



Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad De Estudios Superiores "Zaragoza"

Manejo odontológico del niño con síndrome de maltrato en el hospital
psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro". En el periodo de Agosto de
2004 a Julio de 2005.

Tesis que para obtener el título de cirujana dentista

Presenta:

Lucía Velázquez Peña

Director: C. D. María Dolores Ordieres Paniagua

Asesor: C.D. Josefina Morales Vázquez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A Dios.

Por darme la vida y en saber valorar el sacrificio que debe hacerse por realizar un sueño para que este se vuelva realidad.

A mis Padres

Por todo el amor, la confianza y el apoyo que durante estos 23 años han estado a mi lado. A ustedes dedico mi triunfo. Por todo lo que me han enseñado, mi amor hacia ustedes es mi más grande motivación para seguir adelante.

Papi, Mami los amo.

A ti Ely

Por soportar mi mal carácter, por compartir mis tristezas y alegrías a tu lado, pero sobre todo porque estas conmigo y demuestras el verdadero amor de hermana.

Te quiero.

A ti que has estado en todo momento, que no me dejas sola, estas ahí para escucharme, para entenderme; pero te doy gracias por amarme así como soy y por creer en mi.

Te amo Jaime.

A esas caritas peluditas que me reciben con alegría y que en cualquier momento convierten mi día de estrés en un día feliz.

Candy, Camila las adoro.

Dra. Lolita

Gracias por la paciencia, la comprensión y el apoyo que me brindo, en todo este tiempo le aprendí muchas cosas, me enseñó como demostrar cariño a manos llenas a la gente que carece de el. Gracias por la sabiduría y cariño que me entrego sin condición alguna.

La quiero mucho.

A el amigo fiel que estuvo en la más grande de mis tristezas y que supo convertirla en todo una meta personal. Gracias por tu amistad incondicional, a esos consejos tan buenos que solamente puedes dar tú, nunca cambies.

Te quiero mucho Anuar.

Dra. Josefina

Gracias por apoyarme, por no dejarme vencer por ayudarme a creer en mi misma, lo único que hay que hacer es luchar.

Gracias.

Dr. Tomas

Gracias por todos los conocimientos que sin duda alguna me dio y que ya forman parte de mi vida.

Por todas esas caritas que dibujan una sonrisa. Convirtiendo un día triste a uno lleno de luz. A ustedes que me dieron la fuerza para seguir con este sueño y que ahora es real. De aquí en adelante los llevaré siempre en mi corazón.

Va por ustedes, a los niños del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro.”

Gracias a toda la gente que estuvo en mi camino a doctores, amigos, padres de familia, porque cada una de ellas formo parte de este logro.

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del problema	4
Marco teórico	5
Objetivos	48
Hipótesis	49
Variables	50
Recursos	51
Diseño de la investigación	52
Análisis de resultados	53
Discusión	58
Conclusiones	61
Propuestas	62
Referencias Bibliográficas	65
Anexo	69

INTRODUCCIÓN

EL Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) considera la situación de *"Menor Víctima de Maltrato y Abandono"*: a aquella conformada por *niños y jóvenes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales*. Esta definición es complementada con posterioridad, considerándose el hecho que además *el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono completo o parcial*. Por último, *toma en cuenta el tema de la intencionalidad del maltratador como un elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato*. (1)

En una declaración de los Malos Tratos a Infantes en México (1991): *Considera al maltrato infantil como una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos. Esta situación afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación, su desempeño escolar, su socialización, y su conformación personal y profesional*.

Dicha declaración divide el fenómeno en las siguientes categorías: Maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, prostitución infantil, niños de la calle, niños institucionalizados, explotación laboral y niños víctimas de guerras.

El Centro Internacional de la Infancia considera que: *"El Maltrato Infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo"*. Considera diferentes tipos de maltrato:

1. Maltrato Físico
2. maltrato Psicológico
3. Abuso Sexual

El niño maltratado tiene como características; que son sumisos a los deseos de los padres, asustadizos, tímidos, inseguros, ansiosos, dóciles o tienen conductas de agresión, auto agresión, presentando negatividad al relacionarse con los demás. (2)

Por lo cual tendrá dificultades en su proceso de enseñanza, aprendizaje negándose a la posibilidad de explorar su entorno.

Generalmente estos niños tienen dificultades en su desarrollo cognitivo y de aprendizaje ya que no les es fácil interrelacionarse con los demás lo cual les provoca un rezago en su conducta.

Desgraciadamente el niño no sabe como actuar frente a una situación de maltrato lo cual lo convierte en un ser vulnerable incapaz de defenderse.

En el área clínica el odontólogo es parte fundamental en la detección de un caso de maltrato infantil ya que los padres o tutores del menor no se percatan que el odontólogo puede diagnosticar, identificar, conocer, canalizar y conducir una dicha situación. (3)

JUSTIFICACIÓN

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante y su presencia es cada vez más evidente.

Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje canalizando o conduciéndolo a un tratamiento integral temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.⁽⁴⁾

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre por lo que es tan antiguo como la humanidad. Es un problema mundial y no se aparta de él, lugares que van desde África donde un 10% de la población infantil son víctimas de la negligencia, en Asia donde 88 millones de los niños laboran en situaciones peligrosas y de explotación, en Europa se estima que, en promedio dos niños mueren cada semana a causa de maltrato y violencia, y países del continente americano tales como en Canadá el 14% del total de niños se enfrentan a conductas de maltrato, en Estados Unidos en estudios recientes mencionan que un 77% de los niños que son maltratados tienen menos de tres años de edad, mientras que en Puerto Rico anualmente se encuentran 24,000 casos de niños que reportan que han sufrido algún tipo de maltrato, en Brasil millones de niños están condenados a la miseria, los malos tratos, las enfermedades, la tortura física y a la permanente amenaza de muerte, entre otros. Sin embargo todos y cada uno de ellos tienen altos índices de agresión ante un niño por causas diferentes, donde se le lastima recibiendo un maltrato verbal, físico, emocional, psicológico o en el peor de los casos sexual.

En México durante el 2002 hubo 1,343 denuncias de maltrato y estadísticas comprobaron que tan solo en la calle son 14,000 niños los que huyen de sus hogares por causa del maltrato.

Todo niño maltratado presenta una disminución en su desarrollo por lo que es necesario detectar de forma pronta el maltrato y buscar un tratamiento adecuado que ayude al niño. La identificación a tiempo es importante ya que puede disminuir las consecuencias que genera el maltrato infantil para que el niño recupere la confianza se necesita de un equipo multidisciplinario que trabaje y logre el éxito.⁽⁵⁾

Por lo dicho anteriormente el interés por realizar esta investigación es la importancia del manejo odontológico en los niños con síndrome de maltrato en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en el periodo de agosto de 2004 a julio de 2005, tomando en cuenta las conductas que presentan a consecuencia del maltrato que han sufrido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil es uno de los problemas más serios y complejos de nuestra sociedad.

Es un fenómeno en el que se suman factores culturales, sociales, políticos y familiares en donde los niños son vulnerables y se vuelven víctimas de un sin fin de torturas, castigos de tipo físico o emocional que los obliga tomar conductas que ponen en riesgo su óptimo desarrollo.

Los niños que son maltratados tienen la dificultad de adaptarse al medio social que lo rodea presentando dificultades de la conducta y del aprendizaje.

Toda lesión producida en un niño que es maltratado físico, psicológico o sexualmente repercutirán en su vida futura tanto de él como del medio que lo rodea.

Sin embargo existen indicadores que ayudan a identificar una situación de maltrato infantil

En el área clínica es de suma importancia detectar a tiempo un caso de maltrato no solo para darle el tratamiento sino para erradicarlo en su totalidad.

Para el odontólogo por su parte tiene la necesidad de poder atender dicho caso, de forma integral de acuerdo a su necesidad de atención con el fin de tratar, intervenir en él.

Con la finalidad de darle una rehabilitación en este caso bucal sin dejar atrás su rehabilitación psicológica, terapéutica con la ayuda de un equipo multidisciplinario.

Por todo esto los odontólogos por su parte tienen una posición muy favorable para diagnosticar, intervenir y denunciar el maltrato infantil, y por ello es necesaria una mayor sensibilización y formación por nuestra parte en este tema; por lo que nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el manejo odontológico del niño con síndrome de maltrato en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro en el periodo de agosto de 2004 a julio de 2005?

MARCO TEÓRICO

Epidemiología

En su informe anual de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establece que:

En África Occidental y central se estima que hasta un 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades diversas de tipo laboral.

En África oriental y meridional se observa que va en aumento el número de familias cuyo jefe es un niño, y este organismo intensifica estrategias tendientes a la protección especial de niños víctimas de negligencia, maltratados, prostituidos y niños de la calle.

Según la policía de Pretoria (República Sudafricana), cada mes se atienden más de 80 denuncias por abuso sexual a menores.

Sudáfrica recibe actualmente mujeres y niños secuestrados en más de diez países africanos, y constituye el mayor destino del tráfico ilegal existente en ese continente.

La misión de paz de Naciones Unidas en el Congo se enfrenta a acusaciones de abuso sexual infantil entre la población local.

En Asia oriental y el Pacífico los cambios sociales acontecidos se relacionan con un incremento explosivo de niños que requieren de protección debido a que se ven obligados a trabajar o a irse a las calles.

En Asia meridional, los niños que trabajan oscilan entre los 35 y 88 millones, muchos de los cuales laboran en situaciones peligrosas y de explotación.

Una inflación siguió azotando los países eslavos de la ex Unión Soviética y desarticulando cada vez más la trama social de Belarus, la federación de Rusia y Ucrania. Las mujeres y los niños fueron las principales víctimas del maltrato así como algunos sectores de las repúblicas de Asia central, donde las instituciones del Estado no pudieron sufragar los costos de los servicios imprescindibles.

En la India los niños mendigan por las calles y literalmente viven a la intemperie en tanto que las familias más indigentes llegan a mutilar a uno de sus hijos, generalmente al menor.

En Suiza, país que ha pasado siglos enteros sin guerras, un tercio de los padres imponen castigos corporales a sus hijos, 3,500 niños mueren cada año por causa del maltrato

Inglaterra cuna de la mayoría de los derechos humanos, los menores son civil y penalmente imputables a partir de los 10 años. La actitud de la humanidad respecto a la protección y desprotección de la niñez ha sido absolutamente pendular y que ha ido desde la protección total que ofrecen los países escandinavos hasta el abandono y la esclavización que imponen algunos países africanos.

En Alemania y Gran Bretaña se estima que, en promedio, dos niños mueren cada semana a causa del maltrato y violencia.

En España se informa que el 11% de los niños intelectualmente discapacitados son víctimas de diferentes tipos de maltrato y el más común es el maltrato físico.

En Argentina las pautas de cultura en materia de política infantil son sumamente distintas si nos referimos a razas o religiones diversas y esto es válido aun dentro de nuestro continente americano, otra razón es debido al aumento de las tensiones socioeconómicas, el desempleo provoca un aumento en violencia infantil de este país junto con Uruguay, Ecuador y Venezuela. (6)(7)(8)

En Uruguay con relación al maltrato infantil y la violencia intrafamiliar según datos de enero de 1999 a junio de 2000, hubo un 38% por casos de negligencia, lo siguen en orden de importancia, el maltrato físico 33%, los niños en situación de calle y maltratos de tipo psicológico 37%, en un 44% son niñas y 55% niños.

En Brasil los niños a partir de los 8 años son considerados trabajadores legales y realizan aportes para su futura jubilación, la miseria, las enfermedades, los malos tratos, el abandono, la prisión ilegal, la tortura física, la permanente amenaza de muerte y el asesinato es a lo que se enfrentan cotidianamente, sobre todo en las últimas décadas, millones de niños, adolescentes y jóvenes de edad escolar viven en las calles.

Colombia y Guatemala constituyen una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad. De un total de 698 casos en Guatemala el maltrato infantil fue registrado en sus Hospitales Generales entre 1990 y 1995, el 47% correspondía a maltrato físico, un 36% abandono y un restante 17% a casos de abuso sexual.

En Santo Domingo y República Dominicana dos estudios mostraron tasas de maltrato de 58% y 33% respectivamente, mientras otro reveló que toda una población de niños impedidos estaba sometida a algún tipo de maltrato.

En Puerto Rico según datos del departamento de la familia de 1999-2000 la tasa de maltrato a menores aumento de 1.3 a 2% unos 2000 casos reportados al mes. Este se traduce en cerca de 24,000 casos anualmente, de cada caso reportado se

estima que hay 3 sin reportar. De estos 24,000 el 38% son niños (as) menores de 5 años de edad.

Los estudios demuestran que entre el 11% y el 45% de los niños(as) que sufren de maltrato o abandono tienen una madre que es maltratada por su esposo o compañero. Otros señalan que los niños son testigos de violencia en la familia y tienen más probabilidad de maltratar a sus parejas. (9)(10)(11)

En Canadá el 14% de la población infantil en 1999 se enfrentó a conductas violentas y abusivas. Los problemas de abuso de drogas, suicidios, entre otros podrían ser alerta de que se está produciendo un caso de maltrato infantil.

Los niños canadienses constituyen un señuelo en Internet para los pedófilos, ya que la edad legal de consentimiento en ese país es más baja que en la mayoría de estados occidentales.

En los Estados Unidos El Centro Nacional de abuso y negligencia para con la infancia (NCANDS) estima que, según datos recogidos de 50 estados y el distrito de Columbia, en 1996, 177 niños y niñas murieron a causa de abuso. De estos un 77% tenían menos de 3 años. En ese año se reportaron en los distintos servicios públicos de protección a la infancia de Estados Unidos, 3 millones de casos de abuso y maltrato infantil. El 36% de estos fueron confirmados y el resto no pudo verificarse a causa de la falta de información sobre el niño o el supuesto agresor.

Según datos de la UNICEF en 1991 destaca que tan solo en E.U. cada año se presentan dos millones de denuncias de maltrato infantil, número que se ha triplicado en los últimos diez años.

En México, así como en todos los países subdesarrollados, la explotación de los menores, que se ven en la necesidad de trabajar, es muy común. Como consecuencia de la pobreza de sus familias y de la necesidad de supervivencia, los infantes buscan acomodo en las industrias, talleres o se lanzan a las calles a laborar como limpiaparabrisas, boleros, vendedores, malabaristas, cargadores, entre otros.

En el 2do. Seminario sobre violencia familiar en el D.F en 1996 se dijo que la agresión puede ocurrir desde antes del nacimiento, lo que pone en riesgo la integridad de miles de niñas y niños en el país.

Según la UNICEF, en la ciudad de México hay 14,000 niños en la calle y 1,500 más viven en la calle. (12).

Las estadísticas indican que 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltrato, de estos, el 78% son menores de 5 años, mientras que el 38% son menores de 1 año.

De acuerdo con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), durante el 2000 se recibieron en el Distrito Federal 801 denuncias de maltrato infantil, de los cuales sólo se pudieron comprobar el 45 por ciento, mientras que en el 2002 hubo mil 343 denuncias y se comprobó la veracidad del 28.22 por ciento. En los años de referencia se atendieron a 774 y 792 menores víctimas de maltrato infantil, respectivamente, que en su mayoría (55 por ciento en ambos años) fueron varones y el resto mujeres.

Otro aspecto importante es que en los dos años, el 47 por ciento de los niños atendidos cursaban la primaria, el 19 y 23 por ciento eran lactantes y entre el 12 y 13 por ciento, iban en jardín de niños. Del total de los casos 1566 los cuales el maltrato infantil es emocional (392 y 501 casos respectivamente), por omisión en los cuidados, (413 y 423), físico (405 y 347), y prodigado en su mayoría por la madre (232 y 156), el padre (31 y 92) y por los padrastros (18 y 15 casos).

Antecedentes históricos.

La historia nos muestra que la niñez desde siempre, fue avasallada y sus derechos inculcados o ignorados, temas que a veces se ven muy lejanos.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. ⁽¹³⁾

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. ⁽¹⁴⁾

En 400 a. C, Aristóteles decía "Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto. En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia las niñas eran sacrificadas y los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas de los edificios y puentes, esto era para supuestamente fortalecerlos. Así mismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrifico a nueve de sus diez hijos con el afán de prolongar su vida.

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

Por todo esto aunque desde épocas muy remotas se realizaban acciones que en la actualidad podrán considerarse como maltrato infantil, como ciertas practicas religiosas que a veces pasaban por el sacrificio de menores, o los ritos de

iniciación de algunos grupos sociales, el abandono de menores debido a malformaciones o debilidad de nacimiento.

No fue sino hasta 1962 que el mundo científico tuvo noticias concretas de esta situación debido al famoso trabajo que Henry Kempe y colaboradores (Kempe 1962) llevaron a cabo en los Hospitales de Estados Unidos.

A partir de esta investigación, desarrollada dentro del campo de la medicina pediátrica, se definió por primera vez lo que desde ese momento se conoció como “ *El síndrome del niño maltratado*” , que abrió un nuevo objeto de estudio tanto para las ciencias de salud como para las ciencias sociales, que pronto iniciaron también su examen teórico y práctico. (1 5)(16)

Desde aquel momento hasta la actualidad mucho se ha avanzado en la toma de conciencia y en la investigación científica sobre el tema creándose instancias en los diversos países para prevenir el maltrato infantil.

Especialistas coinciden en que de no ser atendidas las conductas violentas en los menores, éstas pueden repetirse y ocasionar conductas de tipo antisocial, que pueden llegar, en ciertos casos, a convertir al menor en un infractor, o en un adulto golpeador, ya que son personas con poca tolerancia a la frustración. "Si en un principio no se les brinda la atención adecuada, estamos hablando de un delincuente en potencia en un futuro", aseguró Sonia Delgado Gómez, Coordinadora de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia del DIF. (17)(18)

Visto en forma simple, el maltrato puede considerarse como un fenómeno en el que solamente se encuentran involucrados el agresor, y el agredido; lo cierto es que se trata de un complejo entretendido de sentimientos en el que influyen de manera importante factores socioeconómicos y culturales, por lo que la violencia no puede considerarse como un hecho aislado.

La violencia familiar tiene como principal exponente, el maltrato infantil.

Existe un desconocimiento de la verdadera magnitud del fenómeno debido a que no se cuenta con estadísticas reales y que, el tema; en muchos casos se remite a los espacios mas íntimos de la convivencia familiar.

Las tradiciones culturales e históricas repercuten en la forma con que cada sociedad afronta el problema.

Para bien o para mal – muchas veces para mal – cada país del mundo adopta y sostiene su particular visión sobre la infancia y por correlación, sobre la violencia infantil.

Una de las manifestaciones más destructivas que presentan los problemas y la violencia dentro de la familia, es el maltrato del niño. La prevención temprana,

detección y tratamiento comprensivo de los niños víctimas de maltrato, siguen siendo un desafío para la comunidad médica mundial.

Las definiciones de maltrato varían de una cultura a otra. Desafortunadamente los razonamientos culturales por la conducta dañina hacia los niños pueden ser aceptados con demasiada ligereza como prueba de que el tratamiento conferido a los niños no es abusivo ni dañino.

Algunos autores definen al maltrato de diversas formas tales como:

Kempe en 1962 define el maltrato infantil como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar un niño por parte de sus padres o parientes.

Wolfe en 1991 dice “es la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)”

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.

El (DIF) define a los niños maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.⁽¹⁹⁾

Loredo y cols. en el 2000 Define al maltrato infantil como “toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor(es) antes o después de hacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual.”⁽²⁰⁾

Operacionalmente el maltrato infantil se define como:

En relación con su forma:

Maltrato psicológico:

Sus manifestaciones van desde las prohibiciones hasta las coacciones; en este sentido destacan las familiares, las escolares y las sociales, que desafortunadamente son aceptadas por grandes sectores de nuestra sociedad. El maltrato psicológico es la forma de violencia más recurrente; comprende aquellos

actos de cualquier miembro adulto del grupo familiar (o de cualquier otro) que tienden a la hostilidad verbal crónica y, ya sea mediante el insulto, la burla, el desprecio o la amenaza de abandono, y al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles.

Esta modalidad de violencia puede adoptar gran variedad de expresiones y combinaciones, las cuales incluyen intimidación, devaluación, amenaza, abandono, negligencia, descuido reiterado y marginación; también se presenta en situaciones extremas como celotipia, crítica constante o comparaciones destructivas.

Las agresiones permanentes que engloba esta categoría se manifiestan específicamente en actitudes que generan devaluación (pérdida del autoestima): se compara el niño o niña en forma negativa; se le considera inferior incapaz y torpe; se le ridiculiza y humilla frente a otros; se le ignora y menos precia; se le niegan satisfactores personales, materiales u otros básicos, o se le limitan o niegan apoyos emocionales y afectos.

Estas actitudes propician el descontrol emocional de los menores, ya que se les obliga, mediante amenazas y abusos de poder, a realizar, permitir o presenciar actos no deseados o denigrantes; así mismo, se les impone un ambiente de terror permanente que los hace dudar de su realidad y de su entorno, y produce mecanismos de defensa contra esa realidad que van desde mostrar una completa sumisión hasta enfrentar la problemática en forma directa, con los riesgos que ello implica.

Maltrato físico:

Se considera toda acción u omisión no accidental de los padres o personas encargadas de cuidar al niño (o de quienes, por la actividad que desarrollan están obligadas a convivir con él), que le provoquen daño en su integridad física, enfermedades o secuelas de cualquier índole.

Esta modalidad de maltrato abarca conductas que van desde la sujeción hasta el homicidio, destacando por su cotidianidad, golpes simples, contusiones, excoriaciones quemaduras hematomas, y lesiones de diversa índole; comprende también las lesiones que dejan cicatriz o imposibilidad parcial o total el uso de algún órgano o función orgánica, así como las que ponen en peligro la vida, la inferidas por el uso de armas y, como caso límite, el homicidio.

Maltrato sexual:

Esta forma de maltrato abarca cualquier clase de conducta tendiente a interferir con el desarrollo sexual normal de un menor o con el ejercicio de su libertad. Se manifiesta en la solicitud de favores sexuales por parte del agresor (para sí o para

un tercero), el cual se vale de la superioridad jerárquica que ostenta frente al niño y de la subordinación de este en virtud de esa misma relación; utiliza para ello el chantaje, la amenaza, la coacción o cualquier otro mecanismo de intimidación.

En este tipo de relación el menor puede tener expectativas legítimas, entre las que se encuentran: el cariño o respeto que merece por pertenecer a un grupo familiar, acreditar una materia, en virtud de cumplir los requisitos para ello; recibir un salario o un ascenso por su trabajo. A esta conducta se le denomina genéricamente acoso u hostigamiento sexual.

Otra de las manifestaciones de este maltrato es el abuso sexual, el cual consiste en aquellos actos sexuales que, sin el propósito de llegar a la copula, se realizan contra los menores; pueden manifestarse, entre otros, por tocamientos acercamientos no deseados y roces, o en forzar a los menores a realizar dichos actos sin desearlo. ⁽²¹⁾

Abuso sexual:

Cuando un menor es empleado para provocar la estimulación sexual de uno o varios adultos. El abuso sexual se puede clasificar de la siguiente manera:

Hostigamiento sexual.- Ocurre cuando con fines lascivos se asedia reiteradamente a una persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o de cualquier otra índole que implique subordinación.

Abuso sexual.- Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula ejecuta en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo. En esta variedad quedan incluidas la manipulación de genitales, caricias lascivas, besos, pornografía infantil, exhibicionismo, fomento a la prostitución, etc.

Estupro: Que tenga cópula con una persona mayor de 12 años y menor de 18 años obteniendo su consentimiento por medio del engaño.

Violación: Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con una persona de cualquier sexo.

Incesto: Cualquier actividad sexual entre el progenitor o algún familiar mayor con un menor miembro de la familia.

Se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por la vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo. ⁽²¹⁾

En relación con su expresión o comportamiento:

Maltrato por acción:

Se denomina así a la acción que lesiona al niño o niña de forma física, psíquica o sexual.

Maltrato por omisión:

Consiste en negar al niño los cuidados que precisa para su desarrollo integral o para la conservación o recuperación de su salud, así como en dejar insatisfechas sus necesidades básicas o cubrirlas de forma inadecuada o insuficiente.

En relación con su ámbito.

Maltrato familiar:

Abarca todas las formas de los menores que se circunscriben al ámbito familiar, perpetradas por el padre, la madre, otras figuras que cumplen la función paterna aunque no tengan relación biológica con el menor, los hermanos u otros familiares que formen parte de lo que el niño identifica como su familia, aunque no sean consanguíneos.

Esta modalidad comprende el maltrato directo y el indirecto. El primero es el que se dirige específicamente contra un menor (es decir, el niño o la niña es el destinatario). En el segundo caso, cuyas secuelas son igual de preocupantes, el menor resiste los efectos de la violencia dirigida contra otros destinatarios directos que pueden ser la madre, el padre, los hermanos u otros convivientes con los que tienen vínculos afectivos.

Maltrato extrafamiliar.

Esta forma de maltrato es ejercida por individuos que conforman el mundo exterior del niño; es decir, que no están ligados a él por lazos familiares. El origen de la agresión puede ubicarse en una actitud social, como sucede con los niños que viven en la calle y no cuentan con el apoyo institucional para resolver tal situación; en otros casos, los menores pueden ser objeto de agresiones dentro de las instituciones, como consecuencia de una deficiente aplicación de políticas públicas o programas institucionales, como ocurre en los centros escolares y de salud o en los consejos de menores, entre otros.⁽²¹⁾

Formas de maltrato poco conocidas

Abuso fetal: Es la agresión que sufre el producto durante la gestación, siendo de forma intencional o por negligencia. El primero es consecuencia de traumatismos directos, ingestión de sustancias y prácticas abortivas, la segunda como consecuencia de la falta de control prenatal.

Síndrome de Münchhausen por poderes:

Variedad de maltrato en la que el adulto, mediante la falsificación de datos clínicos simula o produce una enfermedad en el menor sin existir tal, que aparentemente requiera atención médica. La existencia de dichos síntomas obliga al médico a pensar en enfermedades poco comunes, a realizar estudios y procedimientos de diagnóstico complejos, o bien a ensayar tratamientos diversos y prolongados.

Maltrato escolar:

La exageración con la que los maestros manejan los recursos disciplinarios es otra variedad de maltrato social, ya que en gran medida estos excesos son permitidos tanto por la institución como por los padres mismos como una forma de educación. Otra situación que puede caer en esta variedad de maltrato es el hecho de privar a los menores de la educación cuando por cuestiones laborales los maestros se ausentan de las aulas.

Niños de la calle y en la calle:

Dentro del primer grupo quedan comprendidos aquellos menores que nacen en este sitio sin tener hogar. Los menores viven en la calle, o bien en instituciones especiales de las cuales posteriormente tratan de huir.

El segundo grupo está constituido por los niños que contando con un hogar y familiares, deciden vivir en la calle, por las siguientes razones: maltrato, violencia familiar y violación, entre otras.

Ritualismo Satánico:

Variedad que involucra no solamente adultos de ambos sexos sino también a los menores y en donde los mismos pueden ser víctimas de agresión física, abuso sexual en diversas modalidades y la privación emocional ya sea en forma única o en combinación variable.

Niños de la guerra:

Son aquellos niños que por condiciones bélicas en su país son despojados de su hogar y de su familia, siendo víctimas de toda clase de agresiones físicas, mentales y sociales. A temprana edad tienen contacto con el empleo de armas, en algunas ocasiones son reclutados como soldados.

Maltrato étnico:

Es una forma de maltrato poco conocida que esta presente en todos los grupos étnicos privando a los niños de sus derechos siendo ocasionado por la sociedad en general. Por ejemplo en nuestro país tenemos a los niños tarahumaras, huicholes, chiapanecos, entre otros. (22)

La clasificación de maltrato infantil es muy amplia y se encuentra muchas variables del maltrato infantil, pero en el presente trabajo solo se consideran las siguientes:

Tipos de maltrato:

- 1) Maltrato físico: Es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor, como son: hematomas, quemaduras, fracturas, daños abdominales, en el cráneo o envenenamiento; causados con manos, pies y diversos objetos (cinturones, cables de luz, palos, cigarrillos, tubos, agua caliente, así como diversas sustancias dañinas al organismo. (23)

1.1 Síndrome del niño sacudido “Shaken Baby Syndrome (SBS)”: este síndrome es una de las formas de maltrato físico mas difíciles de reconocer y aceptar por la mayoría de los médicos, con el agravante de que el SBS, el retraso en su diagnóstico puede ser la diferencia entre la vida y la muerte para el niño afectado, porque esta involucrado en él, el ejido más noble de nuestro organismo, como es el sistema nervioso central.

El síndrome del niño sacudido se acompaña de lesiones que afectan encéfalo, globo ocular y medula espinal. La mayoría de las victimas comprende lactantes menores de un año de edad, sobre todo menores de 6 meses, pero se puede presentar en niños hasta los 5 años de edad.(21)

- 2) Maltrato psicológico: Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los menores, a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan, generándole sentimientos de desvaloración, baja autoestima e inseguridad personal.
- 3) Abuso sexual: Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto, que lo hacen con el objeto de obtener su excitación y/o gratificación sexual, y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación. (23)

El abuso psicológico, sexual y físico, representan diversas formas de maltrato al niño. El descuido de un niño representa el fracaso de sus padres o de otra persona legalmente responsable de su bienestar, para satisfacer las necesidades básicas y proporcionarle un nivel adecuado de atención. (24)

El maltrato infantil se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje puesto que no se presenta en forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. (25)

Igualmente han surgido numerosas organizaciones no gubernamentales, algunas con presencia mundial, como la Sociedad Internacional para la Prevención y Negligencia Contra los Niños fundada en 1977, o Defensa de los Niños Internacional creada en 1979 – año internacional del niño – como órgano consultivo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y del UNICEF. También se ha avanzado en la normatividad internacional al respecto, en la que destaca, por supuesto, la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por las Naciones Unidas en 1989.

El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado a su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas, y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que llamamos indicadores, ya que nos pueden “indicar” una situación de riesgo o maltrato.

Por ello es importante saber cuales son dichos indicadores y no quedarnos ante ellos como observadores o jueces de una forma de ser ante la que no podemos hacer nada. Estos indicadores no siempre presentan evidencias físicas (algunas formas de abuso sexual, maltrato psicológico) sino que pueden ser también conductas difíciles de interpretar.

Algunos de los Indicadores que pueden darse en el niño con síndrome de maltrato:

En el NIÑO:

- Señales físicas repetidas (morados, magulladuras, quemaduras)
- Niños que van sucios, malolientes, con ropa inadecuada.

- Cansancio o apatía permanente (se suele dormir en el lugar donde se encuentre.)
- Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente. conductas agresivas y/o rabietas severas persistentes
- Relaciones hostiles y distantes
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso)
- Conducta sexual explícita, juego y conocimientos inapropiados para su edad
- Conducta de masturbación en público
- Niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en otros lados)
- Tiene pocos amigos
- Muestra poco interés y motivación por realizar sus tareas
- Presenta dolores frecuentes sin causa aparente
- Problemas alimenticios (muy glotón o con pérdida del apetito)
- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo. Pequeños hurtos.
- Intento de suicidio y sintomatología depresiva
- Regresiones conductuales(conductual muy infantiles para su edad)
- Relaciones entre niño y adulto secreta, reservada y excluyente
- Falta de cuidados médicos básicos.

En los PADRES y/o cuidadores:

- Parecen no preocuparse por el niño
- No acuden nunca a las citas o reuniones en escuelas
- Desprecian y desvalorizan al niño en público
- Sienten a su hijo como una “propiedad”, “puedo hacer con mi hijo lo que sea porque es mío”
- Expresan dificultades en su matrimonio
- Los padres están siempre fuera de casa.
- Compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantiene con sus hijos
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas)
- Trato desigual entre los hermanos
- No justifican las ausencias de clases de sus hijos
- Justifican la disciplina rígida y autoritaria
- Ven al niño como malvado
- Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación
- Habitualmente utilizan una disciplina inadecuada para la edad del niño
- Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.

Estos indicadores pueden observarse en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres maltratadores no suelen reconocer la existencia del maltrato o rechazan cualquier tipo de ayuda, llegando a justificar con argumentos muy variados este tipo de

acciones; en cambio los padres con dificultades suelen reconocerlas y admiten cualquier tipo de ayuda que les ofrezca. (26)(27).

Factores de riesgo.

En la actualidad se han identificado factores sociales, familiares e individuales, tanto en los adultos como en los niños que podrían favorecer la ocurrencia de conductas maltratadoras hacia los infantes.

De esta manera, el nivel de riesgo que acompaña la aparición de maltrato en los infantes, va desde la mayor vulnerabilidad, hasta la mayor protección del niño. Esto, depende de la presencia de factores de riesgo y de mecanismos protectores, los que interactúan en cada familia, determinando la mayor o menor probabilidad de que ocurra el maltrato. Dichos factores de riesgo, son comunes a muchos de los problemas y trastornos de la salud mental de niños y adolescentes.

Se identifican cinco niveles, en los cuales pueden existir factores de riesgo asociados a la aparición del maltrato a menores, los que se describirán a continuación. (28)

a) De los Padres

Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia; padres con historia de conductas violentas; madre adolescente, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal, familiar y social; padres o personas a cargo del cuidado del niño que padecen patología psiquiátrica, depresión, angustia, alcoholismo o adicción a drogas y padres con baja tolerancia al estrés y a la frustración.

b) Del Embarazo

Embarazo no deseado, intención de interrumpir el embarazo, rechazo persistente del embarazo, indiferencia, deficiente autocuidado, inasistencia a controles; embarazo de alto riesgo biológico y depresión post parto.

c) Del Niño

Recién nacido con malformación y/o prematuridad; alteración de los primeros vínculos, alteración del proceso de apego; hospitalización precoz prolongada; portador de patología crónica y/o discapacidad física o psíquica; conducta difícil, hiperactividad, déficit atención, bebés con cólicos severos, con período de llanto

prolongado, con hábitos de comida y/o sueño irregulares; y niño no escolarizado, inasistente o con bajo rendimiento y/o fracaso escolar.

d) De la Familia

Familias monoparentales y/o con ausencia e insuficiencia de redes sociales de apoyo; familias con antecedentes de conductas violentas; discordancia entre las expectativas de la familia y las características del niño.

e) Del Entorno

Condiciones de vida difícil, marginación, cesantía, pobreza; aceptación cultural de la violencia, lo cual se relaciona con los mitos y la actitud frente al castigo, como por ejemplo que al varón es necesario castigarlo para la formación de un físico y personalidad fuerte; y ausencia o ineficiencia de redes sociales formales e informales, de acogida o de apoyo en la sociedad.

Es importante destacar, y de acuerdo a la especificación de los distintos niveles antes descritos, que ningún factor de riesgo explica por sí solo la aparición de conductas maltratadoras. Al mismo tiempo, no existe una asociación de factores que sea característica de alguna forma de maltrato, por lo que se requiere de la presencia de varios de ellos para que en un momento determinado se vea sobrepasada la capacidad de la familia, y surja la violencia hacia un niño o adolescente.

Es decir, la asociación de tres o más de estas condicionantes debería ser considerada de riesgo suficiente como para requerir de intervención, especialmente si corresponden a niveles distintos de los ya descritos y se dan en familias con carencia de estilos de interacción protectoras. (29)(30)

Impacto de los malos tratos

Las consecuencias psicológicas son el factor unificador de las distintas formas de malos tratos. Independientemente de los daños o traumas físicos, los malos tratos en la infancia ejercen un dramático impacto en áreas críticas del desarrollo infantil, con consecuentes perjuicios, presentes y futuros, en el funcionamiento social, emocional y cognitivo.

Las secuelas psicológicas son constantes y tanto más graves en cuanto que los malos tratos hayan sido más precoces y se haya tomado más tarde la custodia del niño. La pseudo-debilidad es frecuente, lo mismo que los trastornos estructurales de persona (neurosis, psicosis o perversión).

A largo plazo, el niño maltratado corre el riesgo de convertirse en padre que, a su vez, maltratará a sus hijos. (31)

Diagnóstico

Para confirmar con certeza el diagnóstico debemos obtener la información del pediatra clínico, psiquiatra, psicoterapeuta, odontólogo, trabajador social y del área jurídica; quienes en conjunto dan la versión del caso, evitando un error en el diagnóstico.

Debemos recordar que hay algunos padecimientos que pueden expresar la presencia del maltrato infantil como por ejemplo: enfermedades dermatológicas, hemorrágicas, de transmisión sexual y fracturas. En este tipo de enfermedades hay que tener mucho cuidado al realizar el diagnóstico, por lo tanto el coordinador de esta línea de investigación debe ser un pediatra, porque tiene la capacidad de saber si existe otra opción de diagnóstico, y no nada más maltrato. (32)

Si damos un diagnóstico equivocado podemos llegar a estigmatizar al niño y a la familia.

Para realizar un buen diagnóstico necesitamos de:

- Realizar historia clínica
- Exploración intraoral
- Exploración extraoral
- Pruebas complementarias.(auxiliares de diagnóstico)

El examen de los niños comienza cuando el niño entra en el consultorio obteniendo una impresión del mismo.

Es de suma importancia el interrogatorio completo, porque es de máxima utilidad para fines diagnósticos y medicolegales.

El odontólogo se tendrá que fijar no solo en la región orofacial que le corresponde, sino también en otras partes del cuerpo que le sean visibles porque podrán ayudarlo en el diagnóstico del maltrato. Esto es debido a que existen una serie de factores que suelen parecer asociados en los casos en donde se desarrollan malos tratos infantiles, los cuales, generalmente, interactúan entre sí configurando un modelo multicausal.

El proceso que orienta hacia el diagnóstico de malos tratos comprende el análisis de diversos aspectos del paciente odontopediátrico, que se pueden dividir en tres apartados.

A. Diagnóstico físico general

- Lesiones cutáneo - mucosas.

Contusiones, hematomas y equimosis en distintos estadios de curación o en zonas no prominentes; alopecia traumática; quemaduras cuyo origen difícilmente puede haber sido accidental; laceraciones, abrasiones, coágulos, heridas; marcas de manos u objetos; y marcas de mordedura humana.

- Lesiones óseo - articulares.

Fracturas múltiples en distintos estadios de evolución, hemorragia subperióstica y secuelas que se manifiestan a modo de deformaciones o desviaciones.

- Lesiones víscera - abdominales.

Roturas, desgarros y contusiones viscerales, hemiperitoneo y neumotórax.

- Retraso del crecimiento no orgánico de origen psicosocial.

Por falta de atención a las necesidades nutricionales, psicológicas y emocionales para el correcto desarrollo del niño; talla y peso por debajo de tercer percentil, habiéndose descartado causas orgánicas y vestimenta e higiene descuidadas.

- Intoxicación química intencionada, y síndrome de Munchausen por poderes.

Este último signo está causado por un trastorno psíquico de los padres, los cuales inventan o provocan en sus hijos la aparición repetida de los signos y síntomas característicos de alguna enfermedad.

La alteración que inventan les es conocida, bien porque la han sufrido ellos mismos o algún familiar o bien porque trabajan el ámbito sanitario. (33)

Estas manifestaciones ficticias que presenta el niño llevan a someterlo a pruebas diagnósticas innecesarias, a determinar diagnósticos falsos y a establecer tratamientos no indicados.

- Abuso sexual.

Síntomas genitourinarios, infecciones de transmisión sexual, y lesiones traumáticas en los órganos genitales y lesiones bucofaciales.

- Negligencia en el cuidado de la salud y seguridad del niño.

El niño:

- Demuestra comportamientos o conocimientos sexuales inusuales o sofisticados para la edad.
- Hay antecedentes de haber huido de la casa.

Los padres o tutores:

- Son extremadamente protectores del niño/a.
- Limitan al extremo el contacto de su hijo/a con otros chicos, en especial si son del sexo opuesto.
- Las características del niño, heredadas o como consecuencia de déficit sociales y familiares, pueden desencadenar la conducta indeseable de padres potencialmente maltratantes al dificultar que los hijos sean bien aceptados o al favorecer el que se produzcan situaciones estresantes.
- El grado de impacto sobre la niño/a depende de varios factores como quien perpetró el abuso, la cronicidad del hecho, la utilización de fuerza, la personalidad particular de la niño/a abusado/a, su edad o sexo, etc. Es por ello que la niño/a abusado/a puede responder de diferentes formas.
- La responsabilidad del maltrato es siempre social e intergeneracional, el factor más determinante es que los padres sean potencialmente maltratadores, es decir no sean capaces de cumplir la función protectora de forma incondicional

B. Diagnóstico psicológico

Manifestaciones de maltrato psicológico

El niño/a:

- Muestra comportamientos extremos, algunas veces una conducta que requiere llamadas de atención y otras de pasividad extrema.
- Asume tanto roles o actitudes de "adulto", como por ejemplo cuidar de otros niños, como otras demasiado infantiles para su edad, debido a las peticiones inalcanzables de los padres.
- Muestra un desarrollo físico o emocional retrasado.
- Ha tenido intentos de suicidio, tienden a tener una autoestima muy baja, dado el refuerzo continuo que ejerce el adulto.

Los padres o tutores:

- Constantemente menosprecian, o culpan al niño/a.
- No les importa lo que pasa o les dicen los maestros acerca del niño, o se niegan a considerar la ayuda que le ofrecen para superar los problemas del niño en el colegio.
- Abiertamente rechazan al niño/a.

- Alteraciones de comportamiento.

- Retraso del desarrollo psicomotor.

C. Diagnóstico orofacial.

- Lesiones de tejidos blandos.

Contusiones y equimosis orofaciales y peribucales, quemaduras, laceraciones y abrasiones, marcas de mordedura humana, rotura del frenillo labial superior y anomalía en apariencia y movilidad lingual.

- Lesiones dentales.

Pérdida de dientes por avulsión traumática, fractura y luxación dentaria, lesión pulpar y/o periodontal y actitud negligente en el cuidado dental (numerosas caries profundas, infecciones repetidas, granulomas y abscesos, dolor dental crónico, o falta de continuidad en el cuidado dental cuando ha sido identificada una de estas patologías).

Tras la exploración intraoral de tejidos blandos, debe realizarse el examen dental, que debe alertarnos si en él se encuentran:

1. Dientes temporales ausentes antes de su época normal de exfoliación.

Y más si el alvéolo óseo está intacto o si el diente contra lateral está presente sin signos de exfoliación. En caso de dientes permanentes habrá que investigar claramente la causa de su ausencia.

2. Dientes fracturados, desviados o desvitalizados.

Su coloración puede variar desde el negro – violáceo por penetración de hemoglobina pulpar en los túbulos dentinarios hasta el gris – negrozco por necrosis de restos pulpares y su impregnación dentaria.

3. Múltiples restos radiculares. Con un historial poco claro.
4. Alteraciones en las oclusiones estéticas (desviación de la línea media y del mentón) y dinámica limitaciones en los movimientos de la mandíbula).

Ambas nos hacen sospechar de fracturas óseas de maxilar y mandíbulas mal consolidadas.

La exploración radiográfica también nos puede ser de mucha utilidad para la sospecha de maltrato físico, así en la exploración radiológica podemos encontrar evidencia de lesiones anteriores, como fracturas radiculares, rarefacciones periapicales, obliteraciones pulpares (con su correspondiente cambio de color en la corona clínica) y alteraciones en los gérmenes permanentes. (34)

Diagnóstico diferencial.

Lesiones accidentales y no accidentales.

Innumerables causas contribuyen a los traumatismos de los dientes y otras lesiones del área orofacial destacando entre ellas caídas y choques, actividades deportivas, violencia doméstica, accidentes automovilísticos, entre otras.

Pero el odontólogo tiene que tener en cuenta que hay lesiones en el niño que pueden ser accidentales y otras que no lo son.

Existen características de algunas lesiones que demuestran si estas son accidentales o no ya que los tipos de traumatismos por abuso son de muchas ocasiones semejantes a las observadas con las lesiones involuntarias.

Algunas de las características de las lesiones accidentales y deliberadas :

- Las quemaduras de cigarrillo generan lesiones uniformes y circulares “en socavado” en manos y pies. Las quemaduras accidentales se diferencian porque a menudo están en las palmas de las manos y surgen cuando el niño trata de tomar con ellas un objeto caliente; también sus contornos a menudo no son precisos y su intensidad va del primero al tercer grado, a diferencia de las quemaduras “deliberadas” cuya intensidad e imagen suelen ser uniformes.
- Los moretones (equimosis); la configuración de los moretones a menudo asemeja a la del instrumento utilizado. En las extremidades superiores o el tronco se advierten rasguños y moretones en la punta de los dedos cuando hay sujeción a la fuerza mientras se golpea al niño.

- En forma típica, los moretones pasan por diversas fases de su evolución (diversos colores) y también muestran fases distintas de su evolución y curación.
- La alopecia traumática se advierte cuando se han arrancado mechones del pelo, puede revelar golpes que suelen ser ocultos por trenzas.
- Las mordeduras producidas por una persona tienen generalmente un patrón elíptico u ovoide en la piel (a diferencia de otras mordeduras de animales, que dejan un patrón de arcada más triangular).
- Las magulladuras en los oídos (usualmente presentado en el lóbulo de las orejas) son raramente accidentales.
- La presencia de coágulos de sangre en el labio o una desviación de la nariz pueden ser importantes hallazgos.
- El informe de heridas autoinflingidas por un niño que todavía no camina es altamente sospechoso. Los niños de esa edad son incapaces de herirse a sí mismos. Además todas las fracturas de estos niños pequeños deben ser consideradas como no accidentales hasta que se demuestre lo contrario.
- Es muy importante examinar las manos, porque los niños muchas veces las usan para protegerse de otras partes del cuerpo en el abuso.
- Un examen completo y minucioso del área cráneo – facial es esencial, porque estas áreas expuestas están frecuentemente afectadas cuando hay maltrato físico.
- El cuello es difícil de dañar, por tanto, estas heridas suelen salir en situaciones en las que la vida ha sido amenazada con maltrato.

Existen otros signos de maltrato físico que deben alertar al odontólogo inmediatamente cuando el niño llegue al consultorio. El menor con vestidos inapropiados para la temporada, por ejemplo una camisa de manga larga en días de verano, quizás esconda hematomas en sus brazos. Un retraso largo para emprender el tratamiento de una lesión quizás tenga como explicación múltiples heridas viejas o en fase de cicatrización. (35)

Tratamiento médico

La identificación y el tratamiento a tiempo son importantes para minimizar las consecuencias del maltrato. Los psiquiatras de niños y adolescentes proveen evaluación comprensiva y cuidado para los niños que han sido abusados. Pueden ayudar a la familia a aprender nuevas formas de darse apoyo y de comunicarse

los unos con los otros. Mediante el tratamiento, el niño maltratado comienza a recuperar su sentido de confianza en si mismo y en otros.

Se requiere de un tratamiento integral no solo de la victima sino también de su agresor y de la familia, es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes.

Por lo que se necesita la plantación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado.

La terapia familiar esta dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres eliminando las tácticas punitivas o coercitivas y sustituyéndolas por métodos positivos más efectivos. ⁽³⁶⁾

Wolfe propone un plan de intervención y prevención cuya meta sea establecer la integridad, así como el funcionamiento efectivo intrafamiliar, y cuyos objetivos sean:

- a) Adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos.
- b) Promover el uso de métodos de control positivos hasta eliminar el castigo.
- c) Desarrollar estrategias para solucionar problemas en situaciones críticas y que sean operativas para la familia.
- d) Regular las respuestas violentas y el comportamiento impulsivo que lesionan a la familia.
- e) Promover la interacción social de los miembros de la misma, reduciendo su aislamiento físico y psicológico.

Importancia estomatológica.

Dentro del marco que caracteriza al maltrato infantil, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud pues, como se sabe, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Sin embargo, no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos.

La importancia estomatológica en la detección de casos de malos tratos radica en el hecho de que aproximadamente entre un 50% y 60% de los casos presentan lesiones en la región orofacial.

Los signos por traumatismo en dicha región están presentes en un 60% - 65% de los casos de maltrato infantil.

De ahí se desprende la enorme importancia del odontólogo para ayudar a erradicar este problema social.

Lo primero es resolver el problema que presente el niño maltratado. Después se estudia al agresor, no lo entendemos como a un delincuente, probablemente él fue maltratado, esto es muy frecuente, o puede padecer de una enfermedad mental (del 10% - 15% de ellos tienen una enfermedad mental) por lo tanto necesita una atención especial.

También puede ser una tendencia cultural de su educación la forma de tratar a los niños, por lo cual tenemos que tratar primero al adulto y luego al niño. Al agresor lo tratamos desde una forma que nos permita acercarnos a él para que no se sienta agredido, porque si se siente agredido vamos a perder la oportunidad de ayudarlo.

Nuestro país no tiene la infraestructura institucional para dar cabida a todos los niños que son víctimas de malos tratos, entonces tenemos que buscar la manera de ayudar a ese adulto para que no repita el fenómeno de maltrato.

Se tiene que analizar el ambiente a ver a quien podemos utilizar como red de apoyo para ayudarlo a ese niño y evitar que siga siendo maltratado.

En algunos casos tenemos que decirle a la autoridad correspondiente que la mejor opción para ese niño es que se vaya con los abuelos maternos, paternos o con otro familiar en lugar de que se canalice a la casa especial que tiene la Procuraduría del Distrito Federal para atender a los niños que sufren de maltrato infantil y que es un centro de albergue temporal gratuito.

Si el agresor ha cometido una lesión que le causó la muerte al pequeño, el manejo es diferente, ya que es considerado como un homicida.

Un abuso sexual también será tratado de diferente manera porque está penado por las leyes mexicanas.

Pero en la mayoría de los casos de maltrato infantil tenemos la posibilidad de tratar de forma integral al niño, con la ayuda de un equipo multidisciplinario, para que no nos convirtamos también en agresores sino que tratemos de ayudar y auxiliar a los niños que se encuentren en esta situación con el fin de resolver el problema.⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾

El paciente maltratado en el consultorio odontológico.

El consultorio dental, como centro de atención a la salud es un lugar estratégico donde se pueden reconocer lesiones como resultado de malos tratos.

Nos puede proporcionar información del medio familiar en el que se desenvuelve el paciente.

En realidad no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para el diagnóstico diferencial respecto a otras causas de violencia.

En las primeras consultas no siempre es posible confirmar o tener la certeza de que existe violencia o abuso. (39)

Terapéutica no farmacológica del manejo de la conducta.

Comunicación verbal y no verbal.

El establecer una buena comunicación hacia el niño dentro del consultorio odontológico es clave para dar inicio a su tratamiento. El medio de comunicación con los niños es el lenguaje hablado.

El tratamiento del niño es por lo tanto, una relación dinámica. Es deber del odontólogo mantener una dentición sana, completa y funcional de acuerdo a la necesidades físicas y emocionales del niño.

Hay muchas maneras de iniciar una comunicación verbal. Muchos niños pequeños están orgullosos de su nueva ropa y les gusta que les pregunten acerca de ella. Los niños mayores a menudo usan sweater de equipos deportivos, o con siglas de escuelas famosas o uniformes especiales y les gusta ser cuestionados acerca de sus actividades. Cualquiera que sea el truco para iniciar una conversación, las preguntas no deben requerir una respuesta simple como "sí" o "no"; preguntas abiertas como ¿Qué significan estas siglas? Tienden a establecer esta comunicación. Este proceso de exponer la imagen del niño a través de sus argumentos, es llamado externalización (Jenks, 1964).

La comunicación sin embargo, no esta limitada a la conversación. La comunicación no verbal, es cuando por ejemplo al estrechar la mano de un niño se le comunica el sentimiento de calidez. La sonrisa e un asistente, trae como consecuencia la aprobación y aceptación. Similarmente estos sentimientos, pueden ser transmitidos a través de los ojos (Sim, 1973).

De ahí que la comunicación es un proceso recíproco que el niño rechaza mediante la evasión del contacto visual con el odontólogo, con esto se da una cuenta de que el niño no está listo para cooperar completamente.

Desde que la comunicación es multisensorial, la postura, los movimientos y la posición del equipo dental son signos importantes de comunicación no verbal, generalmente los movimientos deben ser lentos y suaves, diseñados para producir positividad e infundir un sentimiento de seguridad en el paciente. (40)

Lenguaje y expresión:

Los problemas de manejo de conducta, manifiestos o no, son usualmente controlados usando técnicas psicológicas o farmacológicas. Los métodos psicológicos son preferidos en el manejo de la conducta del niño normal. Estableciendo una relación a través de la comunicación verbal, se considera un requisito primario para la cooperación y el éxito del tratamiento dental.

El odontólogo se debe adaptar al nivel de comprensión del niño. Esto no significa usar el lenguaje de un bebé, pero sí emplear palabras que tengan significado para el paciente. Si un niño de 6 años actúa como uno de 3, entonces uno debe dirigirse a él en ese nivel. Contrariamente un niño de 6 años que está avanzado en sus experiencias y entendimiento, coopera más gustosamente cuando se le habla como si fuera más grande.

Los eufemismos que es la sustitución de expresiones que pueden ser ofensivas o desagradables por otras simples o inofensivas que pueden tener más aceptación; son empleados por la mayoría de los odontólogos como segunda lengua. La lista es interminable por lo que a continuación se enlistan algunos:

Terminología dental	Palabras sustitutivas
Pieza de alta velocidad	Viento, avión
Alginato	Gelatina
Anestésico	Jugo para dormir el diente
Caries dental	Hoyo, gusanito, diente enfermo
Explorador	Contador de dientes
Eyector	Limpiador, aspiradora
Pasta y sellador de fisuras	Crema, brillador de dientes
Pasta profiláctica	Pasta dental especial
Dique de hule	Impermeable de hule
Grapa para dique de hule	Broche para diente
Bandas de acero inoxidable	Anillo para el diente
Coronas de acero inoxidable	Sombrero para diente
Aparato de Rx (radiografía)	Cámara dental (fotografías)
Pieza de baja velocidad	Cohete espacial

Los dentistas han reconocido ampliamente que la calidad de voz, referido como control de voz, es altamente importante.

El objetivo de control de voz es lograr la atención del niño, como lo es en la mayoría de las técnicas de control usadas en el consultorio dental. Sin la atención del niño no hay medio de comunicación y sin comunicación el niño nunca aprenderá a ser un buen paciente.

Psicología del aprendizaje.

La teoría del aprendizaje es el establecimiento de una concepción o asociación entre un estímulo y una respuesta (E-R).

El estímulo o clave puede ser de varios tipos. Puede ser un acto motor como entrar a la recepción de un consultorio dental, puede ser un pensamiento o imagen; pensar el sonido de la pieza de mano de alta velocidad o ver la fotografía de un dentista con un instrumento en la mano. Estos estímulos potencialmente productores de ansiedad son claves que pueden ser asociados con las respuestas y por consiguiente cualquier conducta involucra una compleja y continua serie de estímulos y respuestas. ⁽⁴¹⁾

Motivación. Un principio básico del aprendizaje incluye la motivación. Un niño es más propenso a comportarse de cierta manera si es motivado para alcanzar una meta específica.

Reforzamiento. Si una respuesta resulta para la obtención de una meta, esta respuesta es reforzada. Esta consecuencia tiene un efecto característico que la define y hace que sea más probable que la conducta vuelva a ocurrir en el futuro. ⁽⁴²⁾

Generalización. Mientras más grande sea la similitud entre el estímulo general y la nueva situación, mayor será la probabilidad de que la respuesta ocurra. Generalización de respuesta es aprender a responder a un estímulo particular en una forma levemente diferente.

Discriminación o extinción. Al principio la generalización mediada puede ser bastante amplia. El niño aprende a limitar correctamente sus generalizaciones. Esta habilidad aprendida se llama discriminación. El niño aprende que el consultorio médico es diferente que el dental y que un odontólogo difiere de un médico.

Una respuesta aprendida no siempre se conserva fuertemente, si la respuesta ocurre y no es reforzada, la fuerza de la respuesta disminuye progresivamente y eventualmente es eliminada. A este hecho se le llama extinción.

Técnicas de intervención o tratamiento.

se entiende el conjunto de condiciones que se utilizan para producir un cambio en la conducta del niño.

Técnicas para adquirir, incrementar y mantener conducta apropiada.

Imitación o modelamiento.

Es un procedimiento mediante el cual la conducta del sujeto se coloca bajo el control topográfico (formal) y temporal que brinda la conducta de otro sujeto que funciona así como modelo.

Es el proceso de conducta reproducida a la efectuada por un modelo.

Algunos patrones de conducta compleja son aprendidos rápidamente de un modelo. Así, la imitación puede ser un eficiente método de aprendizaje.

La imitación hace que la adquisición de conductas sea casi automática cuando se presente en forma adecuada las condiciones del modelo.

La imitación de modelos tiene mayor probabilidad de ocurrir cuando el observador (niño) ve al modelo (hermano, padre, madre, amigo, entre otros) obtener algún tipo de reforzador después de emitir la conducta. El observador recibe lo que se le llama reforzamiento vicario, a través de un "aprendizaje vicario".

Reforzamiento positivo.

Es el procedimiento de administrar una consecuencia (reforzador) inmediatamente después de una conducta determinada, obteniéndose un aumento consistente en la probabilidad de ocurrencia de esa conducta.

Es importante asegurarse de que el evento o estímulo que se entrega al niño, sea realmente agradable para él. Esto lo podemos determinar preguntándole directamente al sujeto bien observando que clase de estímulos prefiere.

Los reforzadores pueden ser de diferentes tipos:

Reforzadores sociales: Sonrisas, caricias, besos, alabanzas, entre otros.

Reforzadores tangibles: Golosinas, dulces, ropa, juguetes.

Reforzadores naturales: diversiones como ir al cine, al circo, de paseo, entre otros.

La efectividad del reforzador dependerá de:

- La cercanía temporal entre la presentación de la conducta y la presentación del evento agradable (reforzador)

- Elegir el evento agradable adecuado a la persona, es decir que en realidad le interese al sujeto obtenerlo.

Reforzamiento positivo continuo.

En este procedimiento se refuerza todas y cada una de las conductas deseables que queramos que el niño presente.

Reforzamiento positivo intermitente.

Aquí la entrega del reforzador estará determinada por un programa especial de entrega. Este procedimiento se aplica cuando consideramos que el niño ya adquirió la conducta (por reforzamiento continuo) y ahora se refuerza solamente algunas de las conductas.

VENTAJAS:

- Cuando se utiliza es probable que se mantenga la conducta por más tiempo y con una frecuencia mayor que el reforzamiento continuo.
- Asegurar que el reforzador no pierda sus propiedades de estímulo agradable evitándose la saciedad.
- No se esta continuamente reforzando la conducta y por consiguiente no va a ser necesario que estemos siempre presentes para reforzarla.

Desensibilización sistemática.

Es la eliminación de hábitos de respuesta ansiosa, presentando primero un estímulo que produzca una respuesta.

Su objetivo es disminuir la ansiedad provocada por aprendizaje previo. La desensibilización comprende el entrenamiento del paciente para obtener una relajación muscular profunda progresiva.

Técnicas para reducir y eliminar conductas inapropiadas.

Estas técnicas se emplean para reducir o suprimir conducta inapropiada, ya que este tipo de conducta es indeseable para la mayoría de las personas y pueden traer graves repercusiones sobre el niño que las presenta.

Extinción o ignorar.

Esta técnica consiste en la suspensión total del reforzamiento por una conducta determinada, lográndose reducir la frecuencia de una conducta después de que se deja de otorgar el evento agradable (reforzador).

Al aplicar esta técnica debemos:

1. Identificar el reforzador que mantenía la conducta para no darlo después de que se emita la conducta problema.
2. Al usar esta técnica pretendemos eliminar totalmente la conducta, por lo tanto la suspensión o eliminación del reforzador debe ser permanente.
3. No olvidar que sus efectos son lentos e incluso opuestos al principio de su aplicación, ya que al inicio de la extinción de la conducta suele presentarse con mayor frecuencia e intensidad para declinar posteriormente de manera gradual.
4. No usar esta técnica cuando se trate de una conducta auto-agresiva o que cause daño al niño.

Reforzamiento negativo.

Se refiere al acto de retirar o remover un estímulo indeseable o aversivo, que al ser retirado aumenta la frecuencia de ocurrencia de una respuesta, es decir; aplicar un estímulo aversivo o castigo hasta que ocurre la respuesta deseada y en ese tiempo se retira el castigo o se suprime. Se usa en casos extremo por lo que no es muy recomendable.

Castigo.

El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser una causa que disminuirá o eliminará la conducta original. Consiste en administrar un evento doloroso o desagradable al sujeto y que trae como consecuencia el decremento en la frecuencia de ocurrencia de la conducta.

Se emplea muy a menudo como una manera práctica de controlar una conducta a causa de que produce resultados rápidos. Sin embargo, a menos que el castigo sea extraordinariamente severo, suprime la conducta indeseable solo en forma temporal.

El castigo puede tener ciertos efectos indeseables como:

- Sudoración
- Palpitaciones
- Conducta emocional severa
- Angustia. Entre otras.

Estos efectos pueden interferir con un programa destinado a establecer conducta deseable; por lo que su uso es aconsejable cuando se trate de conductas que pueden dañar al niño (auto-destructivas), o cuando se han empleado otras técnicas sin obtener resultados.

Tiempo fuera o aislamiento.

Esta técnica consiste en sacar al paciente del lugar en donde esta ocurriendo la conducta problema y de alguna forma lo que hacemos es aislarlo. Al retirar al paciente, estamos eliminando los estímulos o eventos desagradables que mantienen la conducta. (43)(44)(45)

Técnicas básicas para el manejo de la conducta.

Modelaje de la conducta.

Es el procedimiento que lentamente desarrolla la conducta por el reforzamiento exitoso y aproximaciones de la conducta deseada hasta que esta se realiza.

Una técnica de modelaje empleada en el consultorio dental, es un procedimiento que tiene como finalidad mostrar una conducta apropiada ante el paciente logrando una reducción del miedo y ansiedad. El moldeo de la conducta puede ser visto como una forma de modificación de la conducta porque es usado para alterar el comportamiento.

Con la técnica de modelaje, se han logrado obtener tres finalidades que son:

- a) Adquirir una buena conducta.
- b) Eliminar el miedo que se encuentra asociado con un estímulo.
- c) Obtener la atención del paciente.

El paciente se encontrará como observador, mirando el comportamiento del modelo durante el tratamiento, que puede encontrarse presente (vivo, filmado o simbólico), obteniendo los mismos resultados de éxito de las tres formas.

La técnica es usada en niños que demuestran suficiente cooperación para establecer comunicación. Con otros cuya conducta es negativa, un nivel razonable de cooperación debe ser establecido antes de usarla.

Para llevar acabo la técnica de un modelo, se deberán elegir de preferencia niños de la misma edad y sexo.

Método decir- mostrar- hacer. (DMH)

La utilización de un lenguaje sustitutorio y un vocabulario que el niño pueda reconocer con facilidad, especialmente en la descripción de los procedimientos a

realizar, nos permitirá transmitir seguridad y obtener la atención y la colaboración del paciente ante el tratamiento propuesto.

Específicamente el procedimiento decir – mostrar – hacer:

Se deberá explicar al niño como y porque se van a emplear los aparatos con los cuales va a tener contacto; como el sillón dental, la lámpara, la pieza de mano, el espejo, entre otros. Los materiales que se emplean dentro de la boca tales como restauraciones con amalgamas, coronas de acero, policarboxilato, sellador de fisuras. Deberán ser explicados detalladamente evitando el empleo de palabras completamente desconocidas para el.

El odontólogo le explica al niño los procedimientos que se realizaran en un lenguaje que entienda, esto se hace tan lentamente como sea posible, en un lenguaje claro, de acuerdo a su edad, con tantas repeticiones como sean necesarias, hasta que el niño este consiente de cual es el procedimiento a seguir, evitando cualquier comentario que pudiera ser mal interpretado o que pudiera provocar temor o desconfianza. Después el odontólogo le muestra al niño como se llevará a cabo el procedimiento demostrándolo en él mismo o en un objeto inanimado, para estar seguro de que la comprensión es completa. Después sin desviarse de la explicación o demostración el odontólogo procede directamente a efectuar el procedimiento.

La técnica DMH trabaja porque elimina el miedo a lo desconocido, pero el factor que realmente la hace efectiva es ser consiente de no herir al niño. (46)

Perfeccionamiento.

Esta técnica es similar a la del moldeo de la conducta, pero existe una diferencia. Los niños que la requieren, entran al consultorio mostrando considerable aprensión o conducta negativa, esta conducta puede ser el resultado de una visita dental previa o del efecto impropio de la orientación familiar o de sus compañeros. Cuando se presenta esta conducta negativa, el odontólogo debe tener siempre en mente que su objetivo es construir nuevas series de asociación en la mentalidad infantil.

Cuando la expectación del niño de ser herido no es reforzada, él aprende un nuevo grupo de expectativas. El odontólogo ha hecho lo que dijo que haría, se puede confiar en él; este niño desarrolla una nueva percepción de su relación con el consultorio dental, el odontólogo y la odontología. El niño elimina la conducta inaceptable aprendida previamente y empieza a discriminar entre este consultorio donde la ansiedad y el miedo no son necesariamente compañeros, y el consultorio donde se presentaban.

Control de voz.

Se ha reconocido y valorado la importancia que tiene el tono de voz que el odontólogo emplea, al dirigirse a sus pacientes; por lo que un cambio en el volumen, firmeza y suavidad de esta nos ayudara a obtener la atención del niño, que es el objetivo primordial tanto de control de voz como de todas las técnicas que se emplean en el consultorio.

El control de voz es más efectivo cuando se emplea en conjunto con la comunicación, que es un intercambio reexperiencias comunes, cuyo propósito es un mejor acercamiento con los niños. No debemos olvidar que el significado del mensaje que se transmite al niño, puede llegar a ser interpretado de diferente manera por él. Se recomienda que no los repita con sus propias palabras.

Las ordenes deben ser claras, precisas, en un lenguaje entendible para el paciente, según su edad, solo una persona (en este caso el odontólogo) es el que debe darlas.

Es muy importante no dejar de mantener una actitud confiada, así como un tono de voz fuerte y firme cuando se ordene al niño hacer algo, de manera que el mensaje resulte eficaz, ya que si se emplea un tono de voz débil y una actitud nerviosa, se obtendrá como resultado el efecto contrario al deseado.

Por último el odontólogo debe de modular y adaptar su voz al expresarse, proyectando una imagen de confianza, paciencia, comprensión, autoridad, sinceridad al niño, para lograr un mejor acercamiento, de acuerdo al caso.

Condicionamiento aversivo o restrictivo.

La mayoría de los odontólogos, usan algunas restricciones en un momento u otro. Específicamente, empujar la mano del niño hacia abajo cuando él la sube inadvertida o intencionalmente interfiriendo con el tratamiento, o sentarlo por la fuerza en el sillón para obtener una actitud "sin tonterías", son formas de restricción. Los métodos usados dependen de la severidad e inmediatez del problema dental, las razones de la conducta del niño y la naturaleza de la conducta demostrada.

La severidad de estas medidas restrictivas incluye el colocar la mano (castigo) sobre la boca del niño para eliminar una respuesta incorrecta en la situación dental. Esta es otra forma de modificación de la conducta, una vez que el niño se ha calmado, la suspensión del castigo es seguida de palabras de premio (recompensa o reforzamiento).⁽⁴⁷⁾

El mayor propósito de esta técnica es ganar control sobre la conducta infantil. Esto permite al odontólogo establecer comunicación para que se le pueda enseñar al niño respuestas apropiadas.

Técnica de mano sobre boca y nariz.

Es una de las técnicas que posee más controversias en cuanto a su aplicación en el manejo del niño difícil.

Se coloca la mano sobre boca del paciente, cubriendo la nariz, con la cara cerca de la suya se le dice directamente al oído "si quieres que retire mi mano deberás dejar de llorar y escucharme, solo quiero ver tus dientes". Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se añade ¿estas listo para que quite mi mano? si el niño asiente con la cabeza, se retirará la mano. Si una vez llevado a cabo esto, el niño continúa gritando, se repetirá la acción cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo deseado.

Mientras el niño se repone, se entablara una conversación con el objeto de distraer su atención, hablándole acerca de temas completamente ajenos a su conducta o al consultorio.⁽⁴⁸⁾

Queda establecido que antes de aplicar esta técnica todos los medios para establecer comunicación deben de haber sido agotados. Cuando esto no ha tenido resultados favorables y la conducta del niño continua sin control, se hara uso de ella. El odontólogo debe de controlar bien sus emociones ya que de lo contrario podría resultar un manejo impropio de su conducta, malográndose de este modo los propósitos del odontólogo.

Tratamiento farmacológico

Por la variabilidad de la asistencia requerida, la técnica anestésica a emplear puede abarcar todo el espectro. La American Academy of Pediatrics ha definido tres niveles de profundidad para estos casos:

1.-Sedación consciente:

Depresión mínima de la consciencia con mantenimiento continuó de la permeabilidad de la vía aérea, respuesta adecuada a la estimulación física y a las órdenes verbales.

2.-Sedación profunda:

Estado controlado de depresión de la consciencia, del cual el paciente no es fácilmente despertarle, con pérdida parcial o total de los reflejos protectores, de la capacidad de mantener la vía aérea y de responder adecuadamente al estímulo físico o a la orden verbal. Las técnicas y fármacos empleados, deben tener un amplio margen de seguridad para que haya improbabilidad de que se pierda la consciencia en ningún momento.

3.-Anestesia general:

Estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida de los reflejos protectores, incluida la capacidad para mantener la vía aérea y la respuesta al estímulo físico y órdenes verbales.

El régimen anestésico más adecuado para cada caso, se diseñará en base a la patología y posibilidad de colaboración del paciente y a las características del procedimiento que se va a realizar (duración, grado de inmovilidad necesario, si es o no doloroso, posición del paciente...). Como norma, debe procurarse el nivel de sedación-anestesia más ligero que permita el procedimiento y utilizando el menor número de fármacos posible, pero pensando que una sedación o analgesia inapropiada puede resultar en profundo discomfort o lesión para el paciente (por falta de cooperación o respuesta excesiva al estrés).

Con el fin de controlar el comportamiento de los pacientes poco colaboradores la literatura científica describe una serie de fármacos de los cuales detalla las dosis y las distintas vías de administración.

Cabe destacar que el odontólogo que desea utilizar esta técnica debe tener un entrenamiento especial como experiencia en este campo de manera de manejar los riesgos que puedan presentarse. Estas técnicas permiten relajar al paciente e incrementar su cooperación y debe ser utilizada junto a otras técnicas como decir-mostrar-hacer y control de la voz. Actualmente la más popularizada por su efectividad es la técnica del óxido nitroso.

La literatura refiere que esta técnica es siempre eficaz en todos aquellos pacientes que podemos clasificar como poco colaboradores. Además de ser costosa, requiere una serie de medidas que deben ser tomadas en cuenta a la hora de reducir los riesgos que se conocen de esta técnica. Una historia clínica completa y detallada del estado de salud general del paciente, un examen radiográfico, la visita correspondiente al anesthesiólogo, exámenes complementarios y la ínter consulta con el pediatra tratante son siempre soporte a este tipo de técnica, que por su envergadura requiere también una explicación al niño maltratado sobre el procedimiento que se efectuará para reducir su miedo a lo desconocido. (49)

Bases legales

Los niños se encuentran amparados bajo las Leyes Provinciales 3040 y 3097 y la Ley Nacional No. 24417, ésta última está basada en la filosofía de reconocimiento y protección de los derechos humanos de los componentes de la familia y cumple con cuatro finalidades esenciales:

- Abre un nuevo camino judicial para que se conozcan los hechos de violencia posibilitando que los episodios mantenidos en el secreto de la privacidad del hogar se trasladen al ámbito público.
- Incorpora con mayor fuerza la idea del maltrato familiar como un comportamiento de reprobación social, al margen de su posibilidad de convertirse en un delito.
- Otorga a los afectados el derecho de obtener medidas protectoras destinadas a garantizar derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la libertad y a la integridad psicofísica.
- Crea un espacio judicial dirigido a expulsar el cambio en la dinámica familiar mediante la asistencia del ofensor o su familia a programas terapéuticos y educativos.

Existen también programas destinados a tal fin:

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los derechos del Niño, la que hasta la fecha ha sido ratificada por más de 160 países, aprobada por nuestro país mediante la Ley Nacional 23849 y recientemente incorporada a nuestra Constitución Nacional.

El artículo 19 de dicha Convención estipula que los países “tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas adecuadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, de traumatismos o de maltratos, de descuidos o tratamiento negligente, de maltrato o explotación, en especial del abuso sexual, mientras se encuentre al cuidado de sus padres, del guardián legal o de cualquier otra persona que esté al cuidado del niño”.

La Primera Cumbre Mundial a favor de la Infancia se realizó en septiembre de 1990, en la sede de las Naciones Unidas. En ella los presidentes de más de 70 países acordaron comprometerse en la lucha contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, la explotación, el descuido y el analfabetismo, flagelos que sufren de igual manera los niños de los países desarrollados y los de países en vías de desarrollo.⁽⁵⁰⁾

El Programa Nacional de los Derechos del niño/a y el adolescente, dependiente del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, enfatiza que “se deberán disminuir o eliminar los factores de riesgo que afectan a las familias y predisponen

a la existencia del maltrato infantil. Esta tarea debe ser emprendida interdisciplinaria e inter-institucionalmente.

Pero dado que los factores culturales son fundamentales en la constitución del problema, la escuela puede cumplir una importante función en la promoción y transmisión de nuevos valores y actitudes dirigidos a contrarrestarlos”.

Por su parte la UNICEF, en su Data Social de Políticas para la niñez y la adolescencia, plantea que *“para dinamizar y coordinar las iniciativas de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y empresas es necesario que el Estado cumpla su rol de vincularlas en el planeamiento, diseño y ejecución de las políticas dirigidas a la niñez.*

México en 1999, la ley para la protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes en su artículo 2 inciso b) estableció *“protegerlos contra toda forma de maltrato, prejuicio, daño, agresión, abuso y explotación...”* así como esta ley es de gran importancia conocer más sobre los derechos del niño, más aun las leyes (artículos) que protegen a los menores que son maltratados por sus cuidadores.

A finales de 1999 ocurrió la reforma y adición al artículo 4° Constitucional para incluir la noción de los derechos de la infancia; más tarde, en abril de 2000, se aprobó la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas y Niños. Asimismo algunas legislaturas locales también promovieron leyes estatales sobre los derechos del menor, por lo que en diciembre de 1999 fue aprobada por el Congreso local la Ley de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Entre estas está la *Reforma al artículo 4° Constitucional*; esta iniciativa fue aprobada por el legislativo mexicano el 13 de diciembre de 1999. con lo cual se introduce la noción de los derechos de la infancia, enunciando algunos de estos derechos y se establecen ciertas obligaciones por parte del estado, la familia y la sociedad. En el mes de marzo del 2000 la reforma fue ratificada, por lo que a partir de entonces ya es decreto.

Por lo tanto el artículo 4° en el último párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dice que: *“Los ascendientes, tutores o custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos”*
(51)

El estado otorgara facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Por ello la *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, fue aprobada por la cámara de diputados en abril de 2000, y establece principios, derechos y medidas de protección.

Así como también la *Ley de los derechos de las niñas y niños en el Distrito Federal*. Esta Ley fue aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en diciembre de 1999 y constituye hasta el momento la primera ley local sobre los derechos de la infancia.

En la sección segunda de la ley nos habla sobre, los niños víctimas del maltrato, en los artículos 48 y 49 nos hablan sobre la protección que se debe tener cuando un menor es maltratado y/o que interfieren en su proceso de desarrollo.

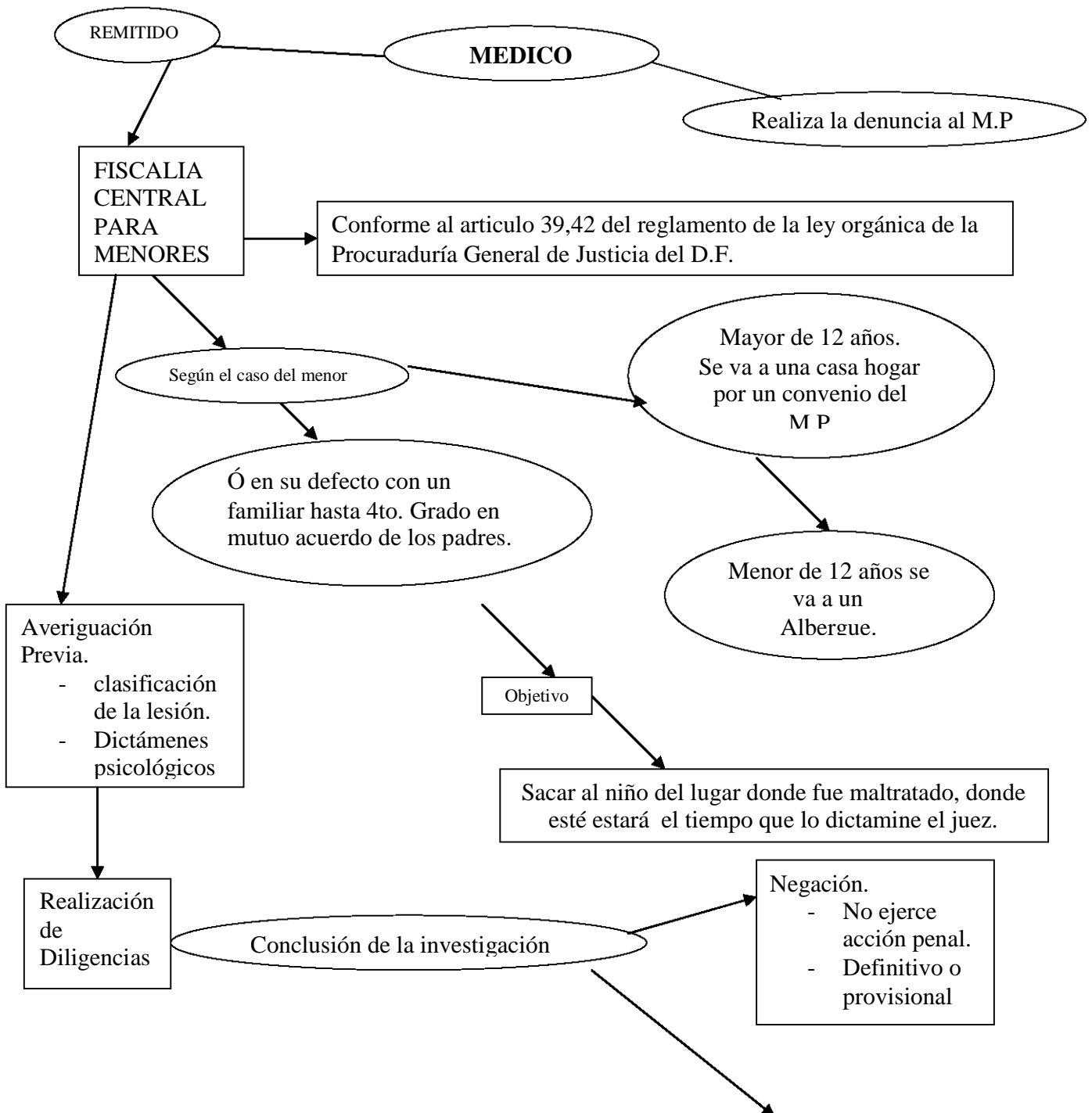
Artículo 48. “cualquier persona, servidor público, autoridad o dependencia que tenga conocimiento de que alguna niña o niño hayan sufrido maltrato o se encuentre en riesgo su integridad tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento del Agente del Ministerio Público” (52)

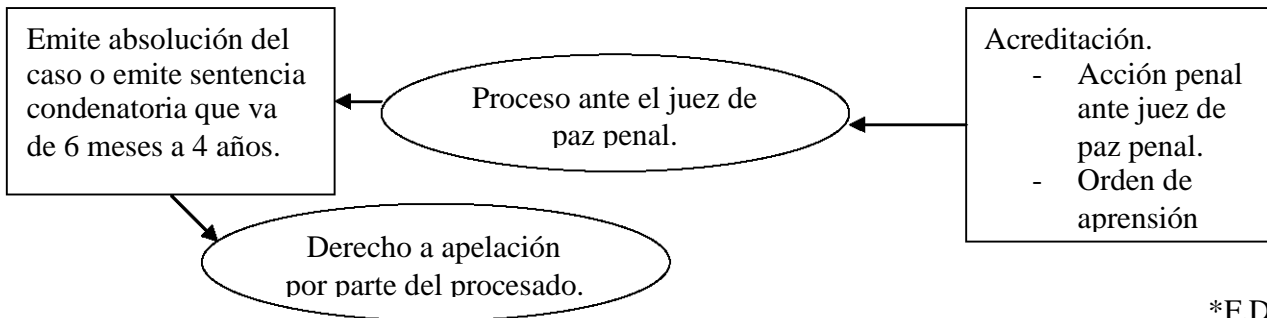
Artículo 49. Aun “cuando la niña o niño se encuentre bajo la custodia de su padre, madre o tutor o de cualquier persona que tenga legalmente o en acogimiento, el Ministerio Público estará facultado para intervenir de oficio en los casos en que su integridad física o psíquica este en peligro, a fin de proceder siempre en atención a su interés superior.

También las Procuradurías, los Jueces de lo Familiar, el DIF, la Comisión de los Derechos Humanos y la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, protegen todos los derechos para la infancia, con la finalidad de que el menor tenga una vida digna, sin dificultades en su desarrollo.

De este modo es deber del estado “proteger al menor ante las formas de malos tratos cometidos por los padres o cualquier otra persona responsable del cuidado de él, asimismo de establecer medidas preventivas y de tratamiento respecto al maltrato del menor”. (53)

INTEGRACION DE AVERIGUACION PREVIA ANTE MINISTERIO PUBLICO (MP)





*Fuente directa Ministerio Publico

*F.D

Importancia de la atención multidisciplinaria.

Se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes. La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres sustituyéndolos por métodos positivos efectivos

A nivel institucional, el síndrome del niño maltratado no debe circunscribirse a una sola persona, ya que como se ha explicado, las lesiones son múltiples, debiendo integrarse el equipo de tratamiento por un médico pediatra, un ortopedista, un dermatólogo, un psiquiatra infantil, psicólogos y trabajadoras sociales.

Los profesionales de la odontología y otros profesionales de la salud tienen un papel esencial en el control de los malos tratos. Además los odontólogos nos encontramos entre los profesionales de la sanidad que están obligados por ley a denunciar los presuntos casos de malos tratos infantiles ante las autoridades protectoras de los menores¹.

Sin embargo, es importante destacar que no es responsabilidad del odontólogo hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ni debe nunca hacerlo, porque el odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero si puede, durante la exploración, alertarse y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas o lesiones que afectan a las estructuras orales¹⁰.

Es importante tomar conciencia que el abordar un tratamiento en odontología especialmente, debe suponer desde la primera cita, una predisposición y voluntad especiales, que en caso del niño víctima de maltrato debe fomentarse la seguridad y confianza, especialmente cuando hay falta de la misma, que resulta ser en la mayoría de los casos y que son la causa de la deficiente colaboración que puede

verse en estos pacientes. En estos casos las técnicas del manejo de la conducta se pueden considerar un arte a través del cual se establece la comunicación, se fomenta la educación y se construye una relación de confianza entre el niño y su odontólogo.

OBJETIVOS

Objetivo general.

- identificar el manejo odontológico de niños con síndrome de maltrato.

Objetivos específicos.

- Detectar los signos y síntomas del niño con síndrome de maltrato como: maltrato físico (síndrome del niño sacudido), maltrato psicológico, maltrato sexual (abuso sexual).
- Analizar el tipo de maltrato por sexo en los niños que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Determinar el manejo odontológico para cada tipo de maltrato.
- Conocer la actitud legal que como odontólogo debemos tener ante una situación de cualquier tipo de maltrato.

HIPÓTESIS

- El maltrato de tipo físico es el más común en los niños que asisten a consulta dental en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- El maltrato psicológico es el menos común en los niños que asisten a consulta dental en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- El maltrato infantil se da más en los niños que en las niñas que acuden a consulta dental.

VARIABLES

INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Sexo	Carácter asignado por un fenotipo y un genotipo.	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativa nominal
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes - Quemaduras - Pellizcos - Bofetadas - Mordeduras - Empujones - Puntapiés - Castigos 	Presente	Cualitativa nominal
Maltrato Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes ofensivos - Hostigamiento verbal - Gestos - Rechazo - Humillaciones - Abandono - Ignorancia - Insultos - Criticas - Descréditos - Ridiculización - Indiferencia 	Presente	Cualitativa nominal
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Acto sexual involuntario - Incesto - Violación - Vejación sexual - Contacto físico - Explotación sexual 	Presente	Cualitativa nominal
DEPENDIENTE			
Manejo Odontológico (técnicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica decir, mostrar, hacer. - Técnica de control de voz. - Control de las emociones. 	Presente	Cualitativa nominal

RECURSOS

Humanos:

- Director.
- Asesor.
- Pasante de servicio social.

Físicos:

- Instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Bibliotecas

Materiales:

- Historias clínicas
- Unidad dental
- Material e instrumental odontológico.
- Equipo de protección.
- Computadora
- Lápiz y papel

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Análisis:

Descriptivo

Tiempo:

Prolectivo

Periodo:

Transversal

Universo:

70 pacientes con síndrome de maltrato infantil que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Criterios de inclusión:

- Pacientes con síndrome de maltrato infantil como: maltrato físico (síndrome del niño sacudido), maltrato psicológico, maltrato sexual (abuso sexual) que acuden a consulta odontológica en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retraso mental.
- Pacientes con autismo.
- Pacientes que requieran de tratamientos específicos como ortodoncia y cirugía maxilofacial

Diseño estadístico:

Se analizo por número de casos y porcentajes.

Cronograma de actividades:

Ver anexo N.1

Análisis de resultados.

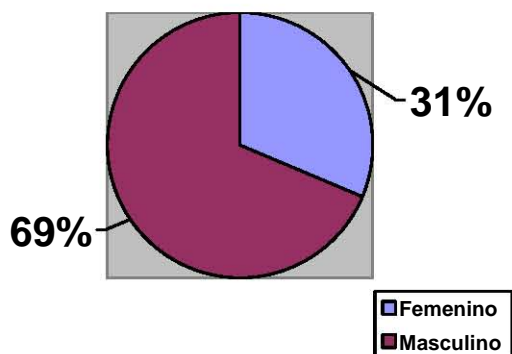
La atención odontológica que se da a los pacientes con síndrome de maltrato en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” varía de acuerdo al modo de comportamiento que toman debido al tipo de maltrato que sufren.

Tabla N.1 Porcentaje de pacientes revisados por sexo en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el periodo de agosto de 2004 a julio del 2005.

Sexo	N. de pacientes	%
Femenino	22	31%
Masculino	48	69%
Total	70	100%

*Fuente directa

Grafica N.1 Porcentaje de pacientes revisado por sexo en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el periodo de agosto de 2004 a julio del 2005.



*F.D.

Interpretación de tabla y grafico N.1

El total de pacientes revisados por sexo en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el periodo de agosto de 2004 a julio de 2005 son 70 que representa el 100% de los cuales el 31% (22) corresponde al sexo femenino y el 69% (48) al sexo masculino.

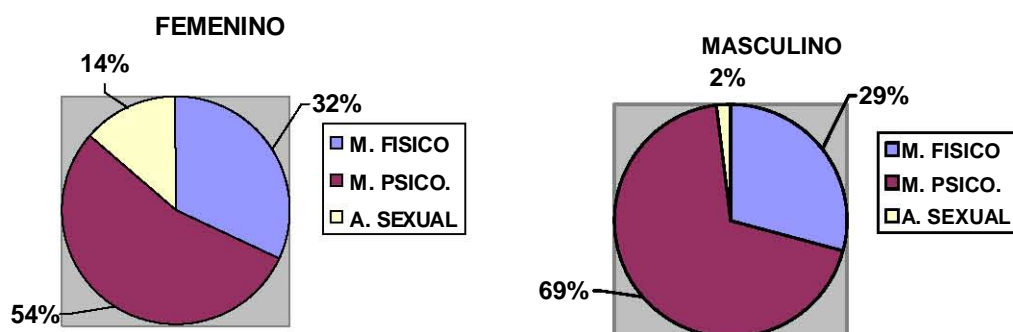
*Fuente directa: Manejo odontológico del niño con síndrome de maltrato en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”. En el periodo de agosto 2004 a julio del 2005.

Tabla N. 2 Porcentaje de pacientes por sexo revisados con síndrome de maltrato del hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Síndrome	sexo		%	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Maltrato físico	7	14	32%	29%
Maltrato psicológico	12	33	54%	69%
Abuso sexual	3	1	14%	2%
Total	22	48	-	-
Total %	100%	100%	100%	100%

*F.D.

Grafico N. 2 Porcentaje de pacientes revisado con síndrome de maltrato por sexo.



*F.D.

Interpretación de la tabla y grafico N. 2

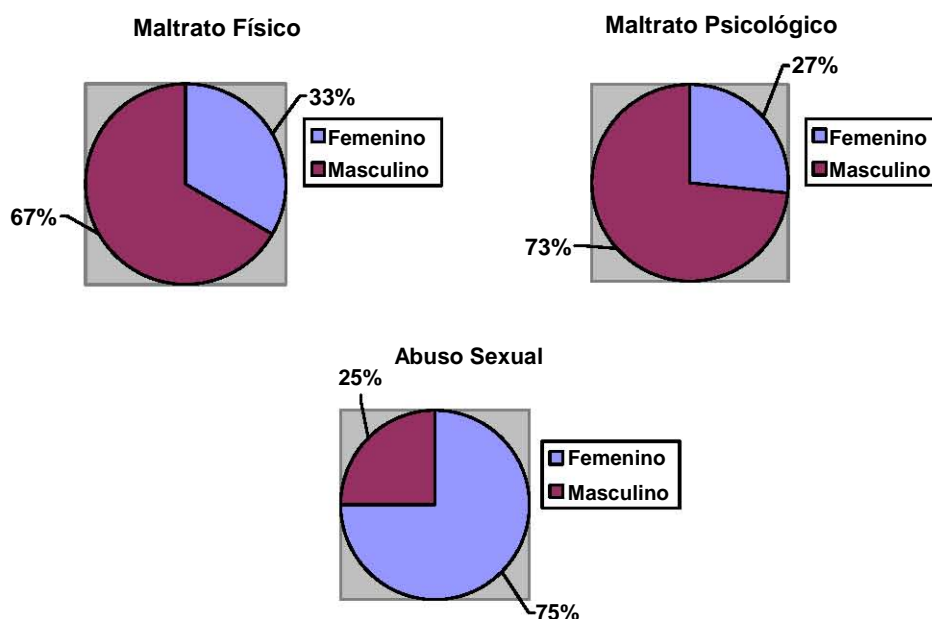
El total de pacientes revisados con síndrome de maltrato del sexo femenino son 22 de las cuales el 32% (7) corresponde al maltrato físico, el 54% (12) para el maltrato psicológico y un 14% (3) para abuso sexual. Mientras que en los hombres el 29% (14) tienen maltrato físico, el 69% (33) maltrato psicológico y el 2% (1) abuso sexual de 48 pacientes revisados.

Tabla N. 3 Porcentaje comparativo por sexo de pacientes revisados de acuerdo al tipo de maltrato presentados en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Síndrome	Sexo		%		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Maltrato físico	7	14	33	67	100
Maltrato psicológico	12	33	27	73	100
Abuso sexual	3	1	75	25	100

*F.D.

Grafico N. 3 Porcentaje de pacientes revisados por sexo de acuerdo al tipo de maltrato.



*F.D.

Interpretación de la tabla y el grafico N. 3

El total de pacientes revisados de maltrato físico son 21 (100%), de los cuales (7) 33% son femenino y (14) 67% son masculinos.

El total de pacientes revisados de maltrato psicológico son 45 (100%), de los cuales (12) 27% son femenino y (33) 73% son masculinos.

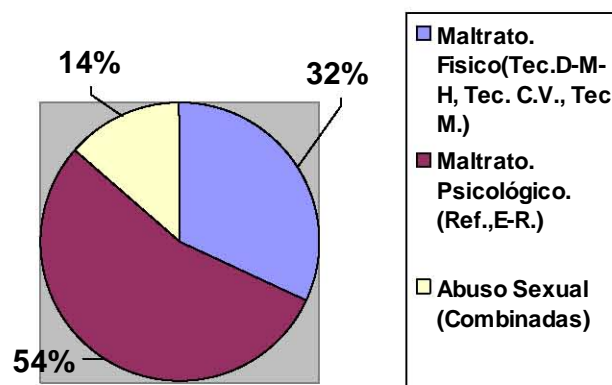
El total de pacientes revisados con abuso sexual son 4 (100%), de los cuales (3) 75% son femenino y (1) 25% son masculinos.

Tabla N. 4 Tipo de atención odontológica por síndrome de maltrato del sexo femenino.

Síndrome	Tipo de Atención	Cantidad	%
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica Decir-mostrar-hacer • Técnica De control de voz. • Técnica De modelamiento 	7	32%
Maltrato psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Por reforzamiento. • Por estimulo respuesta. 	12	54%
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Combinadas 	3	14%
Total		22	100%

*F.D.

Gráfica N. 4 Tipo de atención odontológica por síndrome de maltrato del sexo femenino.



*F.D.

Interpretación de la tabla y gráfico N.4

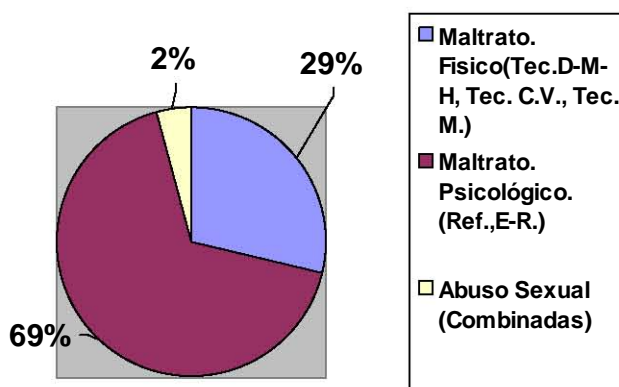
El tipo de atención que se aplicó al sexo femenino de acuerdo al tipo de maltrato fue el 32% con maltrato físico se les dio atención con técnicas de decir-mostrar-hacer, control de voz y de modelamiento, en el 54% con maltrato psicológico se les dio técnicas de reforzamiento y estímulo-respuesta y por último el 14% con abuso sexual se les dio técnicas combinadas.

Tabla N. 5 Tipo de atención odontológica por síndrome de maltrato del sexo masculino.

Síndrome	Tipo de Atención	Cantidad	%
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica Decir-mostrar-hacer • Técnica De control de voz. • Técnica De modelamiento 	14	29%
Maltrato psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Por reforzamiento. • Por estímulo respuesta. 	33	69%
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Combinadas 	1	2%
Total		48	100%

*F.D.

Grafica N. 5 Tipo de atención odontológica por síndrome de maltrato del sexo masculino.



*F.D.

Interpretación de la tabla y el grafico N. 5

El tipo de atención que se aplicó al sexo masculino de acuerdo al tipo de maltrato fue el 29% con maltrato físico se les dio atención con técnicas de decir-mostrar-hacer, control de voz y de modelamiento, en el 69% con maltrato psicológico se les dio técnicas de reforzamiento y estímulo-respuesta y por último el 2% con abuso sexual se les dio técnicas combinadas.

DISCUSION

- Como lo menciona el Centro Internacional de la Infancia el maltrato infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo.
- Este mismo clasifica el síndrome de maltrato como: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato institucional y abandono o negligencia, clasificación que utilizamos en la presente investigación excluyendo el síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato institucional y abandono o negligencia pues no se presentó ningún caso en el Hospital.
- El DIF en el año 2000 identifica que son más maltratados los niños en un 55% que las niñas en un 45%, dato que corroboramos en nuestra investigación ya que el 69% de los pacientes revisados con síndrome de maltrato son del sexo masculino y el 31% pertenece al sexo femenino; es decir casi el doble en el sexo masculino que en el sexo femenino.
- En el año 2000 el DIF menciona que el tipo de maltrato con mayor prevalencia es el psicológico seguido del físico y por último el sexual, mismo dato que corroboramos en nuestra investigación, ya que el maltrato psicológico se presentó más en ambos sexos, el 69% para los niños y el 54% para las niñas.
- Por otra parte en cuanto a la atención médica Terr y Mcleer nos mencionan que es importante identificar y tratar a tiempo estos problemas para minimizar las consecuencias, esto se logra dando tratamiento con el fin de recuperar la confianza en el paciente maltratado. Así mismo sugiere trabajo multidisciplinario abordando los aspectos biológico, psicológico y legal.
- Aquí el odontólogo juega un papel muy importante, ya que los padres toman precauciones para no ser identificados como maltratadores ante el médico o pediatra, sin embargo no suelen tomar estas medidas con el odontólogo, por ello en el servicio de odontología del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" tratamos de identificar este tipo de problemas para poder brindar atención integral al niño con síndrome de maltrato.

Como lo menciona Loredo y Terr las técnicas que se utilizan para dar atención odontológica a los pacientes con síndrome de maltrato son:

- Comunicación verbal y no verbal
- Técnica de control de voz
- Técnica decir – mostrar – hacer. (DMH)
- Perfeccionamiento.
- Técnica estímulo – respuesta (E-R)
- Imitación o modelamiento
- Técnica desensibilización
- Extinción o ignorar.
- Reforzamiento negativo
- Castigo
- Tiempo fuera o aislamiento
- Técnico mano sobre boca y nariz
- Tratamiento farmacológico
- Anestesia general

Para la presente investigación únicamente utilizamos las técnicas:

- Técnica de control de voz
- Técnica decir – mostrar – hacer. (DMH)
- Técnica estímulo – respuesta (E-R)
- Imitación o modelamiento
- Reforzamiento positivo
- Combinadas

Las que no se utilizaron en este presente trabajo son:

- Extinción o ignorar.
- Reforzamiento negativo
- Castigo
- Tiempo fuera o aislamiento
- Técnico mano sobre boca y nariz
- Tratamiento farmacológico
- Anestesia general

No se utilizaron por la misma recomendación de los autores y de los mismos responsables del Hospital, pues estas técnicas no son las adecuadas para este tipo de pacientes ya que dificultan la aceptación del tratamiento dental.

Sin embargo para poder aplicar estas técnicas no se cuenta con el equipo necesario (medico anestesiólogo, especialistas, entre otros.)

CONCLUSIONES

- La prevalencia de pacientes con síndrome de maltrato se presentó más en el sexo masculino que en el sexo femenino.
- De los tipos de maltrato revisados el que más se presenta tanto en niños como en niñas es el maltrato psicológico.
- En cuanto a la atención odontológica, las técnicas utilizadas tienen ventajas y desventajas por lo que no podemos decir cual es mejor que otra para estos niños.
- La combinación de técnicas es el mejor resultado para dar una atención con calidad para este tipo de pacientes.
- En cuanto a las hipótesis planteadas observamos que la primera se cumplió en un 50% ya que el maltrato psicológico que se puso como segunda opción es la que más se presentó y el maltrato físico que estaba en primer lugar en este trabajo se presentó en segundo lugar y el que menos encontramos es el abuso sexual como lo planteamos en la hipótesis.
- La hipótesis dos se cumplió. Se identificó que son más los niños con síndrome de maltrato y en menor cantidad se presentó en las niñas.
- Legalmente existe apoyo para los niños con síndrome de maltrato pero desafortunadamente en el área estomatológica el odontólogo no se involucra lo suficiente, es decir prefiere dejar el problema desapercibido pues quiere evitar verse envuelto en un problema de este tipo.

SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS.

Para llevar a cabo la atención de casos de maltrato infantil en las instituciones de salud, es necesario tener en cuenta aspectos tales como:

Sensibilización y Capacitación.

Sensibilizar y capacitar a todo el personal sobre conocimientos y particularidades del maltrato infantil, con el fin de implementar la detección, recepción y atención de casos de manera adecuada.

Construcción del grupo interdisciplinario.

Constituir e implementar un equipo interdisciplinario de trabajo (de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales), con el objetivo de:

- a. Brindar apoyo mutuo a través de canales efectivos de comunicación. (conferencias, congresos, cursos, entre otros.)
- b. Compartir información.
- c. Tomar decisiones conjuntas.
- d. Planear acciones.
- e. Proporcionar atención integral.

Actividades del grupo interdisciplinario.

- Incrementar y mejorar las estrategias de sensibilización, dirigidas al grupo de profesionales e instituciones en el área de la salud, fortalecer los controles en la calidad de la atención de esta misma área.
- Coordinar y ejecutar la actualización del personal que labora en el área de salud, en el tema del maltrato infantil
- Implementar actividades de promoción del buen trato y de prevención, identificando e interviniendo en factores de riesgo de maltrato.
- Planear, controlar y evaluar actividades realizadas.
- Conocer y difundir las competencias a la institución involucrada en la atención jurídica legal y de protección en general a la niñez.
- Participar en el diagnóstico de casos y explorar los diferentes tipos de maltrato y sus posibles combinaciones.
- Realizar un adecuado estudio de los casos para lograr una óptima intervención disciplinaria (incluida la visita domiciliaria para confirmación y seguimiento).
- Orientar, según el caso, la intervención del equipo multidisciplinario.
- Orientar e informar a los familiares y al paciente, sobre el proceso de atención; teniendo presente el respeto de la confidencialidad.
- Educar al menor y al adulto responsable, sobre la importancia de cumplir con las prescripciones de cada una de las especialidades.

- Elaborar, en conjunto con la familia y el personal de salud, planes integrales de rehabilitación que favorezcan una mejor comprensión y relación con el niño.

A la familia

- Realizar campañas o conferencias que difundan la sensibilización de no a la violencia en contra del menor y así mismo educar a los padres de familia a no cometer errores que en la sociedad afectan.

Enfoque holístico en la atención del niño con síndrome de maltrato.

Por medio de la realización de este trabajo se llego a comprender que el desarrollo de la personalidad de un individuo depende en gran medida y queda determinada si ésta sufre algún tipo de maltrato durante su infancia.

Por esto se llego a concluir que la primera etapa de socialización que el niño vive dentro de su núcleo familiar es muy importante para su futura relación con la sociedad. Más específicamente es lo que determinará la manera en que se relacionará con esta. Si un niño sufre de maltrato en esta primera etapa de su vida, le quedarán secuelas irreversibles algunas veces, que se podrán manifestar de diferentes maneras en su vida de adulto. El maltrato, además, viola los derechos fundamentales de los niños, y por lo tanto, debe ser detenido, y cuanto antes mejor.

Los niños maltratados hoy se convertirán en adultos problemáticos del mañana.

Son quienes estarán a cargo de la sociedad, quienes llevarán adelante a grupos y comunidades. Por esto se deben de fomentar campañas a favor de las denuncias del maltrato infantil, creando los ámbitos adecuados y desarrollando los foros de discusión necesarios. Así como también los adultos debemos asumir nuestras responsabilidades maduramente y con compromiso para evitar que los niños se conviertan en agresores.

La realización de este trabajo ha servido de gran enriquecimiento para mi abarcando un tema de vital importancia en mi vida presente y futura.

El niño es considerado como uno de los seres más indefensos, cada vez con más frecuencia se reciben en hospitales y servicios de emergencia, menores a quienes las personas que deberían de cuidarlos, los han agredido.

Los menores de edad generalmente son el centro de la agresión por varias causas: su labilidad, la imposibilidad para comunicarse con los demás y su estancia intradomiciliaria, aunque los niños mayores no quedan exentos de maltrato sobre todo del tipo emocional y sexual.

Referencias Bibliográficas:

1. Torregosa FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, DF, 1992; 55-74.
2. Loredó A.A. Maltrato al menor. México D.F. Interamericana. Mc Graw Hill. 1994; 56-62.
3. Loredó AA, Oldak SD, Carvajal RL, Reynes MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. México 1990; pp.91-95.
4. Foorward. S. Las deidades parentales. Padres que odian. México, D.F.:ed. Grijalbo, 1991; pp.56-60.
5. Muller RT, Hunter EJ, Stollak G. The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. 1995; 1323-35
6. Levav I, Guerrero R, Phebo L, Coe G, Cerqueira MT. El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? Boletín Oficial Panamericana, 1996: 219-29.
7. Osorio CA. El niño maltratado. 2da. Edición. México, D.F.: Trillas, 1995: 150-53.
8. Maher P. El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México D.F: Grijalbo, 1990; 65-79.
9. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México D.F.: Trillas, 1991: 67-78.
10. Gamboa CF. Prevención al maltrato del menor y su maltrato social. En: el maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias de 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992: 300-07
11. Arechederra Aj. Maltrato de menores. Psicología y conductas delectivas. 1997
12. Manrique I. La niñez en la crisis. Institución de Investigaciones Económicas. Editorial Cambio XXI Noviembre 1996 México 127, 28

13. Reglamento de la ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar del distrito federal.p.2 E, (16.05.96)
14. <http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob>. Maltrato infantil. 2005
15. Kempe. Niños maltratados. ED. Morata, Madrid 1985, .36
16. American Psyciatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Barcelona. 1995.
17. Figueroa. Antología “menores en situaciones de riesgo”julio 1998, área de docencia.
18. <http://html.roncondelvago.com/el-maltrato-infantil.html>. 2005
19. <http://www.asambleadf.df.gob.mx.princip/informac/legislacion/leyes.htm>. 2005
20. Perea, Loredo, Trejo, Baez, Martin, Monroy, Venteño. Boletín medico del hospital infantil de México. 2000; 58:251-258
21. Loredo A. Maltrato en el niño. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2001:135-139
22. Loredo A. Maltrato en el niño y el adolescente. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2004
23. Becker O. y cols. “Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentist. J. Am. Dent. Vol. 97. 1998.
24. Fernández F. J. y col. “Diagnóstico odontológico-forense en el reconocimiento del niño maltratado”. Quintessence (ed. esp.) 12, 1999. : 287-291

25. López J.M. y col. "Manejo y Técnicas en la atención odontopediátrica, especialmente en niños maltratados. "Avances en odontoestomatología. 15, 5. 1999: 297-301.
26. Stephen A. "child Abuse: Behavioral indicators of child maltreatment." Journal of dentistry for children. January-February 1999: 17-21.
27. Stephen A. "Abuso de niños" Dent. Clin. North American. 39, 4. October 1995: 827-828.
28. González MD, De Los Ríos M. J. "Malos Tratos Psicológicos a la Mujer". JANO Psiquiatría y Humanidades. 11, 2. 2000: 5-8.
29. Terr L. C. "Childhood Traumas: An Outline and Overview. "AMJ Psychiatry 148: 1. January. 1991: 11-19.
30. MC Mouren-Simeoni. "Actualite du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant". Seance du lundi. 152. 10. 1994: 685-688.
31. Fao E. D. "Arausal, numbing and intrusion symptom structure of ptsd following assault". AMJ psychiatry 152: 1. 1995.
32. Welburry R. Murphy.JM "The dental practitioner's role in protectin children from abuse. Reporting and subsequent mangement of abuse". British dental journal. 118. 32. 1998.
33. Arechederra J. J. "Maltrato de menores II. "Psicopatología y conductas delectivas. 1997: 4-31.
34. Delgado A. y Garate J. "Maltrato en el niño". En: Grandes síndromes en pediatría, universidad del país vasco, Bilbao, 1996.
35. Stephen A. "Dental neglet." Journal of dentistry for children. 1998.
36. Terr L. "What happens to the memories of early childhood trauma". Jam Acad child adolesc psychiatry. .27. 1998. 96-104.
37. Mcleer S y cols. "Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. Jam Acad child adolesc psychiatry.. 27. 1998: 650-659.
38. Loredó AA. El maltrato del niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Boletín Medico Hospital Infantil de México 1993; 898-902.
39. Terr L. "Childhood trauma and the creative product. Psychoanal study chid. 1987. 42: 545-572.

40. Chambers, David W. "Behavior Management Techniques for pediatric Dentist an Emdarrassment of Riches". J. dent Child. 1997.44:3034.
41. Cortes Eduardo. Desarrollo y tratamiento psicologico del paciente dental. Seccion de psicología clinica.
42. Bijou,S.W. Modificación de la conducta Problemas y Extensiones. Mexico: Ed. Trillas, 1972.
43. http://www.derechosinfancia.org.mx/legislación/legislación_8.htm. 2005.
44. Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar. Publicada el 08 de julio de 1996 y reformada por última vez por decreto publicado en la GODF el 02 de julio de 1998.
45. Kimberly RC, Stephen W ,Techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. Pediatric Dent 1999 347-353.
46. Mc Donald. Odontología pediátrica y del adolescente Editorial Medica Panamericana, 5 Ed. 1996.
47. Zadik. Management of the crying child during dental treatment. J Dent Child 2000:55-59
48. Revista ADM.61.5 Septiembre 2004:165-170.
49. [www. Medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004_pdf](http://www.Medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004_pdf) 2005
50. Peretz B. E. Dental health behavior of children with BBTB treated using general anesthesia or sedation. J Dent Child 2000:50-54
51. Frankl S.Should the patent remain with the child in the dental operatory. J Dent Child 1999: 150-153.
52. Johnson RK. Routine pre-operative blood testing: is it necessary? Anesth 2002:914-917.
53. Artman. Self report measurement of dental anxiety and fear in children. J Dent Child 2000:252-258
54. Neverlien PO. Dental Anxiety, optimism-pessimism, and dental experience from childhood to adolescence. Community Dent Oral Epidemiology 2001:263-269.

55. Programa de Prevención para el maltrato del Menor del DIF, (DIF/PREMAN). Denuncias sobre maltrato al menor recibidas en el Departamento de Servicios Sociales. 1995; 105
56. Gaceta oficial del distrito federal. Publicada el 22 de julio del 2005.

