madre. Los hijos de las mujeres que sufren algún tipo de maltrato, presentan problemas en la infancia.

7 IMPORTANCIA DEL ODONTÓLOGO EN RELACIÓN AL MALTRATO INFANTIL

El Código de Bioética Odontológica emitido por la OMS establece que “el profesional del área odontológica se compromete a velar por la integridad y preservar la salud de los pacientes, incluida la población infantil “. El odontólogo tiene un papel muy importante en la detección y diagnóstico debido a que los padres o cuidadores maltratadores evitan la visita a centros médicos para no ser descubiertos. Cuando reciben la atención del odontólogo, tienen un aspecto más relajado debido a que las citas no son subsecuentes y son propensos a cometer descuidos y pasar por alto varios indicadores de maltrato ⁽¹⁷⁾.

El objetivo del odontólogo es detectar el riesgo o el maltrato, facilitar la ayuda al niño y a la familia, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir alguna recurrencia. Al igual de estar conscientes de manejar el termino “posible maltrato infantil”, ya que los odontólogos no están capacitados como jueces en un proceso tan delicado ⁽²⁴⁾.

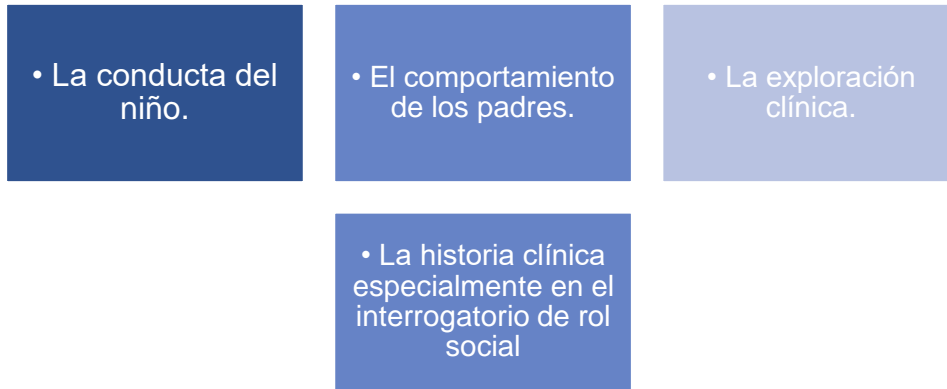
Los odontólogos tienen la obligación de registrar en la historia clínica del niño, toda la información que se recopile a un posible caso de maltrato infantil y aprovechar que tiene mayor contacto con lesiones en cara y en boca originadas por maltrato pero que pasan desapercibidas. El profesional debe ser perspicaz para poder diferenciar si las lesiones son accidentales o intencionales ⁽²⁶⁾.

La actitud del profesional debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal al observar durante la consulta, como el comportamiento del niño y los padres. El contacto físico y la confianza que existe entre el paciente y la familia con el odontólogo puede detectar este tipo de casos. Cada profesional de la salud debe brindar su mejor esfuerzo a buscar la existencia del abuso en la conducta del niño, el comportamiento de los padres, la exploración clínica y la historia clínica ⁽²⁴⁾.

8. Actuación del odontólogo

El odontólogo debe tener una breve inspección desde que el menor entra a consulta. Se fijará en aspectos como en la limitación de movimientos, la indumentaria y signos de malnutrición. Se realizará un examen minucioso para observar el área craneal, facial y bucal, revisando las extremidades superiores. Durante la anamnesis se registrarán todos los antecedentes, hallazgos, apoyos diagnósticos en la historia clínica e indagar sobre la causa de las lesiones. En la exploración, alertar y sospechar sobre la posibilidad de estar frente a un caso de maltrato, como de resultado de las heridas y lesiones que afectan las estructuras orales ⁽¹⁴⁾.

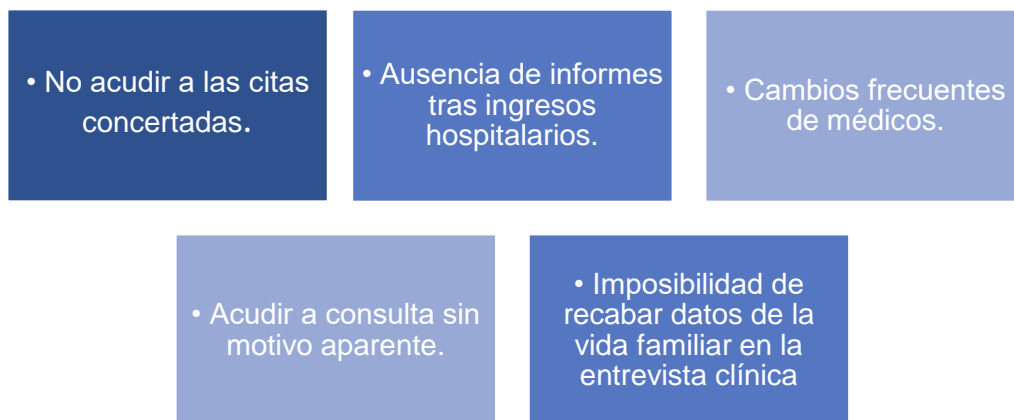
Se debe poner especial atención en cada una de las visitas del niño o la niña y su diferente comportamiento, en especial en:



Cuadro 16 Comportamiento clave

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista academica mexicana de odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

Cuando se tenga alguna sospecha de maltrato infantil, se debe documentar en la historia clínica las percepciones y sospechas en caso de:

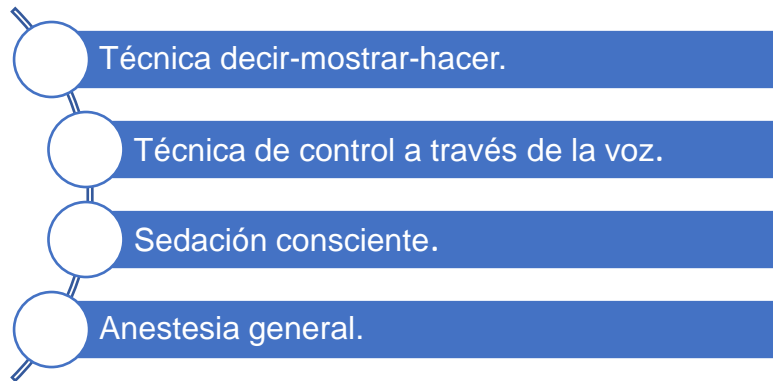


Cuadro 17 Percepciones y sospechas

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista academica mexicana de odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

Es importante que el odontólogo conozca la conducta del paciente para aplicar adecuadamente la técnica de manejo de conducta durante la consulta. Desde la primera consulta se debe tener voluntad y predisposición por parte del

odontólogo cuando se sospeche que el niño sufra de maltrato se fomenta la seguridad y confianza.



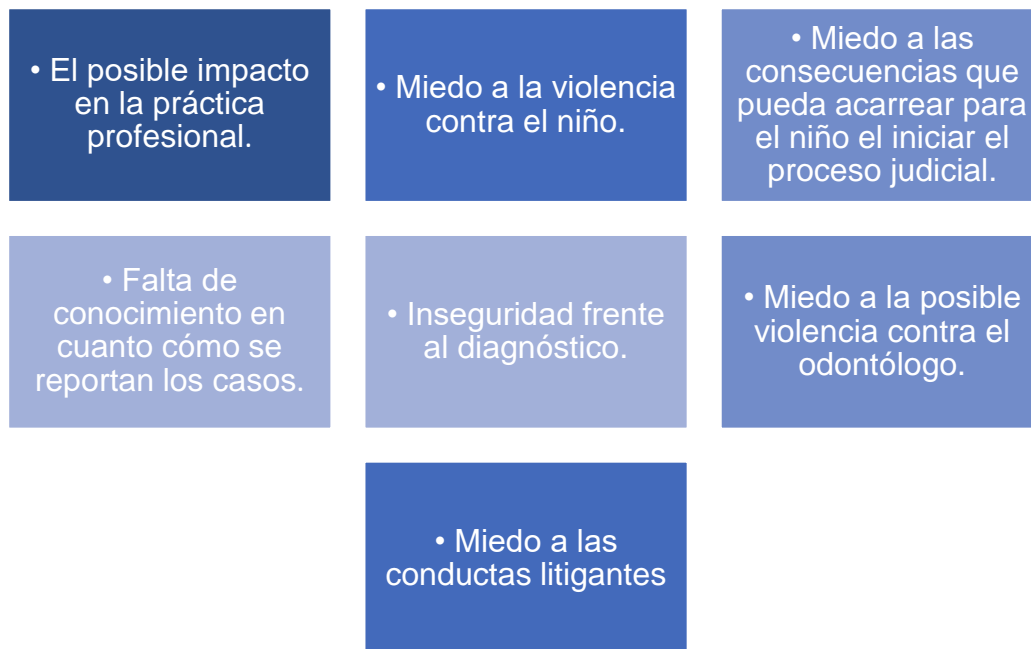
Cuadro 18 Técnicas de manejo

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista Académica Mexicana de Odontología Pediátrica. 2014 junio; 26(2).

Estas técnicas son empleadas en manejo de niños maltratados, ya que las técnicas de restricción física puedan afectar en el desarrollo del tratamiento a realizar y en su salud mental de nuestro paciente, con repercusiones en la salud emocional y psicológica.

La responsabilidad del odontólogo frente a una situación de maltrato se basa en realizar una historia clínica minuciosa, complementar con fotografías, diagnóstico diferencial correcto y elaborar una parte de lesiones. Es un documento descriptivo que forma parte de la historia clínica, es un documento legal que va a describir las características de las lesiones encontradas ⁽⁴⁾.

El siguiente paso es remitir el caso a un profesional de la salud advirtiéndole de la sospecha de maltrato, quienes tienen la obligación de denunciar y llenar los formularios donde indiquen la sospecha o confirmen el maltrato. La denuncia del caso es necesaria para realizar una intervención oportuna además de ser una obligación legal y profesional. Los factores que influyen directamente con el odontólogo al sospechar y realizar el reporte del caso son:



Cuadro 19 Factores que influyen en el odontólogo

Fuente: Porro Pérez R. LGE, MPEM, PdPP. Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso. Organización colegial de dentistas de España. 2019 Septiembre; 24(3).

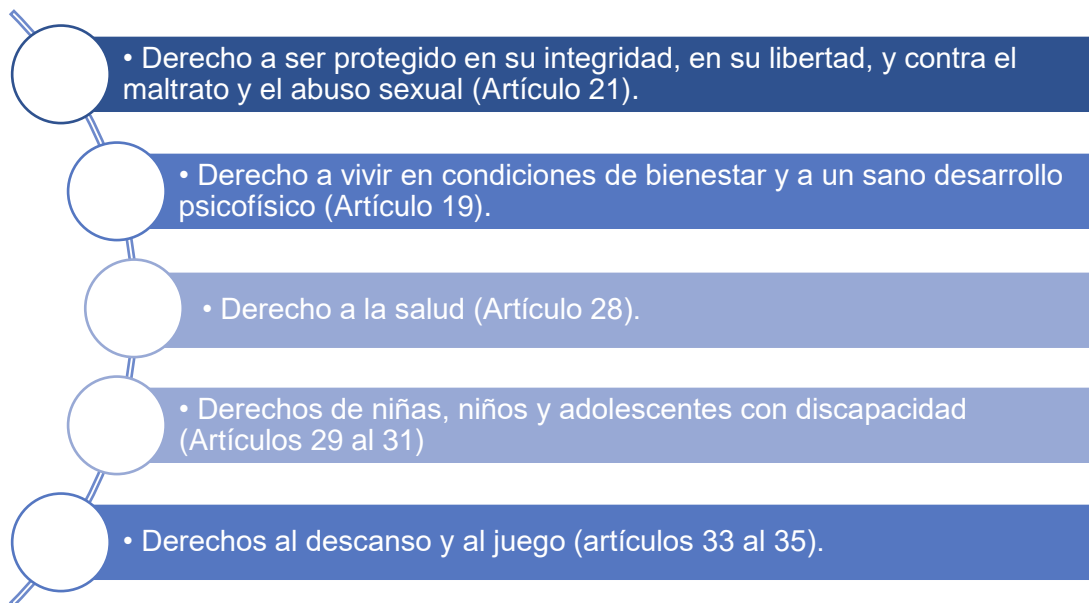
Después de remitir a la autoridad correspondiente, que será la responsable de la investigación, asignándola a un médico o a un odontólogo forense para validar las lesiones encontradas. El odontólogo no debe sacar conclusiones rápidamente sobre los hechos, o especular o acusar a cualquiera. Es un grave error identificar o definir de manera rápida al responsable del maltrato ⁽¹⁸⁾.

Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención en especial con la protección del niño. Tener que ser accesible y receptivo, escuchar con atención y con seriedad, registrar textualmente la historia cuidadosamente todo lo que le confían.

9 ASPECTOS LEGALES

En 2013, en el Diario Oficial de la Federación se publicó la Ley General de Víctimas donde garantizan los derechos de las víctimas y el acceso a los bienes y servicios públicos, obligando a todas las autoridades de los tres poderes constitucionales, así como cualquier dependencia, organismos o institución pública o privada que vele por la protección de las víctimas ⁽⁹⁾.

La Reforma Constitucional creó la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, en donde se debe proteger el ejercicio de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, como en el ámbito público como privado. Los derechos reconocidos en ésta ley son:



Cuadro 20 Derechos de los niños

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología Pediátrica: Caso Puebla. Revista Académica Mexicana de Odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

Los odontólogos pueden detectar las situaciones de riesgo en los niños, al crearse un lazo de confianza entre ellos dos y es cuando el profesional de la salud tiene el papel principal en la prevención y diagnóstico. Se debe tomar en cuenta el paso tan importante que dio el niño al confesar algo tan íntimo y su necesidad de ser reconfortado. La actitud del odontólogo tiene que ser de escucha activa tanto como a un adulto como con un menor ⁽²⁴⁾.

Como paso siguiente se debe realizar una primera entrevista con los padres o cuidadores procurando tener en cuenta los siguientes puntos:

- | | |
|---|--|
| 1. La entrevista se llevará en privado. | 2. Asegurar la confidencialidad. |
| 3. Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica. | 4. Actitud no castigadora o juzgadora. |
| 5. Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal. | 6. No insistir en preguntas que no quieran responder |

Cuadro 21 Puntos clave en la anamnesis

Fuente: Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología pediátrica: Caso Puebla. Revista Académica Mexicana de Odontología pediátrica. 2014 junio; 26(2).

En 2005 en el Diario Oficial de la Federación aparecieron las modificaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que finalmente quedo como NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres ⁽²⁷⁾.

El formato para realizar la denuncia legal es el que se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(APENDICE INFORMATIVO 1)

Folio _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____

Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Cama _____ Fecha de elaboración _____

Día _____ Mes _____ Año _____

Usuario (a) o afectado (a) de violencia _____ Sexo _____

M _____ F _____

Nombre (s) _____ Edad _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Domicilio _____

Domicilio _____ Calle _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Barrio o colonia _____

Localidad _____ Municipio _____ Entidad federativa _____

Fecha de atención médica _____ Hora de recepción del usuario (a) afectado (a). _____

Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico (s) _____

Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____

Plan:

a) Farmacoterapia _____

b) Exámenes de laboratorio _____

c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso:

Área de trabajo social _____ Área de psicología _____

Área de medicina preventiva _____ Área de asistencia social _____

Pronóstico _____

Notificación de _____ Agencia del Ministerio Público

Dirección General de Información y Comunicación
Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y cargo del receptor _____

Imagen 11 Formato de la NOM-046-SSA2-2005

Fuente: CNDH. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR., 2005..

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Folio

Unidad Médica					Institución		
Nombre							
Localidad	Municipio			Entidad			

USUARIO (A) AFECTADO (A)	1. Nombre		3. Edad	4. Sexo	5. Está embarazada	6. Discapacidad	7. Derechohabencia
	Apellido Paterno Materno Nombres)		años	1. Masculino 2. Femenino	1. sí 2. no	1. sí 2. no	1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEGURO POPULAR 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SECMAR 7. OTRO 8. NO
	2. CURP						

EVENTO MAS RECIENTE	8. Domicilio		Calle		Número Exterior	Número Interior	Barrio o Colonia
	Localidad		Municipio		Entidad Federativa		

PROBABLE AGRESOR(A)	1. Fecha de ocurrencia		3. Prevalencia		5. Fue en día festivo		6. Sitio de ocurrencia
	Día Mes Año		1. Primera vez	2. Subsecuente	1. sí 2. no		1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte 4. Calle 5. Transporte público 6. Automóvil particular 7. Centro de trabajo 8. Otro especificar
	2. Tipo de violencia		4. Día de la semana en que ocurrió				

ATENCIÓN	1. Física 2. Sexual		1. Lunes 2. martes 3. miércoles 4. jueves				
	3. Psicológica 4. Abandono		5. viernes 6. sábado 7. domingo				
	7. Consecuencia Resultante		8. Agente de la lesión		9. Lugar del cuerpo afectado		

ATENCIÓN	1. Contusión		1. Fuego, flama, sustancia caliente		1. Cabeza o cuello		
	2. Luxación		2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas		2. Cara		
	3. Fractura		3. Objeto punzo-cortante		3. Brazos y manos		

ATENCIÓN	1. Edad		2. Sexo		3. Parentesco con la o el afectado		
	Años		1. Masculino 2. Femenino		1. Padre 2. Madre 3. Padrastro 4. Madrastra 5. Cónyuge o pareja conviviente 6. Otro pariente 7. novio o pareja eventual 8. Sin parentesco - conocido 9. Sin parentesco - desconocido		
	1. Fecha de ocurrencia		3. Atenciones Otorgadas		3. Destino después de la atención		

ATENCIÓN	Día Mes Año		1. Tratamiento médico		1. Domicilio		
	2. Servicios de atención		2. Tratamiento quirúrgico		2. Consulta externa		
	1. Consulta externa		3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico		3. Hospitalización		

ATENCIÓN	2. Urgencias		4. Otro		4. Traslado a otra unidad médica		
	3. Hospitalización				5. Grupos de autoayuda mutua		
	4. Otros servicios				6. Refugio o albergue		

ATENCIÓN	Notificación fecha		Día Mes Año		7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual		
					8. DIF		
					9. Otro		

Notificante Nombre	Firma
--------------------	-------

FORMATO ESTADISTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

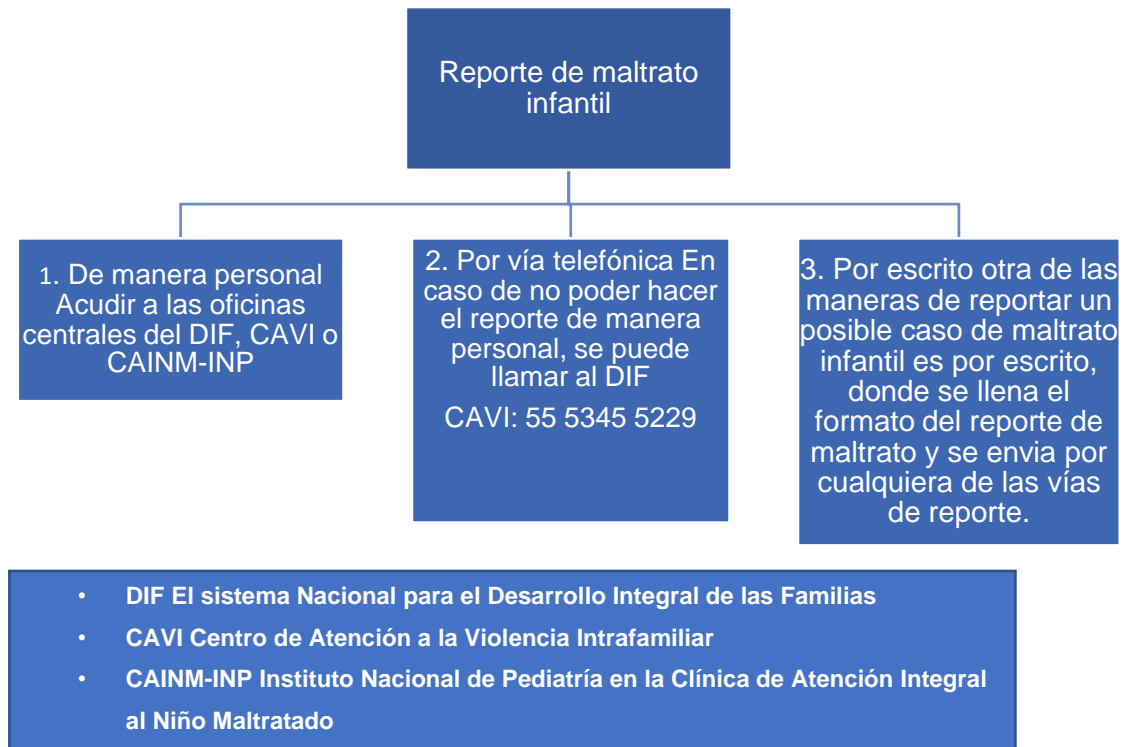
Integrado por: Subdirección de Informática Jurídica

Página 27 de 27

Imagen 12 Formato de la *NOM-046-SSA2-2005*

Fuente: CNDH. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR., 2005..

La notificación del caso es muy importante para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es además es una obligación legal y profesional. Existen tres formas de señalar un posible maltrato infantil en el consultorio.



Mapa conceptual 4 Reporte de maltrato infantil

Fuente: Loredó-Abdalá Arturo CMAFBZE, VFJ. Maltrato infantil: su estudio y manejo en el Instituto Nacional de Pediatría, México. Colombia Forense. 2016 Marzo; 3(1).

Considerando la posibilidad y necesidad de establecer una estrategia preventiva, en CAINM-INP, se ha realizado la búsqueda de una red familiar de apoyo que se encargue del menor mientras las condiciones de los padres permitan seguir gozando de su custodia ⁽²⁷⁾.

CONCLUSIONES.

El maltrato infantil ha sido un problema de Salud Pública desde hace varios años. Todos los profesionales de la salud están legalmente obligados a informar sobre la identificación de un posible caso de maltrato. En muchas ocasiones el propio profesional no continúa con la cadena de investigación del caso y en la mayoría de las ocasiones no llega a informar a las autoridades correspondientes porque no se tiene el conocimiento de cómo llevarlo a cabo.

Entre los profesionales de la salud se encuentra el odontólogo quien puede identificar las lesiones por maltrato infantil tanto intra como extraorales, por ejemplo, laceraciones, hematomas, fracturas, hematomas, entre otras.

La identificación por parte del odontólogo de estas manifestaciones consigue dar pauta a sospechar la presencia de ciertos tipos de violencia, debido a que este profesionista debe conocer tanto los signos como los síntomas que llegan a desencadenar un diagnóstico de sospecha.

Es de gran importancia dar a conocer al personal odontológico sobre el maltrato infantil de su identificación y de la actitud que se debe llevar sobre el proceso de notificación a las autoridades, lo que permitirá analizar si es conveniente implementar estrategias de intervención que faciliten su participación en la detección y prevención de abusos en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Stavrianos C. SP,VL,KA,TDySE. Physical child abuse: Acase report. Social . Sciences. 2011; 6(6).
- 2 Santana-Tavira R. SARyHBE. El Maltrato infantil: un problema mundial. . Salup pública de México. 1998 Enero-Febrero; 40(1).
- 3 Terán Bejarano María J. CdRIBPVM,ESMT,ESCA. Maltrato infantil y . trastornos clínicos post-violencia en niños menores de cinco años. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2022 Enero-Marzo; 7(1).
- 4 Porro Pérez R. LGE,MPEM,PdPP. Maltrato infantil y Odontología: de la . identificación al reporte del caso. Organización Colegial de Dentistas de España. 2019 Septiembre; 24(3).
- 5 Boj Quesada J.R. GBC,DIIPF,RAA. Aspectos Legales en casos de malos . tratos en Odontopediatria: Presentación de un caso clínico. Avances en Odontoestomatología. 1995; 11(1).
- 6 Rodríguez González Mónica LAA. Negligencia: Modalidad subestimada del . Maltrato al infante. Acta Pediatrica México. 2019 Marzo-Abril; 40 (2).
- 7 García Cruz AHGPCAO. Negligencia infantil: una mirada integral a su . frecuencia y sus factores asociados. Acta Pediatrica Mexicana. 2019 Julio-Agosto; 40(4).
- 8 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. . [Online].; 2020 [cited 2022 Febrero 15. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- 9 Loredó-Abdalá Arturo RARGMT. Maltrato infantil: Aspectos Jurídicos en . México. Gaceta médica de México. 2019: p. 629-634.

1 Gutierrez Vigo NLMAMGGFGNMJ. Metodologías innovadoras sobre
0 Maltrato infantil para una formación integral de los futuros Odontólogos
. Iberoamericanos. Revisión bibliográfica. Revista de Odontopediatría
Latinamericana. 2021 Julio-Diciembre; 11(2).

1 Díaz Huertas J. A. CFJ,GE,RDMA,EJ. Niños maltratados. Anales españoles
1 de Pediatría. 2000 Abril; 52(6).

.

1 Díaz Huertas José A. EGJSFJ,PMCGBF. Maltrato infantil: Detección,
2 notificación y registro de casos. 1st ed. Madrid: ubdirección General de
. Información Administrativa y Publicaciones; 2006.

1 M. Lívano Rosario VLSRMC. Forensic Psychological evaluations of child
3 sexual abuse: Process of disclosure and its chronicity in the Peruvian
. highlands. Revista española de medicina legal. 2021 Marzo; 47.

1 Doria Martínez Ana M. NCMI. La Odontología en el diagnóstico del Maltrato
4 infantil. Universidad Odontologica. 2016 Enero-Junio; 35(74).

.

1 Rodriguez- Gonzáles Mónica LA. Negligencia: Modalidad subestimada del
5 Maltrato al infante. Acta Pediatrica Mexicana. 2019 Marzo- Abril; 40(2).

.

1 Alma MGM. gaceta dental. [Online].; 2009 [cited 2022 Febrerp 7. Available
6 from: <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%2>

1 Velázquez Rodríguez DPCMMAGQLJ. Síndrome del niño maltratado:
7 Diagnóstico y manejo Odontológico. Reporte de un caso. Investigación
. materno infantil. 2018 mayo-agosto; 9(2).

1 De la Rosa Santana J. D. AAAk,RGEGFLVGGL. Child Abuse. A
8 bibliographical Review. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. 2020
. Enero-Marzo; 3(1).

1 Giacomo P. UNICEF. [Online].; 2018 [cited 2022 Marzo 15. Available from:
9 <https://www.unicef.org/mexico/protecci%C3%B3n-contra-la-violencia>.

2 Díaz Huertas José A. CFJGGERDMA,GJ. Atención al Maltrato infantil desde
0 salud mental. 12th ed. familia lmdmyl, editor. Madrid: B.O.C.M.; 2000.

2 BerásteguiPedro-Viejo Ana GBB. Los menores con discapacidad como
1 víctimas de maltrato infantil: Una revisión. Intervención Psicosocial. 2006
. Octubre; 15(3).

2 Pablo DD. Una revisión a la especial vulnerabilidad del menor con
2 discapacidad. Revista española de discapacidad. 2021 Mayo; 9(1).

2 Oliván Gonzalvo Gonzalo DIPSAC. Manifestaciones orales y dentales del
3 maltrato infantil. Revista Peditría atención primaria. 2021 Febrero; 23.

2 María MGA. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en
4 Odontología Forense. Gaceta dental. 2001 Noviembre: p. 36-48.

2 Sarli Rosana GSIRP. Maltrato infantil y la consulta Odontológica. Facultad
5 de odontología. 2013; 7(2).

.

2 Hachity Ortega J.A. HMEE. Protocolo sobre detección y manejo del Maltrato
6 infantil en Odontología Pediátrica: Caso Puebla. Revista Académica
. Mexicana de Odontología Pediátrica. 2014 junio; 26(2).

2 Loredó-Abdalá Arturo CMAFBZE, VFJ. Maltrato infantil: Su estudio y manejo
7 en el Instituto Nacional de Pediatría, México. Colombia Forense. 2016
. Marzo; 3(1).

2 CNDH. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA
8 FAMILIAR,. 2005..

.