

01421
231



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IDENTIFICACIÓN CLÍNICA
DE LAS MANIFESTACIONES OROFACIALES
DEL MALTRATO INFANTIL**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

Laura Edith Nava Noriega

DIRECTOR: C.D. RICARDO DEL PALACIO TORRES

MÉXICO, 2003.

Ricardo del Palacio Torres

TESIS CON
FALLA DE ORDEN



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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. GENERALIDADES	1
1.1. Definiciones.	1
1.2. Tipos y formas del maltrato infantil.	4
1.3. Aspectos básicos para el análisis del maltrato infantil.	6
1.4. Factores de riesgo del maltrato infantil.	8
2. IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS MANIFESTACIONES OROFACIALES DEL MALTRATO INFANTIL	11
2.1. Clasificación de las heridas.	11
2.2. Clasificación de las lesiones dentales.	15
2.3. Manifestaciones orofaciales del maltrato infantil.	18
2.4. Diagnóstico del maltrato infantil.	27
2.4.1. Principales indicadores a considerar.	28
2.4.2. Diagnósticos diferenciales del maltrato infantil.	31
3. CONDUCTA A SEGUIR POR EL ODONTOPEDIATRA ANTE UN POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL	36
3.1. Documentación del caso.	37
3.2. Instituciones que intervienen en la atención del niño maltratado.	40
3.3. Marco jurídico.	43
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mava Noriega
Laura Edith
 FECHA: 08/Octubre/03
 FIRMA: [Firma]

INTRODUCCIÓN

La presente tesina trata de un tema cuya importancia en el programa de estudios de esta carrera no es la que debería de tener. Sin embargo, es una circunstancia que puede ser identificada por el Cirujano Dentista u Odontopediatra si pone atención a sus manifestaciones, ya que la mayoría de las lesiones por maltrato infantil se presentan en cráneo y cara.

Aquí se presentan las principales formas de maltrato, los indicadores, la forma en que deben ser recopilados los datos, así como varios diagnósticos diferenciales.

Se pretende indicar la vital importancia de saber lo relacionado a este tema para reconocer un posible caso de maltrato infantil y diferenciarlo de alguna condición o traumatismo para evitar condenar a una familia injustamente o dejar pasar esta alteración y permitir con ello que siga padeciendo el maltrato.

Se incluyen las opciones que se tienen para derivar el caso a manos profesionales, en las cuales nos podemos apoyar para tratar que se resuelva el problema de la mejor manera para la familia involucrada. Igualmente se menciona el marco jurídico que incluye este tema y nos ayuda a poder saber como orientar al paciente a un seguimiento del caso con sustento legal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. GENERALIDADES

El maltrato infantil existe desde el inicio de los tiempos teniendo distintos enfoques a través de la historia del mundo. Actualmente el enfoque social que tiene es el de una gran preocupación, en el cual los profesionales de la salud están cada vez más interesados en el diagnóstico, demostración, tratamiento y reporte de los casos del maltrato infantil. Por lo que, es necesario saber lo esencial sobre este tema para poder actuar correctamente.

1.1. DEFINICIONES

Organización de las Naciones Unidas (ONU):

Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. ¹

El Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF):

UNICEF entiende a los menores víctimas del maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial. ²

¹ Perea-Martínez. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Boletín Médico del Hospital Infantil, México. Vol.58, Abril 2001. p. 253.

² Id.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil:

Una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas entidades y tiempos que afecten el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.³

El Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (DIF):

Un maltrato en el sentido amplio de la palabra donde se involucra no solo la agresión física, sexual o psicológica, sino también la falta de atención a sus necesidades vitales como son la alimentación, respuesta a sus dolores cuando enferman o al cuidado de su aseo y otras más.⁴

Marcovich Kuba J.:

Conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental, cometida por un adulto en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social.⁵

Montiel V. y col. :

Conjunto de lesiones orgánicas y/o psíquicas que se presentan en un menor de edad por acción directa no accidental, provocado por un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social.⁶

³ Ib. p. 254.

⁴ Id.

⁵ Id.

⁶ Id.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Osorio C.A.:

Persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas y mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo tengan relación con ella.⁷

Manterola A.:

Aquella circunstancia en que los menores de edad enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutada por actos de acción y omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o responsables de ellos.⁸

Loredo-Abdalá A.:

Es la forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales, de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión ya sea aislada o combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o los adultos estrechamente relacionados con la familia.

⁹ ¹⁰

Estas son las principales definiciones empleadas nacionalmente, y como se podrá notar tienen algunas variaciones, por lo que como un intento de unificar criterios y conformar una definición que pudiera usarse de manera universal, la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) propuso una que intenta abarcar todas las anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁷ Id.

⁸ Id.

⁹ Id.

¹⁰ Id.

¹⁰ Loredo-Abdalá. Maltrato al menor. Ed. Interamericana-Mc-Graw-Hill, México, 1994. p.9.

La **CAINM-INP** define el maltrato a un niño como:

Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor, antes o después de nacer y que afecte su integridad bio-psicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual. ¹¹

1.2. TIPOS Y FORMAS DEL MALTRATO INFANTIL.

Se consideran dos tipos de maltrato: intrafamiliar y extrafamiliar o social.

Dentro del maltrato intrafamiliar se encuentran el maltrato físico, negligencia, abuso sexual, fenómeno de privación emocional, síndrome de Munchausen, abuso fetal y ritualismo satánico. ¹²

El maltrato extrafamiliar incluye a los niños de la calle y en la calle, prostitución infantil, explotación en niños, maltrato escolar, abandono de menores, robo a menores, niños de la guerra, niños de la frontera, maltrato étnico y el exceso de violencia en los medios de comunicación. ¹³

Las formas del maltrato infantil son dos: la activa y la pasiva. La forma activa o de castigo físico es en la que se observan contusiones de diferente cronología, muchas de las cuales son cercanas entre sí y pueden ser causadas por un solo golpe o por golpes diferentes. Según Brown, ésta debe sospecharse cuando se presenta un niño de corta edad con algún traumatismo; un niño con historia de traumatismos múltiples; un niño con cicatrices múltiples; o un niño cuyos traumatismos no tienen relación con la

¹¹ Perea-Martínez Ob. cit .p. 254.

¹² Loredó-Abdalá. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. Boletín Médico del Hospital Infantil, México. Vol. 56. No. 2. Febrero, 1999. p. 130.

¹³ Grau Martínez. Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2000. p. 234 y 237.

historia de lo ocurrido. Esta forma a su vez se subdivide en aguda y crónica. En la aguda se encuentran las lesiones causadas en un solo castigo, pero exagerado. Y en la forma crónica las lesiones se deben a castigos reiterados y frecuentes por varios días.

La forma pasiva o de omisión de cuidados es en la que se encuentran estados severos de desnutrición, con peso y talla muy inferiores a los correspondientes a la edad del niño. Otra forma de omisión de cuidados es la negligencia en proporcionar las vacunaciones indicadas para proteger la salud del niño, o la negligencia en administrarle medicamentos indicados para el control de enfermedades agudas o crónicas.¹⁴

Como las formas más comunes del maltrato infantil se encuentran las lesiones cutáneas, las lesiones cefálicas y oculares, las lesiones viscerales, el ahogamiento, el envenenamiento, las quemaduras, la negligencia o abandono y el homicidio.^{15 16 17}

Dentro de la negligencia física se encuentra la **negligencia dental**, que ha sido definida por la **American Academy of Pediatric Dentistry** como:

El fracaso de un padre o tutor para solicitar y obtener el tratamiento adecuado y disponible para la caries, infecciones orales o cualquier otra condición de los dientes y sus estructuras de soporte, que: hagan difícil o imposible la rutina del comer; que causen dolor crónico; que retarden el crecimiento o desarrollo del niño; o que hagan difícil o imposible para el niño llevar a cabo sus actividades diarias como jugar, caminar o ir a la escuela.

¹⁴ Vargas-Alvarado. Medicina Forense v Deontología Médica. Ed. Trillas, México, 1991. p. 633 y 634.
¹⁵ Ib. p.235.

¹⁶ Loredó-Abdalá. Maltrato al menor: una urgencia....p.131 y 132.

¹⁷ Loredó-Abdalá. Maltrato al menor. p. 25-33.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los dentistas deben distinguir entre la ignorancia del padre o tutor acerca de la severidad del problema dental del niño y la omisión deliberada del cuidado por parte de éste.

Cuando los problemas bucales han sido diagnosticados y el tratamiento necesario se ha explicado claramente, cuando los obstáculos financieros y de transporte fueron eliminados, la ineficiencia de los padres por buscar todo lo necesario para el cuidado de sus hijos, debe ser considerado como negligencia.¹⁸

1.3. ASPECTOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DEL MALTRATO INFANTIL.

Para que el maltrato infantil sea dado es necesario que se presenten tres elementos que son: un niño especial, el agresor y un proceso determinante.

Un niño especial es aquel que presenta alguna situación que lo coloque en un alto riesgo de ser víctima de maltrato, como por ejemplo:

- a) Presentar una malformación física sin que importe su localización o gravedad.
- b) Presentar algún padecimiento crónico.
- c) Sufrir deterioro neurológico de grado y severidad variable.
- d) Ser un producto no deseado.

¹⁸ Jessee, Stephen. Risk factors as determinants of dental neglect in children. Journal of Dentistry for Children. January-February, 1998.

En cuanto al agresor se tendrá en cuenta la existencia de antecedentes de haber sido víctima de maltrato en cualquiera de sus formas, el consumo de alcohol y/o drogas y si es padrastro o madrastra. Tomándose estas situaciones también como factores de riesgo. A éste se le deben realizar estudios psiquiátricos y también es necesario que reciba tratamiento.

El fenómeno detonante es el que generalmente gira alrededor de los aspectos económicos, disfunción conyugal o el vivir en zonas de conflicto ambientales o bélicos.¹⁹

Los grupos humanos involucrados en el manejo del maltrato infantil son:

- a) El grupo médico y paramédico que podrán diagnosticar esta entidad.
- b) El Estado con su participación activa no solo en el tratamiento, sino posiblemente lo más importante, en su prevención.
- c) La sociedad participando de alguna forma en la atención integral de ésta condición.²⁰

¹⁹ Loredó-Abdalá. El fenómeno de maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. Boletín Médico del Hospital Infantil, México. Vol. 55. No. 7. Julio, 1998. p. 411.

²⁰ Loredó-Abdalá. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Boletín Médico del Hospital Infantil, México. Vol. 50. No. 12. Diciembre, 1993. p. 899.

1.4. FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO INFANTIL.

Los factores de riesgo generales en la infancia son:

- La carencia prolongada de necesidades básicas insatisfechas.
- El estilo de vida familiar condicionante.
- La inmadurez de los padres.
- El vínculo madre-hijo deficiente.
- Un niño incapacitado.
- Incompetencia del medio comunitario.
- Marginalidad.
- Irresponsabilidad del estado.²¹

Los factores de riesgo según el grupo etario son:

- Preconcepcionales:

- Falta de preparación de la pareja.
- Educación sexual.
- Planificación familiar.

- Prenatales:

- Embarazo no deseado, aborto, parto prematuro.
- Falta de medidas de seguridad social para la embarazada.

- Perinatales:

- Falta del vínculo madre-hijo inmediatamente después del parto.
- Falta de estimulación y/o lactancia materna.
- Falta de reconocimiento del padre.
- Barreras burocráticas en la inscripción del Registro Civil.

²¹ Grau Martínez, Ob. cit. P. 239 y 240.

- Lactante:

- No satisfacción de las necesidades básicas.

- Preescolar y escolar:

- Diserción escolar.
- Mendicidad, niños de la calle.
- Trabajo de menores.

-Adolescencia:

- Falta de comunicación con los padres.
- Mala ocupación del tiempo libre (pandillas, drogadicción y vagancia).
- Fuga del hogar.
- Trabajo de menores.²²

Los factores de riesgo según el entorno socioeconómico son:

- Situación privilegiada:

- Trabajo de la madre fuera del hogar.
- Desintegración familiar.
- Malformaciones e incapacidad.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Madre adolescente.
- Abandono forzado.
- Consumo, materialismo.
- Búsqueda de estatus.

²² Ib. p. 240.

- Situación no privilegiada:

- Pobreza, indigencia.
- Migraciones.
- Desocupación.
- Hacinamiento.
- Prostitución.
- Reinternaciones hospitalarias.²³

²³ Id.

TESIS CON
FALTA DE OPCION

2. IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS MANIFESTACIONES OROFACIALES DEL MALTRATO INFANTIL

2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS.

Es de gran importancia el saber diferenciar los tipos de heridas, ya que por lo general se pueden confundir y en caso de tener que realizar un reporte de ellas pueden causarse equivocaciones al comparar éste con los hallazgos encontrados físicamente.

Una herida es:

Un daño a los tejidos del cuerpo por una fuerza mecánica. Incluyendo golpear varias veces, dar puñetazos, patadas, morder, acuchillar, estrangular, balear, explosivos, caídas, lesiones por maquinaria y vehículos. ²⁴

Todas las heridas se clasifican en cuatro tipos principales:

ABRASIONES:

Es el tipo de herida más superficial, se le llama por lo regular raspadura o excoriación. Su característica es estar confinada a la epidermis, por lo que no es una lesión que ponga en peligro la vida. Como no penetra en la dermis, no debe sangrar. Aunque muchas de ellas en realidad presentan una hemorragia pequeña, debido a que las papilas dérmicas tienen una superficie corrugada bajo la dermis y al hacer un corte de poca profundidad se observan pequeños vasos sanguíneos.

La mayoría de estas heridas son causadas por un impacto tangencial, que roza y se desliza sobre la piel. Es más raro que sea de forma vertical, hacia abajo sobre la superficie, que deja una herida indentada o machacada.

²⁴ Knight. Medicina Forense de Simpson. Ed. El Manual Moderno, México, 1994, p. 73.

Todas las abrasiones pueden ser originadas por un objeto que roza la piel (como una mordida o un puñetazo) o porque el cuerpo golpea una superficie fija (como una caída o al ser arrojado al camino por un automóvil).

Pueden ser como un simple rasguño recto, llamado abrasión lineal, o comúnmente excoriación. Pero cuando la abrasión es amplia debe llamarse raspadura o abrasión en cepillo, comúnmente llamada raspón. Esta es causada al caer sobre el suelo con movimiento deslizante o al ser arrojado por un camino rugoso.

Es recomendable reconocer sus características, aunque no se pueda decir qué las causó. Cualquier forma de los objetos deja abrasiones con características detectables, por ejemplo, líneas en mosaicos del piso, dobleces de la correa de un látigo, o las cerdas duras de un cepillo para el cabello.

MAGULLADURAS O CONTUSIONES:

Las magulladuras son causadas por golpes contusos a los tejidos con daño a los vasos sanguíneos por debajo de la superficie cutánea, permitiendo la salida de sangre en la región que los rodea. La gran mayoría se observan bajo la piel y las profundas se detectan en tejidos y órganos.

Su tamaño va desde unos milímetros hasta varios centímetros. Cuando son más pequeñas las hemorragias cutáneas son denominadas equimosis, y si son del tamaño de una cabeza de alfiler se llaman petequias. Al ser de estas dimensiones, rara vez son causadas por traumatismo directo, más bien son producidas por distensión venosa o defectos en la coagulación sanguínea.

Las contusiones se modifican conforme va pasando el tiempo y su posición varía con el movimiento de la colección de sangre entre los planos de los tejidos, bajo la fuerza de gravedad o por masaje muscular.

Puede ser leve o no presentarse en el momento del golpe, pero surgir o hacerse más prominente después de unas horas o de uno o dos días.

Las contusiones pueden presentarse junto con abrasiones o laceraciones; la misma fuerza traumática es capaz de producir más de un tipo de lesión. Además, cada tejido y parte del cuerpo tienen diferente grado de vulnerabilidad a las contusiones según la densidad del tejido. Por ejemplo, es muy difícil encontrarlas en la lengua y más fácilmente en las partes laxas de párpados o el cuello.

Algunas de ellas indican o sugieren la causa particular, como por ejemplo, la posición en la que se encuentran, como hileras múltiples de pequeñas contusiones discoides causadas por los nudillos al recibir un puñetazo.

Cuando estas lesiones son recientes se ven azul oscuro o púrpura, según la cantidad de sangre extravasada, la profundidad de la contusión y cualquier pigmentación de la piel subyacente, que puede oscurecerla. Conforme pasa el tiempo la contusión cambia de color, debido a la degradación química de la hemoglobina. Varía de azul-pardo-amarillo y al final regresa al color normal, pero la velocidad de estos cambios es poco predecible. Cuando es pardo-verde-amarillo no puede haber sido inflingida en las 24 horas previas, por lo que no está relacionada con una lesión reciente.

En personas jóvenes y adultos sanos se resuelven con más rapidez. En general, en una persona sana, estos cambios ocurren en una semana, aunque algunas se desvanecen en 72 horas. Cuando son extensas y profundas toman algunas semanas, incluso en niños sanos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reconocerlas según sus diferentes colores en una misma persona significa que fueron efectuadas en distintos momentos, a menos que su gravedad sea diferente. Esto es realmente importante en el caso del maltrato infantil, dado que una de las características es la lesión repetida, junto con la excusa de los familiares de que fue un accidente el que las ocasionó.²⁵

LACERACIONES:

La laceración casi siempre es el tipo de lesión más peligrosa, regularmente se le llama incisión o cortada, aunque también puede aplicarse a lesiones incisivas.

Es una lesión abierta o desgarrada causada por un golpe contuso que atraviesa el grosor completo de la piel y por tanto sangra de forma profusa.

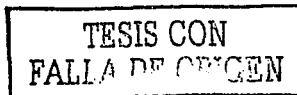
Se deben al impacto de un instrumento romo, en especial sobre áreas donde hay soporte interno de hueso. Por lo que son muy comunes en piel cabelluda, cara, codos, rodillas, etc.

Por lo regular los bordes de esta herida están rasgados debido a que se rompen al separarse cuando la laceración ha sido causada por un objeto de forma regular sobre un hueso subyacente; así los bordes de pueden apreciarse como un corte agudo y confundirse con una incisión.

Partes de tejidos como nervios, cabellos, bandas fibrosas y vasos, se aprecian en la parte profunda de la herida, mientras que cuando es debida a un instrumento cortante se observa limpia.²⁶

²⁵ Ib. p. 76.

²⁶ Ib. p. 82.



INCISIONES:

Son lesiones de corte agudo de cuchillos, pedazo de vidrio, bordes de metal, y cualquier otro objeto con orilla cortante. Incluso un papel duro o pasto pueden causar una incisión ligera. El borde de la herida varía según lo filoso del instrumento que la causa.

Las incisiones son de dos tipos principales, además del tipo de arma usado:

- Heridas cortantes: Cuando la longitud es mayor que la profundidad y se observa en lesiones por accidente o en una pelea con cuchillos.
- Heridas penetrantes: Cuando la profundidad es mayor que la longitud y se produce por cualquier arma filosa como cuchillo, cincel, bayoneta, espada o tijeras; o también por objetos romos como destornilladores, limas, etc. Y en casos accidentales pueden deberse a objetos como varillas de metal, rieles o astillas de vidrio.²⁷

2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DENTALES.

La siguiente clasificación está basada principalmente en consideraciones anatómicas y terapéuticas. Y puede aplicarse tanto a la dentición primaria como a la dentición secundaria.

LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA:

- Fractura incompleta (infracción): Fractura del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

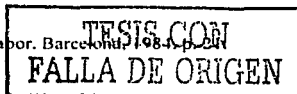
²⁷ Ib. p. 84.

- Fracturas no complicadas de la corona: Fractura limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina, pero sin exponer la pulpa.
- Fractura complicada de la corona: Afecta al esmalte, a la dentina y expone la pulpa.
- Fractura no complicada de corona y raíz: Afecta al esmalte, a la dentina, al cemento, pero no expone a la pulpa.
- Fractura complicada de la corona y raíz: Afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y expone la pulpa.
- Fractura de la raíz: Afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa.²⁸

LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES:

- Concusión: Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.
- Subluxación (aflojamiento): Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal, pero sin el desplazamiento del diente.
- Luxación intrusiva (dislocación central): Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial): Desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.

²⁸ Andreasen. Lesiones traumáticas de los dientes. Ed. Labor. Barcelona, 1984, p. 20



- Luxación lateral: Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Esto se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Exarticulación (avulsión completa): Desplazamiento completo del diente fuera del alvéolo.²⁹

LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN:

- Conminución de la cavidad alveolar: Compresión de la cavidad alveolar, se presenta junto con la luxación intrusiva o lateral.
- Fractura de la pared alveolar: Fractura limitada a la pared del alvéolo vestibular o lingual.
- Fractura del proceso alveolar: Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar la cavidad alveolar.
- Fractura de la mandíbula o del maxilar: Fractura que afecta la base de la mandíbula o del maxilar y con frecuencia al proceso alveolar. Puede o no afectar a la cavidad dental.

LESIONES DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA ORAL:

- Laceración de la encía o de la mucosa oral: Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento, y generalmente causada por un objeto agudo.
- Contusión de la encía o mucosa bucal: Golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente una hemorragia en la submucosa.

²⁹ Ib. p. 25

- Abrasión de la encía o de la mucosa bucal: Abrasión de la encía o de la mucosa oral. Herida superficial producida por raspadura o desgarro de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.³⁰

2.3. MANIFESTACIONES OROFACIALES DEL MALTRATO INFANTIL.

Las lesiones orofaciales presentes en los niños maltratados varían de forma impresionante, debido a la gran cantidad de objetos que puede tener el agresor a mano en el momento de la agresión, y de igual forma la variedad de lugares en los que el maltrato puede ocurrir. Sin embargo, se tratarán las manifestaciones más frecuentes.

Las lesiones del maltrato infantil son inflingidas de modo voluntario y algunas son el resultado de un castigo inapropiado para la edad, el estado o nivel de desarrollo del niño.

Las lesiones físicas más comunes son las equimosis, las magulladuras en la piel, las fracturas, las quemaduras y las laceraciones de los tejidos. Aproximadamente un 50% de los malos tratos físicos causan lesiones en la cabeza y en la cara de los niños, que pueden ser detectadas por los Odontólogos; un 25% de las lesiones se encuentran en la boca o cerca de ella.³¹

³⁰ Ib. p. 26.

³¹ Mc Donald. Odontología pediátrica y del adolescente. Ed. Mosby / Doyma Libros. Madrid, 1995. p. 26.

Los golpes son una de las formas principales de agresión y como ya se mencionó pueden aplicarse con cualquier objeto e incluso con la mano misma, con puntapiés, o hasta azotar al menor contra las paredes o el suelo. Causando así, desde contusiones hasta fracturas de grado, intensidad y localización diversos.

La intensidad de las lesiones se clasifica en cuatro grados, tomando como base el sitio donde pueden atenderse:

- Grado 1: en el hogar.
- Grado 2: atención primaria en el hospital y recuperación en casa.
- Grado 3: hospitalización hasta alcanzar la total recuperación.
- Grado 4: causan la muerte.³²

Las manifestaciones orofaciales más frecuentes son las siguientes:

LESIONES FACIALES:

- **Hematomas:** Generalmente se presentan de forma bilateral. Los que se presentan de diferente color indican lesiones inflingidas en distintas ocasiones. Es posible encontrar hematomas del tamaño de la yema de los dedos, especialmente sobre protuberancias óseas como la frente, los pómulos, cejas y la mandíbula.
Pueden ser causados por golpes con el puño, bofetadas, con escobas o con cualquier otro objeto. También se llegan a observar huellas de los dedos en las mejillas al tomar al niño fuertemente para obligarlo a comer.

³² Loredo-Abdalá, Maltrato al menor. p. 24 y 31.



- **Quemaduras:** Aunque las más comunes son realizadas con objetos sólidos calientes, pueden ser causadas por líquidos hirviendo, utensillos de cocina, planchas o con cigarrillos. La mayoría de las quemaduras presentan la forma del agente que las causa y usualmente no presentan ampolla.

Los cigarrillos causan una lesión circular característica, que cuando es reciente es en carne viva, con exudado, cubierta con el tiempo por una escara, que posteriormente deja una cicatriz con depresión y rugosidad.³³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³³ Andlaw. Manual de Odontopediatría. ED. Mc. Graw- Hill Interamericana. México, 1999. p. 261.

- **Mordeduras:** Generalmente se localizan en las extremidades o en otras partes ocultas, debido a que el agresor trata de disfrazarlas para no ser descubierto fácilmente; pero algunas veces se encuentran en sitios prominentes y descubiertos como nariz, orejas, mejillas y labios.³⁴

Las mordidas pueden aparecer raspadas, contusas o rara vez laceradas. Se caracterizan por dos contusiones curvas opuestas que se observan en la piel y puede haber abrasiones por raspado, a veces debidas a dientes espaciados.³⁵

Casi siempre se presenta la excusa de que la lesión fue hecha por otros niños de la familia o por el perro mascota, aunque Vargas-Alvarado menciona que las mordidas suelen ser características de la agresión de la madre. Estos alegatos se resuelven al medir el tamaño y la forma del arco dental.

- **Fracturas:** Son causadas generalmente por patadas, las cuales son una combinación de abrasiones, contusiones y a veces laceraciones. Son más graves que los golpes, aunque éstos también pueden causar una fractura, debido al impulso pesado de una pierna en movimiento y frecuentemente a la dureza de la punta de una bota o zapato. En la cara producen fractura nasal, cigomática, mandibular, maxilar, pérdida dental y contusiones del tejido facial.³⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁴ Correa Ramírez. Estomatología Forense. Ed. Trillas, México, 1990, p. 33.

³⁵ Knight. Ob. cit. p.89.

³⁶ Ib. p. 92.



- **Lesiones oculares:**

El hematoma periorbitario llamado comúnmente ojo negro, puede ser resultado de un puñetazo al ojo o deberse a una lesión en la parte alta de la piel cabelluda, por lo que adquiere una gran importancia en la sospecha de fractura de cráneo.³⁷

A veces un traumatismo ocular que ocasiona un derrame sanguíneo, puede complicarse con un proceso infeccioso intracraneal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁷ Ib. p. 77.



La posibilidad de que cuando haya una hemorragia intracraneal también esté presente una hemorragia intraocular es muy factible, debido a que el mecanismo de acción es el mismo. Este puede ser por un impacto en la cabeza o simplemente por una sacudida vigorosa a un pequeño.

En estos casos puede haber no sólo hemorragia intraocular, sino también exudados retinianos, papiledema, desprendimiento de retina, desprendimiento del cristalino y retinopatía de Purstcher.³⁸

Más de la mitad de estas lesiones resultan en alteraciones visuales o daño permanente de la visión de uno o ambos ojos.

³⁸ Loredo-Abdalá, Maltrato al menor, p. 27.

LESIONES DE LA CAVIDAD BUCAL.

- En tejidos blandos:

Se presentan contusiones labiales cuando el agresor trata de callar al niño usando la fuerza, causando el desgarro del frenillo labial por bofetada.³⁹



También hay ruptura o desgarro del frenillo labial y laceraciones en la encía como resultado de alimentación agresiva con biberón o al forzar una cuchara en la boca del niño.⁴⁰

El paladar, la lengua y los labios pueden también ser lesionados por fluidos demasiado calientes o cáusticos, causándoles quemaduras.

³⁹ Vargas-Alvarado. Ob. cit. p. 633.

⁴⁰ Andlaw. Ob. cit. p. 261.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También se presentan abrasiones en las comisuras labiales y rasgado o ruptura del frenillo lingual.⁴¹



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En tejidos duros:

Son comunes los dientes fracturados, ausentes, desplazados, decolorados, con fractura alveolar, avulsionados y subluxados.

También puede haber, como ya se mencionó, fractura mandibular o maxilar.⁴²

Las lesiones dentales pueden ser resultado de traumatismos directos, como por ejemplo, al ser golpeado contra el suelo o contra una mesa o silla. Generalmente éste tipo causa lesiones en la zona anterior.

⁴¹ Jessee. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. Journal of Dentistry for Children. July-August, 1995. p. 247.

⁴² Saxe. Child abuse: A survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. Journal of Dentistry for Children. September-October, 1991. p. 363.

también pueden ser causados por un traumatismo indirecto cuando el arco dental inferior se cierra forzosamente contra el superior, lo que se ocasiona por un golpe en el mentón en una pelea o caída.

Este tipo tiende a ocasionar fracturas coronarias o coronorradiculares en las regiones molar y premolar, y la posibilidad de fracturas de los maxilares en las regiones condilares y en la sínfisis.⁴³



- **LESIONES POR DEFENSA:**

Cuando el ataque es por golpes, patadas o instrumento romo, están raspados con contusiones o lacerados el lado externo del antebrazo, el dorso de las manos y nudillos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴³ Andersen. Ob. cit. p.27, 35 y 36.

Los dedos pueden estar rotos, en un intento de la víctima por proteger su cabeza y cara de los golpes, los cuales después se observan en los brazos. Esto nos ayuda a confirmar un maltrato si nos fijamos en este detalle.⁴⁴

LESIONES POR NEGLIGENCIA:

Ausencia de atención dental previa, deficiencia en la higiene dental, caries extensas, enfermedad periodontal e infecciones no tratadas.⁴⁵

2.4. DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL.

Ninguna persona puede, individualmente, decidir lo que es un maltrato o abuso y lo que no lo es. Por lo que, la detección, tratamiento y la intervención de estos casos, es responsabilidad de un grupo multidisciplinario trabajando en conjunto. Proporcionando así, la mejor valoración y atención particular a cada caso.⁴⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁴ Knight. Ob. cit. p.92.

⁴⁵ Rupp. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. General Dentistry. January-February, 1998. p. 96.

⁴⁶ Mc Donald. Ob. cit. p. 25.

2.4.1. PRINCIPALES INDICADORES A CONSIDERAR.

Los principales indicadores para la sospecha de maltrato infantil son:

Indicadores de sospecha:

- **En la familia:**
 - a) Antecedentes de maltrato en un familiar.
 - b) Alcoholismo y/o drogadicción en algún miembro de la familia.
 - c) Convivencia con padrastro o madrastra.
 - d) Antecedentes penales en algún miembro de la familia.

- **En el menor:**
 - a) Producto no deseado o aceptado.
 - b) Higiene inadecuada.
 - c) Inmunizaciones incompletas o ausentes.
 - d) Retardo en solicitar atención médica.

- **Indicadores de probabilidad:**
 - a) Solicita la atención médica un familiar externo al núcleo familiar o un extraño.
 - b) Presencia de cicatrices o lesiones antiguas.
 - c) Desnutrición de grado variable sin causa aparente.

- **Indicadores de convicción:**
 - a) El menor describe el evento más un dato físico.
 - b) El agresor acepta su culpabilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- c) Lesión traumática o quemaduras sin explicación convincente.⁴⁷
- d) Hay datos radiológicos o gammagráficos de fracturas u otras lesiones óseas de antigüedad y localización diversa.⁴⁸

Hay indicadores directos, que nos orientan claramente hacia la existencia de una situación de maltrato y admiten un escaso margen de dudas, como por ejemplo, el relato del niño en sus propias palabras con ciertos detalles, que nos hacen saber que sólo él tiene acceso a esa información.

Otro ejemplo de estos indicadores son las lesiones, ya que algunas son muy características y apuntan directamente a una situación de maltrato.

Los indicadores indirectos sí ofrecen dudas. Por lo general hay un conjunto de elementos que hace surgir la sospecha de maltrato en el observador y, al mismo tiempo, temer que frente a una pregunta que sugiera maltrato, éste sea negado.⁴⁹

Los factores que nos ayudan a distinguir entre un caso de maltrato infantil o un accidente son:

- **La historia:** ¿Concuerda la historia del accidente dada por el niño con la dada por el padre?.
- **Circunstancias de la herida:** Identificar si coincide la herida con lo que nos cuentan que sucedió.

⁴⁷ Loredo-Abdalá. Maltrato al menor: una urgencia médica.... p. 131.

⁴⁸ Comité de Expertos sobre el maltrato al menor. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. Boletín Médico del Hospital Infantil. México. Vol. 56. No. 3. Marzo, 1999. p. 196.

⁴⁹ Grau Martínez. Ob. cit. p. 249.

- **Comportamiento del niño:**
 - Es pasivo y evita enfrentarse a los padres, aún con la mirada.
 - Es muy irritable, agresivo e hiperactivo.
 - Asume un papel de sobreprotegido con los padres.
- **Conducta de los padres:**
 - Indispuesto a dar una explicación del accidente.
 - Excesivo cuidado o aparente sobreprotección en un niño con estigmas de maltrato, o que raramente demuestran rechazo del menor delante del médico, debe ser considerado como una farsa.⁵⁰
- **Una lesión con un patrón definido:** Por ejemplo la quemadura característica de un cigarrillo.
- **Reportes de accidentes previos.**
- **Un retraso en la solicitud de asistencia médica mayor a 24 horas.**
- **El que solicita la atención es una persona no emparentada y usualmente no es el perpetrador de la agresión y por lo tanto no tiene miedo de ser acusado de maltrato infantil.**
- **El abuso es atribuido a otra persona, por ejemplo, una pelea con otro niño es una buena excusa para el incidente.**
- **Hay una falta de interés hacia el niño por parte del padre o tutor.⁵¹**

⁵⁰ Loredó-Abdalá. Maltrato al menor. p. 33 y 34.

⁵¹ Rupp. The dentist's role in reporting suspected child abuse and neglect. *General Dentist*. May-June. 2000. p. 3-40.



2.4.2. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DEL MALTRATO INFANTIL.

Aunque en la mayoría de los casos, es evidente el cuadro clínico, es necesario realizar una buena historia clínica para establecer el diagnóstico diferencial en la búsqueda de algún otro padecimiento del paciente, y así evitar dar un diagnóstico erróneo de maltrato infantil que pueda causar problemas sociales y jurídicos a los padres o supuestos agresores, además de una angustia injustificada del niño al ver a su familia en estos problemas.

Por otro lado hay que tener presente la posibilidad de que la lesión sea causa de un accidente, como por ejemplo, los niños de edad escolar tienen frecuentes accidentes en el patio de juegos como caídas que causan fracturas de la corona dental. También en ésta edad son comunes los accidentes de bicicleta, los cuales causan fracturas de la corona dental en uno o varios dientes, lesiones del labio superior y de la barbilla.

Las lesiones en la segunda década de la vida se deben a menudo a la práctica deportiva como el atletismo, el hockey sobre hielo, fútbol, béisbol, baloncesto, rugby y lucha libre.

Por ejemplo, los que practican equitación tienen la posibilidad de chocar la cara con el cuello del caballo cuando éste salta y puede sufrir una luxación.

Otra probabilidad, es un accidente de automóvil, siendo el pasajero al lado del conductor, está especialmente expuesto a lesiones faciales, lesiones del hueso de sostén, de tejidos blandos del labio y del mentón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha encontrado una frecuencia muy alta de lesiones dentales en pacientes con discapacidad, lo cual puede ser relacionado con factores como la falta de coordinación motriz, el hacinamiento de gente en las instituciones y la epilepsia concomitante.⁵²

La caries de biberón es un tipo de caries, que es rampante que afecta principalmente los dientes anteriores superiores, los primeros molares superiores e inferiores y los caninos inferiores. Es causada por la exposición frecuente de los dientes del niño pequeño por periodos muy largos de tiempo a líquidos con alto contenido de azúcares. Esta situación puede causarse por ignorancia del padre o tutor, pero también puede ser causa de negligencia y por tanto ser considerada una forma de maltrato. Cuando ésta enfermedad persiste después de eliminar los obstáculos financieros y de transporte, es considerada negligencia dental.

El herpes labial puede confundirse con quemaduras químicas alrededor de la boca.

Fracturas en cualquier hueso, pueden ser confundidas con maltrato infantil.

Algunas condiciones con hallazgos radiológicos que semejan fracturas óseas intencionales son:

- Disostosis cleidocraneal.
- Encorvamiento congénito de la tibia.
- Sífilis congénita.
- Síndrome de DeLange (hipertrofia muscular infantil).
- Encondroma.
- Granuloma eosinófilo.
- Enfermedad de Gaucher.
- Síndrome de Hutchinson-Gilford.

⁵² Andreasen. Ob. cit. p.27-32.

- Hipofosfatasa.
- Hiperostosis cortical infantil.
- Síndrome de Menke.
- Neuroblastoma metastásico.
- Osteogénesis imperfecta.
- Osteoma osteoide.
- Osteomielitis
- Osteoporosis (Síndrome de pseudoglioma).
- Poliomielitis.
- Enfermedad de Rickets.
- Enfermedad de Scurvy.
- Artritis séptica.
- Fracturas por estrés.
- Quiste óseo unicameral.

Muchas condiciones dermatológicas semejan también maltrato infantil, por ejemplo, contusiones, cicatrices y piel que se recupera de manera inusual, además de malformaciones vasculares de la cabeza y cuello, son características de la enfermedad de Ehlers-Danlos.

Otra condición que puede confundirse son las manchas mongólicas, que son unas manchas de bordes bien definidos de color gris o azul, que se presentan en niños de razas de color en la espalda y extremidades inferiores por la parte posterior y que tienden a desaparecer con la edad.

Las condiciones que semejan cicatrices o contusiones que pueden malinterpretarse son:

- Dermatitis de contacto.
- Síndrome de Ehlers-Danlos.
- Eritema multiforme.
- Malformación vascular facial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Remedios de medicina popular.
- Hemangiomas.
- Hemofilia.
- Neuropatía sensoriales y autónomas hereditarias (anteriormente llamado insensibilidad o indiferencia congénita ante el dolor).
- Vasculitis hipersensitiva.
- Reacciones hipersensitivas.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Leucemia.
- Marcas mongólicas pigmentadas.
- Púrpura.
- Púrpura de Schölein-Henock.
- Deficiencia de vitamina K.
- Enfermedad de von Willebrand.

Las condiciones que semejan quemaduras intencionales en los niños son:

- Quemaduras por rizadoras de cabello.
- Epidermólisis bulosa distrófica.
- Remedios de medicina popular.
- Impétigo.
- Fitodermatitis.
- Quemadura por el sol.

Condiciones misceláneas que semejan maltrato y negligencia infantil son las siguientes:

- Hidrocefalia externa benigna de la infancia (Comunicación hidrocefálica benigna de la infancia o síndrome de Shwachman-Diamond); Semeja hematoma subdural.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Enfermedad de Caffey (hiperostosis cortical congénita): Semeja el síndrome del niño maltratado.
- Envenenamiento crónico por plomo: Presenta convulsiones y delirio desarrollando a veces somnolencia y coma.
- Enfermedad de Crohn: Semeja dolor abdominal crónico.
- Infecciones cutáneas: Semejan trauma cutáneo por maltrato.
- Fibrosis quística: Semeja fracaso en el crecimiento.
- Dentinogénesis imperfecta: Semeja negligencia dental.
- Remedio de medicina popular para la fontanela caída (Caída de mollera): Semeja quemaduras.
- Hipertensión: Semeja hemorragia ocular.
- Intoxicación: Semeja el síndrome del bebé sacudido.
- Meningitis: Semeja hemorragia ocular.
- Meningococcemia: Semeja dolores musculares y petequias.
- Espina bífida: Semeja una lesión intencional.
- Fenómeno tromboembólico: Semeja hemorragia ocular.⁵³

⁵³ Rupp. Conditions to be considered in the differential...

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

3. CONDUCTA A SEGUIR POR EL ODONTOPEDIATRA ANTE UN POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL.

El Odontopediatra o Dentista de práctica general tiene que realizar un expediente determinando el estado en el que se encontró al paciente al momento de acudir con éste, y en determinado momento que el caso proceda, la autoridad competente requerirá éste expediente clínico, por lo que es necesario realizarlo de la mejor forma posible y sin excluir nada que pudiera ser útil posteriormente.

El papel del Dentista en la identificación y el reporte del maltrato infantil incluye:

- Observar y examinar cualquier evidencia sospechosa que pueda averiguarse en el consultorio.
- Registrar, de acuerdo con la ley, cualquier evidencia que pueda ser útil en el caso, incluyendo evidencia física y los comentarios obtenidos al preguntar o entrevistar.
- Tratar cualquier lesión dental.
- Establecer y mantener una relación terapéutica profesional con la familia.
- Contener al niño que peligre y transferirlo a un hospital o médico para la atención adecuada.⁵⁴

⁵⁴ Saxe. Ob. cit. p. 362.

3.1 DOCUMENTACIÓN DEL CASO.

Se debe realizar una historia clínica completa en la que se incluya la fecha de la presentación del paciente, su número de expediente, el nombre completo del niño, su dirección, teléfono, fecha de nacimiento y escuela a la que acude.

El nombre completo del profesional y su teléfono también deben incluirse en caso de que la autoridad competente necesite consultarlo.

Se anota el nombre completo de los padres y su ocupación. Se necesita incluir los antecedentes del niño y de los padres para poder reconocer algún factor de riesgo de maltrato infantil.

Se indica el motivo de la consulta dada por la persona que lo lleva al consultorio.⁵⁵

Desde el momento que llega el paciente debe observarse su marcha, comportamiento, su aseo personal y la ropa que lleva, puesto que si usa prendas inadecuadas para la época del año, puede sospecharse negligencia o por ejemplo, si es época de calor y el niño lleva manga larga, puede ser que tenga lesiones en los brazos que el acompañante quiera ocultar.

Se pregunta de forma amable y sin confrontar a el acompañante, la historia de la lesión. De manera que no se hable directamente de la sospecha del maltrato infantil.

⁵⁵ Ib. p. 363.

Se realizan preguntas abiertas, quien estuvo presente durante la lesión, dónde y cuando ocurrió, etc. Cuando se ha obtenido la información suficiente para sospechar un posible maltrato o abandono, se deben interrumpir las preguntas detalladas.⁵⁶

Se hace también, separado de los padres o acompañante, una entrevista al niño de lo ocurrido, sin hostigarlo y si él hace énfasis en que fue maltratado hay que escucharle y apoyarle.

Se anotan ambas historias en las propias palabras de los entrevistados y se reconocen las discrepancias entre ellas y las lesiones presentes.

El examen odontológico debe incluir todas aquellas partes que puedan observarse sin tener que desvestirse, y como ya se mencionó, comienza desde que el paciente entra a consulta.

Se revisan y se describen cada una de las lesiones presentes que pudieran hacer sospechar de maltrato, su exacta localización, su tamaño, el número de ellas, su color y condición.⁵⁷

⁵⁶ Mc Donald. Ob. cit. p.28 y 29.

⁵⁷ Von Burg. A statewide survey of dentists' knowledge of abuse. Journal of Dentistry for Children. Special Issue, July-October, 1993. p. 323.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si se tiene a la mano una cámara, se toman fotografías. Estas deben tener el nombre del niño y la fecha de la consulta. Se necesita incluir una regla para establecer el tamaño de la lesión, también es bueno incluir una escala de color junto al área para así facilitar la identificación de la fecha en que fue producida, lo que la causó y hasta al agresor (como en el caso de las mordidas). Una cámara de 35 mm provee la mejor fotografía.

Se recomienda tomar una fotografía completa del niño y luego un acercamiento de la lesión o herida.

Si no se cuenta con una cámara, se realizan dibujos de las lesiones con los requerimientos antes mencionados.

Las radiografías son valiosas debido a que pueden identificar fracturas sospechadas, algunas no detectadas y documentar lesiones realizadas en diferentes momentos. Además de que nos ayudan a localizar algún objeto extraño que, al momento de la lesión pudiera haberse alojado en tejido blando.

Tanto las fotografías como las radiografías deben ser autorizadas por el acompañante.

Se registra la actitud de los padres y del niño durante la consulta. Se tienen que solicitar los datos del pediatra o médico familiar y con el consentimiento de los padres se realiza comunicación con éste para consultar el caso y obtención de información necesaria del niño, además de discutir la sospecha de maltrato.⁵⁸

Se registra la opinión del Dentista sobre el caso y se firma. También debe ser firmada por los padres o el acompañante y si fuera posible por un testigo.

⁵⁸ Saxe. Ob.cit. p. 364.

Se debe realizar el tratamiento dental requerido y si es necesario, se remite al niño a un hospital para su atención médica.

No debe tratarse de resolver el caso. Hay que dejar que la agencia de investigación realice su trabajo. Y en el caso en el que el paciente ha tenido la confianza de contar los detalles del maltrato, hay que hacerle saber que hizo lo correcto al decirlo. Además es importante no hacer promesas al niño y a la familia que no se puedan cumplir.

3.2. INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO.

Entre las principales instituciones que atienden la problemática del maltrato infantil se encuentra el DIF que sitúa sus acciones de manera vinculada en tres áreas que son:

- a) Asistencia y rehabilitación.
- b) Investigación.
- c) Prevención.

Del área de asistencia y rehabilitación, los procedimientos específicos son:

- a) Recepción de las denuncias.
- b) Verificación y detección del caso.
- c) Canalización a las áreas jurídica, médica y de trabajo social para efectos de sus respectivas competencias.

Las denuncias son recibidas en la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Aquí se distingue la denuncia según su procedencia en institucional, anónima y confesión voluntaria.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las denuncias institucionales proceden de escuelas, de instituciones médicas, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, del Departamento del Distrito Federal, de Centros de Desarrollo de la Comunidad del DIF, de centros familiares y otros.

Las vías de denuncia pueden ser telefónicas, escritas o directas.

Después de la verificación de la denuncia, se realiza la investigación inicial. Si esta denuncia no resulta cierta según lo que indica la verificación, se archiva; pero si es real, se debe canalizar a tres áreas, jurídicas, médica y social.⁵⁹

En el área jurídica se da aviso al Ministerio Público de los casos comprobados de maltrato infantil, se establece el antecedente de los padres, tutores o responsables y se puede abordar lo relacionado con la tutela del menor.

En el área médica se le da la atención de esta naturaleza que el niño requiera. Posteriormente en la clínica del niño maltratado se le dará la atención integral correspondiente.

En el área social, cuando el caso no presenta el diagnóstico de maltrato físico, se brinda orientación general sobre el asunto. Cuando es necesario un albergue temporal, se tramita y cualquier coordinación necesaria para atender al menor se lleva a cabo en esta área.

La investigación se realiza por el seguimiento de casos particulares que permitan observar los elementos que influyan o puedan influir en el problema, con objeto de estudiar y proponer las mejores soluciones.

Para la prevención de esta situación se realizan programas concretos encaminados a la promoción del bienestar social.⁶⁰

⁵⁹ Loredo-Abdalá. Maltrato al menor. p. 122.

⁶⁰ Id.

En mayo de 1983 se instaló en México un Consejo Consultivo para las Acciones en Beneficio del Menor Maltratado, con el fin de encontrar mejores soluciones para este problema. Este consejo es un órgano interdisciplinario e interinstitucional formado por los organismos que integran el sector salud, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Departamento del Distrito Federal. Así como por la Procuraduría General de la República, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.

El sector privado se encuentra representado por el Junior League, Padres Afectivos, Centros de Rehabilitación e Integración para Invidentes, Cruz Roja Mexicana, Cruz Blanca Neutral y Barra Mexicana de Abogados.

Este consejo se reúne para aportar medidas que modifiquen y enriquezcan las acciones relativas al maltrato infantil.

Dicho consejo está integrado por cuatro comisiones:

- a) Comisión de Estudio e Investigación.
- b) Comisión de Tratamiento y Seguimiento.
- c) Comisión de Apoyo Institucional.
- d) Comisión de Coordinación.⁶¹

Otras instituciones que participan en la atención del niño maltratado son las siguientes:

Del Sector Salud:

- Instituto Nacional de Pediatría.
- Instituto de Salud Mental (DIF).

⁶¹ Ib. p. 123.

- Hospital Infantil Psiquiátrico "Juan N. Navarro A."
- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez."

Gubernamentales:

- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) PGJDF.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN), dependiente del DIF.

Asociación Civil:

- Atención a Violencia Intrafamiliar y Sexual A.C. (AVISE).
- Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (FICOMI).
- Centro Mexicano para la Atención de los Derechos de la Infancia (CEMEDIN).
- Fundación para la Protección de la Niñez, A.C.
- Padres Afectivos, A.C.
- Fundación Mexicana de Reintegración Social, A.C.⁶²

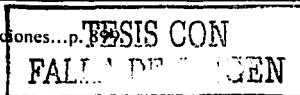
3.2 MARCO JURÍDICO.

En la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes se establecen los siguientes artículos:

En el Artículo 13-C, dice:

La obligación de familiares, vecinos, médicos, maestros, trabajadores sociales, servidores públicos, o cualesquiera persona, que tengan conocimiento de casos de niñas, niños o adolescentes que estén sufriendo la violación de los derechos consignados en esta ley, en cualquiera

⁶² Loredó-Abdalá. El maltrato al niño: algunas consideraciones...p. 199



de sus formas, de ponerlo en conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente.⁶³

En el Artículo 21, establece:

Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 3º. Constitucional. Las normas establecerán las formas de prever y evitar estas conductas.

Enunciativamente, se les protegerá cuando se vean afectados por:

- A. El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.
- B. La explotación, el uso de drogas y enervantes, el secuestro y la trata.
- C. Conflictos armados, desastres naturales, situaciones de refugio o desplazamiento, y acciones de reclutamiento para que participen en conflictos armados.

El Artículo 28-J, indica:

Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.⁶⁴

⁶³ Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Diario Oficial. Mayo, 2000. p. 4.

⁶⁴ Ib. p. 6.

Dentro de los puntos citados en la NOM-190-SSA1-1999, se enumeran a continuación los más sobresalientes para este tipo de casos:

5.1. Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, ya que todos éstos en algún momento pueden requerir la prestación de los servicios de salud.

Incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

5.4. El personal de salud proporcionará la información y atención médica a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad de tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados.

5.8. Las instituciones públicas y privadas que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.9. Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de las o los usuarios afectados por violencia familiar, conforme a lo que establecen en las disposiciones aplicables y los manuales que a efecto emita la Secretaría de Salud.

6.4. Identificar a la o los usuarios afectados por violencia familiar y valorar su grado de riesgo, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

6.5. Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.

Debe incluir la historia del maltrato físico, psicológico, sexual o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración mínima del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación.

Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan –incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual o de abandono, como eventos únicos o combinados, para constatar o descartar su presencia.

En caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, el prestador de servicios de salud se dirigirá, en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable

agresor de violencia familiar. Cuando la imposibilidad de la o el usuario se deba al desconocimiento o deficiente español, apoyarla o pagarla con un traductor de su confianza.

6.6 Registrar la entrevista y el examen físico de la o el usuario afectado por violencia familiar en el expediente clínico en forma detallada, clara y precisa, incluyendo, en su caso: nombre de la o el afectado, lugar donde fue encontrado o encontrada y condiciones en que se hallaba, estado físico y mental de la misma o del mismo, en su caso, la descripción minuciosa de las lesiones, causas probables que las originaron, los procedimientos diagnósticos efectuados, diagnóstico y tratamiento médico y la orientación que se proporcionó.

6.8. Integrar y registrar en el expediente clínico el diagnóstico del probable caso de violencia familiar con base en antecedentes, síntomas y signos, elaborando historia clínica completa, practicando, en su caso, pruebas psicológicas, de laboratorio o gabinete -en donde ello sea posible-, que apoyen el establecimiento de la relación causal de la violencia familiar de las y los usuarios involucrados, considerando los posibles diagnósticos diferenciales. Establecer en su defecto, la impresión diagnóstica o los problemas clínicos debidos a violencia familiar en cualquiera de sus variedades.

6.10. Orientar el tratamiento de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar al otorgamiento de una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndose para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme establecen las disposiciones aplicables en los manuales que a efecto emita la SSA, de conformidad con la presente Norma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.15. Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario afectado por violencia familiar, reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.

6.16. El médico tratante podrá informar y orientar a la o el usuario afectado por violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, con la finalidad de ejercitar la acción legal que corresponda.

65

Por lo anterior, podría decirse que el procedimiento a seguir por el Odontopediatra o Dentista de práctica general, en presencia de un posible caso de maltrato infantil es realizar una historia clínica completa y específica. Posteriormente remitir al paciente a una institución o unidad médica para corroborar el diagnóstico, pues como ya se señaló, el diagnóstico del maltrato infantil debe ser multidisciplinario y de ésta manera, la institución llena el formato específico para levantar el acta correspondiente ante el Ministerio Público para que se realice la investigación previa y se defina la situación legal del niño y el responsable.

Para remitir al paciente a la institución o unidad médica se puede decir a los padres que es para realizar un examen físico completo del niño y saber si no presenta alguna otra alteración importante de su salud, ya que no

⁶⁵ NOM-190-SSA1-1999. Diario Oficial. Marzo, 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se debe tratar directamente la posibilidad del maltrato, ya que si éste es real, puede que el niño no sea llevado a esta institución y no reciba la atención requerida.

Sin embargo, si el acompañante nos refiere el maltrato, se debe remitir a una institución para que le apoyen integralmente y le orienten para realizar la demanda correspondiente en el Ministerio Público.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Esta tesina trata de ser una ayuda para poder reconocer este grave problema en el consultorio y ser de ayuda en el cambio de vida de un niño que necesita atención y apoyo. Por lo que hay que tomar conciencia de la importancia del tema e involucrarnos en una pequeña parte de éste, puesto que en realidad hay muchas limitantes en los procedimientos en nuestro país, a pesar de que se tiene presente en la legislación.

Es de gran importancia prestar atención a cualquier señal que nos pueda indicar un posible caso de maltrato infantil, para evitar que siga ocurriendo o que incluso tenga consecuencias fatales. Por lo que, no basta con encontrar las lesiones y realizar el tratamiento que nos compete, sino que hay que hacer un buen diagnóstico de maltrato infantil y comunicarlo a trabajadoras sociales o a las autoridades judiciales.

Por otra parte también es un tema muy delicado, ya que se pueden cometer errores si no analizamos correctamente la situación y las causas de las lesiones presentes, pudiendo causar un problema innecesario.

En el caso de un caso confirmado de maltrato infantil es muy importante no enjuiciar al agresor, más bien interesarnos en su atención psicológica y una terapia familiar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFÍA

Andlaw, R. J., Rock, W.P. Manual de Odontopediatría. 4ª ed. Interamericana, McGraw-Hill, México, D.F., 1999, 261-263 pp.

Andreasen, J. O. Lesiones Traumáticas de los dientes. 3ª ed. Labor, S.A., Barcelona, 1984, 21-47 pp.

Comité de expertos sobre maltrato al menor. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.56, No.3, marzo, 1999, 195-197 pp.

Correa Ramírez Alberto Isaac. Estomatología Forense. 1ª ed. Trillas, México, D.F., 1990, 33-36 pp.

Grau Martínez, Arturo, Meneghello, Julio. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000, 234-261 pp.

Jessee, Stephen A. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. Journal of Dentistry for Children, july-august, 1995, 245-249 pp.

Jessee, Stephen A. Risk factors as determinants of dental neglect in children. Journal of Dentistry for Children, january-february, 1998, 17-20 pp.

Knight, Bernard. Medicina Forense de Simpson. El Manual Moderno, S. A. de C. V., México, 1994, 72-107.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
Diario Oficial, lunes 29 de mayo de 2000, 2-10 pp.

Loredo Abdalá, Arturo. Maltrato al menor. Interamericana, McGraw-Hill, México, D.F., 1994, 1-39, 95-97, 119-134 pp.

Loredo Abdalá, Arturo, Bustos Valenzuela, Virginia. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.56, No.2, febrero, 1999, 129-134 pp.

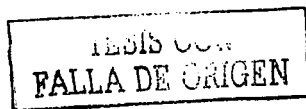
Loredo Abdalá Arturo, Carvajal Rodríguez, Luis. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.50, No.12, diciembre, 1993, 898-902 pp.

Loredo Abdalá, Arturo, Trejo Hernández, Jorge. El fenómeno del maltrato a los niños: aspectos sociales y clínicos del síndrome. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.55, No. 7, julio, 1998, 410-415 pp.

Martínez Martínez, Enrique, Reyes Rodríguez, Raymundo. Maltrato infantil: un problema inquietante. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.50, No.8, agosto, 1993, 557-563 pp.

McDonald, Ralph E., Avery, David R. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed. Mosby/Doyma libros, Madrid, 1995, 25-32 pp.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención de la violencia familiar.



Perea Martínez, Arturo, Loredó Abdalá, Arturo. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 58, abril, 2001, 251-258 pp.

Pinkham, J. R. Odontología pediátrica. 2ª ed. Interamericana, McGraw-Hill, México, 1996, 8-11 pp.

Rupp, Roger. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. General Dentistry, January-February, 1998, 96-100 pp.

Rupp, Roger. The dentist's role in reporting suspected child abuse and neglect. General Dentistry, May-June, 2000, 340-342 pp.

Saxe, Michael, McCourt, James. Child abuse: A survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. Journal of Dentistry for Children, September-October, 1991, 361-366 pp.

Vargas Alvarado, Eduardo. Medicina Forense y Deontología Médica. Ciencias forenses para Médicos y Abogados. 1ª ed. Trillas, México, D.F., 1991, 264-281, 632-640 pp.

Von Burg, Mary, Hazelrigg, Charles, et. al. A statewide survey of dentists' knowledge of abuse. Journal of Dentistry for Children, Special Issue, July-October, 1993, 321-324 pp.

Waldman, Barry. Child abusers, the abused, and the murdered: In our nation and your state. Journal of Dentistry for Children, May-June, 1997, 169-175 pp.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN