



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE
NIÑO MALTRATADO: HABILIDAD DIAGNÓSTICA EN
UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE PRE Y POSGRADO.
FO. UNAM. 2012.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

LEONARDO PRIETO RAMÍREZ

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por el privilegio de haberme brindado la oportunidad de obtener mi formación académica media superior y profesional.

A la Facultad de Odontología, por el orgullo de ser un profesional egresado de sus aulas.

A todos y cada uno de los doctores y maestros de la facultad, porque la convivencia diaria fue de constante aprendizaje y formación. En especial, aquellos que siempre estuvieron dispuestos para aclarar y resolver mis dudas.

A los doctores que fueron parte de este proyecto. En principio a la Dra. Alicia Montes de Oca, quien me encaminó de forma correcta en el tema; a la Dra. Arcelia Felicitas Meléndez, que sin ser mi tutora o asesora me ayudó en algunos aspectos de mi tesina. Y por último al Dr. Jesús Díaz de León, quien fue el primer contacto con algún profesor de la facultad y son de esos momentos que nunca olvidaré, pero principalmente por haber despertado el interés de investigar más sobre este tema y ser el tutor de este proyecto.

A mi padre, Luis Prieto Zamudio, por su decisivo apoyo para concluir mis estudios hasta esta etapa, pero sobre todo por forjarme como un hombre de valores, capaz de enfrentar cualquier reto en la vida.

A mi madre, Ma. Teresa Ramírez Ponce, que me ha brindado muchas cosas inexpresables con palabras. Su apoyo, cariño, comprensión, preocupación, pero sobre por su amor inmenso e incondicional, ese que solo una buena madre puede darle a su hijo.

A mis abuelos Micaela Hernández García, Eutimio Ramírez Ramírez, Altagracia Ponce Hernández, Inés Zamudio Pérez y Román Prieto Palacios, quienes ya no se encuentran físicamente con nosotros, pero siempre están en mi mente y corazón, ya que gracias a ellos mis familiares y yo estamos en este mundo.

A mis hermanos Luis Román y Nora Inés, que me han apoyado en cada momento de mi vida, aún lejos de mi persona. Igualmente a mi único sobrino, hasta ahora, Luis Antonio Prieto Hernández, por su cariño, gracia e inocencia características de sus casi cuatro añitos.

A mis amigos de toda la vida Yair Flores Ramírez, Guillermo Esquivel Martínez, y los hermanos Rubén, Fernando, y Alex López Guillen, que los considero más hermanos que amigos.

A mis amigos de la facultad que ya próximamente serán mis colegas. Con ellos compartí muchos momentos inolvidables, como son los del 14 (Nayeli, Keta, Ale Landeros, Gaby, Mireya, Rosalía, Estela, Cindy, Karina, Víctor, Abel, Edgar, Erasto, Samuel, Miko, Diego, Marco y Cabañas); mis amigos del servicio social de prótesis (Nayeli, Lucero, Isaac, Ernesto, Gabriel y Roberto) y, por supuesto, a mis amigos de la Clínica Periférica Las Águilas (Adriana, Karen, Vianney y Lalo). Si omití alguno, mis disculpas por ello.

A las familias Prieto Zamudio, Ramírez Ponce y sus combinaciones, porque siempre me hicieron llegar su apoyo de todas las formas posibles y que sin ellos no estaría en el punto que me encuentro en estos momentos.

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.”

Albert Einstein

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
4. JUSTIFICACIÓN	36
5. OBJETIVOS	37
5.1 General	37
5.2 Específicos	37
6. METODOLOGÍA	38
6.1 Material y método	38
6.2 Tipo de estudio	38
6.3 Población de estudio	38
6.4 Muestra	38
6.5 Criterios de inclusión	39
6.6 Criterios de exclusión	39
6.7 Variables de estudio	39
6.8 Variable independiente y variable dependiente	39
6.9 Consideraciones éticas	39
7. Resultados	41
8. Discusión	62
9. Conclusiones	64
10. Referencias Bibliográficas	66
Anexos	69

1. INTRODUCCIÓN

La violencia y el maltrato intrafamiliar constituyen uno de los problemas más importantes en materia de salud pública en México y en el mundo; sus diferentes formas de expresión son una amenaza para la salud individual y colectiva, en especial en los menores de edad. El maltrato infantil es considerado un problema mundial, siendo esto una epidemia.

El registro de maltrato infantil es muy escaso en el ámbito odontológico, debido a la falta de conocimientos para el manejo adecuado de los casos por parte del personal encargado de ello, así como por el desconocimiento de los mecanismos legales a través de los cuales pueden ser denunciados los casos confirmados de maltrato.

Las huellas de sufrimiento en los niños abusados o víctimas de maltrato pueden ser detectadas por los odontólogos, ya que son los profesionales de la salud que tienen la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico; el cirujano dentista puede detectar signos de maltrato por tener más acceso a la zona de la cara y cavidad bucal, regiones donde generalmente se observan más las huellas del maltrato. En nuestro país, el 36% de los odontólogos diagnostican maltrato infantil y solo el 19% reportan estos casos a las autoridades.

Las denuncias solo dan cuenta parcial de la magnitud del maltrato, mientras tanto el resto quedan sumergido en el silencio por miedo a represalias, falta de información sobre cómo denunciar o bien porque muchos asumen que el castigo físico y verbal son parte natural de la educación y socialización.

Es importante la implicación de los profesionales de las ciencias de la salud en el problema del maltrato infantil, para la identificación de las manifestaciones físicas y psicológicas del síndrome de niño maltratado, y el establecimiento de protocolos, que ayuden a denunciar los casos de

sospecha, participando con los equipos de los servicios sociales de protección de los infantes.

2. ANTECEDENTES

El maltrato infantil (MI) es una sociopatía mundial que no reconoce diferencias sociales, económicas, culturales ni de sexo; tiene antecedentes que lo sitúan en la más remota antigüedad, ha estado presente en todas las culturas, civilizaciones y sistemas políticos.

El maltrato infantil históricamente se puede dividir en diferentes etapas.^{1,2}

Primera etapa: desconocimiento

Durante esta etapa se tenía conocimiento del mismo pero no se consideraba como un problema de salud pública.

Fue hasta el año de 1874, en Nueva York, que se hizo público el primer caso de maltrato infantil a una niña de 9 años.¹⁻³

Después de la Primera Guerra Mundial, en 1924, a partir de la quinta Asamblea de la Sociedad de Naciones, queda establecida la Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra que entonces describía tan solo cinco derechos de la infancia.

1. El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual.
2. El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desamparado debe ser reeducado; el huérfano y abandonado debe ser recogido y ayudado.
3. El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.
4. El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y protegido de cualquier explotación.

5. El niño debe ser educado, inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo.

Segunda etapa: descripción de síndrome sin identificar

Después de la Segunda Guerra Mundial, se impulsan los derechos de los niños, y surgen instituciones como Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1947, y se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño (1959).^{1, 2}

En el año 1929, por primera vez se hacen referencia a este síndrome.⁷

Tercera etapa: identificación

En 1962 se creó la expresión síndrome de niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, Colorado¹⁻⁶. Planteaba que era el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño.⁵

Con esto comienzan a publicarse casos y ampliarse el concepto al abuso sexual, síndrome de Münchausen, maltrato emocional, etc.^{1, 2}

En 1965 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de México, se reconoció el primer grupo de niños maltratados, a partir de este año se empezó a estudiar sistemáticamente el fenómeno del maltrato en menores.^{4, 7}

Cuarta etapa: reconocimiento

En los 70's y hasta mediados de la década de los 80's, se reconoce la magnitud del MI por su frecuencia y sus graves consecuencias. Debido a

lo anterior se incorpora a la atención del niño el diagnóstico del *síndrome del niño maltratado (SNM)*.²

En 1975 se define el síndrome en los siguientes términos: *“Niños maltratados son aquellos que dentro de un ambiente inadecuado sufren lesiones físicas, psicológicas, o de abuso sexual por parte de sus padres o de las personas encargadas de su custodia”*. Este síndrome presenta un cuadro clínico que consiste de maltrato físico, psicológico, negligencia y abuso causado por los padres hacia el menor.

En 1977 se realiza una vasta investigación basada en la observación de 686 casos de maltrato infantil comprobado. A partir de ese año se empezó a estudiar sistemáticamente el fenómeno del maltrato en menores, sin que se realizaran acciones para combatir o prevenirlo con eficacia.⁷

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) fue creado por Decreto en 1977. De acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, promotor de la asistencia social y de la interrelación sistemática de las acciones rectoras, así como coordinador del sistema, integrado por los órganos estatales y municipales de la asistencia social. El DIF brinda asistencia gratuita a familias y menores con este tipo de problemáticas.

Quinta etapa: prevención

A partir de 1980, el maltrato empieza a considerarse como una prioridad y surgen estrategias para su prevención, ya que de acuerdo a la etiología, existe una serie de factores de riesgo.^{1,2}

En el año de 1989 se crea la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) la cual es adoptada por las Naciones Unidas. Define los derechos

humanos básicos que disfrutan los niños y niñas en todas partes del mundo: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social.

Los cuatro principios fundamentales de la Convención son: la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. Todos los derechos que se definen en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños y niñas.

La Convención protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales. Respecto al maltrato infantil está reflejado en el artículo 19 el cual refiere *“todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra la forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”*.⁸

En 1990, tras cerca de 70 años de esfuerzo por obtener de la comunidad internacional un reconocimiento de las necesidades específicas y vulnerabilidad de los niños y niñas como seres humanos, entra en vigor la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de la Niñez.^{4, 7}

A partir de 1999, instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) llevan un registro de los casos denunciados y detectados para poner de manifiesto que la problemática existe y que por desgracia va en crecimiento.⁷

En el año 2000, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones al artículo 4° constitucional, en la cual se estable que:

- *“Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.*
- *Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.*
- *El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez”.*⁹

En el año 2000 se publica La Ley de los Derechos de la Niñas y los Niños en el Distrito Federal, disposiciones en materia de maltrato infantil. Con esta publicación se le dio a la Secretaria de Salud la facultad de manejar este tipo de casos, en conjunto con otro tipo de instituciones de carácter público y privadas.⁷

En el 2008 se creó el Plan Nacional de Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, el cual crea estrategias y políticas de salud pública que intervengan en la problemática de violencia y maltrato.

De acuerdo con datos del DIF, en 2009 se registraron 39,016 denuncias por maltrato infantil en México; en 19,404 de ellas se comprobó el maltrato, sin embargo sólo 5,301 se presentaron ante Ministerio Público, es decir, que solamente 27.32% de las denuncias llegaron a instancias de

procuración de justicia. Además, se reportó también que de 37,539 menores de edad maltratados atendidos, 17,847 (48%) eran niños y 19,692 (52%) eran niñas. En orden descendente, los tipos de maltrato más frecuentes fueron: omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional.⁴

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN

El SNM es una de las formas que asume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico-legal que puede definirse por el daño físico o psicológico, inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocado por uno o más adultos que están a cargo de las víctimas.

De acuerdo con la definición propuesta, los elementos esenciales del SNM son: la víctima es un niño, en cualquier etapa de su desarrollo; el agresor es uno o más adultos, vinculados al niño por una relación de poder, sea parental o institucional: padres, hermanos mayores, cuidadores, etc.; la agresión es crónica, conformando una forma de relación víctima-agresor; ocasionando daño físico o psicológico.¹⁰

Según la UNICEF, *“Los menores víctimas del maltrato y abandono son aquellos segmentos de la población conformados por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”*.^{7, 8, 11}

A su vez, la UNICEF define a la violencia física y emocional como aquella que realizan los adultos con la intención de corregir una conducta no deseable y enseñar una nueva conducta que consideran importante. En

cambio, la diferencia con el maltrato físico es la intensidad y la intención. Se creó un síndrome en las víctimas conocido como el síndrome del maltrato infantil. Las tres formas conocidas son: maltrato físico, emocional y psicológico.^{4, 8}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al MI, como el abuso y la desatención de que son objeto los menores de 18 años de edad, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que cause o pueda causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño.^{11, 12}

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aún sin estar intencionado, que perjudique el desarrollo normal del menor”.^{3,7}

En este tenor, el DIF define al MI como toda agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, explotación comercial o de otro tipo; siempre intencional, no accidental, realizada habitual u ocasionalmente, sin importar el espacio físico donde ocurra; contra niños, niñas y jóvenes, desde la etapa prenatal y que afecte su integridad biopsicosocial, ejecutadas por una persona, institución o sociedad en el contexto de una relación de confianza, de superioridad física y/o intelectual y/o poder.^{3, 4, 7}

En el 2010 se definió al MI como toda agresión u omisión, física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona de menor edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial. Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.⁴

Kieran y O'Hagan hacen una diferencia entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican que es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa del dolor emocional. El maltrato psicológico en cambio es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato, abuso sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño, que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y lo atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro, afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social.^{3, 5}

En general el MI se puede definir como el uso de fuerza física o psicológica de modo intencionado, encaminada a herir o lesionar al menor, la cual es provocada por la persona responsable del mismo.

2.2 FACTORES DE RIESGO

La violencia intrafamiliar tiene entre sus principales factores del MI, el cual no tiene límites sociales, culturales, ideológicos y/o geográficos, se trata de un fenómeno cuyos rasgos varían dependiendo de la posición económica, educación, grupo étnico, sexo, edad y valores o creencias de un grupo específico.⁷

Los factores que le confieren gran vulnerabilidad es la falta de autonomía derivada de su corta edad y los consecuentes altos niveles de dependencia⁸ Entre estos factores tenemos a:

- Económicos, la carencia monetaria, desempleo, subempleo, entre otras.

- Sociales: farmacodependencia o alcoholismo de los padres o de la persona agresora, abuso sexual en las familias, desintegración familiar, conflictos ocasionados por el nacimiento de hijos no deseados, prostitución, orfandad, etc.⁴
- Culturales: los grupos étnicos, religiosos y culturales inciden en modo directo en el trato y respeto a los menores, de tal forma que un mismo hecho negativo en una sociedad avanzada puede resultar permitido en otro marco social.¹³
- Biológicas: limitaciones físicas en el menor, daño neurológico, malformaciones, entre otras.
- Emocionales: incapacidad de los padres para enfrentar problemas, inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema y problemas entre pareja que conducen al maltrato al menor, omitiendo los requerimientos básicos para su formación y desarrollo.

De acuerdo con la UNICEF, la mayor parte de la violencia que sufren los menores, se da dentro del seno familiar, por los padres, familiares cercanos a la víctima y de otros niños o niñas.⁴

2.3 CLASIFICACIÓN DEL MI

La clasificación implica únicamente reconocer el problema más relevante que afecta al niño, la cual determina su detección.

Prenatales

- Gestaciones rechazadas, sin control médico, alimentación intencionalmente deficiente durante el embarazo.
- Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos.
- Enfermedades de transmisión sexual heredadas al menor.
- Maltrato de la mujer embarazada.

Posnatales

- Abuso físico: Engloba lo que corresponde a cualquier lesión corporal que un padre, integrante de la familia o cuidador cause a un niño intencionalmente, como un comportamiento único o repetido.^{1,2}
- Abuso sexual: Es el maltrato mediante el cual se pretenden mantener relaciones sexuales o explotar sexualmente a un menor ^{1, 2, 5}. En este se incluye aquellas experiencias sexuales inapropiadas para la edad, incluso en ausencia de violencia o daño real.
No es necesario que exista contacto físico para considerar que existe abuso sexual.^{1,2}
- Abuso emocional (Psico-emocional): Este hace referencia a un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psicológico del niño y su autoestima. Este tipo de maltrato suele definirse como: la hostilidad verbal o no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, sometimiento o dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional ^{1,2,5}. Este tipo de maltrato va a impedir el desarrollo normal de la vida social y lúdica, generando un estrés constante.^{1,2,4}
- Omisión o negligencia: Cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo ^{1, 2, 5}. La negligencia dental es definida por la American Academy of Pediatric Dentistry como una *“falta deliberada, por parte del padre o tutor, de la búsqueda y seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección”*^{1, 2}. Una madre o padre negligente es aquella que después de haber sido advertida por el

odontólogo no lleva a su hijo a los controles periódicos ¹¹. La falta de cuidado en estos casos imposibilita una alimentación normal, causa dolor crónico, frena el crecimiento del menor y dificulta su vida diaria normal.^{1,2}

Esta clasificación a su vez se subdivide en dos grupos:

1. Pasivo: Comprende el abandono físico y abandono emocional.
2. Activo: Corresponde al abuso físico, abuso sexual y el abuso emocional. ¹⁴

Según el Congreso Internacional de Paris (1982), a la clasificación existente deben añadirse:

- Violencia Intrafamiliar: Corresponde al escenario como es el hogar y puede ir desde el maltrato físico, psicológico, sexual hasta la negligencia.
- Violencia Extrafamiliar: Puede ocurrir en la escuela siendo de tipo físico, psicológico o exceso de trabajo; y en hospitales (iatrogenias o abuso sexual).
- Niños abandonados: Refiere a los niños de la calle.
- Niños explotados: Se refiere a los niños trabajadores o que son prostituidos, este es uno de los maltratos que en la actualidad se encuentran en aumento.
- Otras formas de maltrato: Síndrome de Muchausen y aborto.^{5,14}

El Síndrome de Muchausen es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce al niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. Es un síndrome poco común y comprendido, cuya causa es desconocida. La madre puede simular síntomas de enfermedad en su niño añadiendo sangre a su orina o heces, dejándolo de alimentar,

falsificando fiebres o administrando eméticos catárticos para simular vómitos o diarreas.⁵

2.4 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

Algunas de las características más comunes en el agresor son:

- Autoestima baja.
- Depresión.
- Neuróticos.
- Ansiosos.
- Alcohólicos.
- Drogadictos.
- Impulsivos.
- Hostiles.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Percepción inadecuada del menor.
- Antecedentes de maltrato en su niñez.

También se encuentran las características del agresor según el tipo de maltrato que sufra el menor y son:

Características generales del agresor

<i>Tipos de maltrato</i>	<i>Particulares</i>	<i>Generales</i>
Físico	Incapaces de controlar sus impulsos, se observan enojados, al más mínimo estímulo responden con agresión física. Parece no preocuparse por el niño. Percibe al niño significativamente negativo.	Frustración. Hostilidad. Alto potencial de agresión. Antecedentes de haber sido maltratado
Sexual	Extremadamente protector o celoso del niño.	Presencia de algún tipo de adicción.

	<p>Impide amistades con el menor del sexo opuesto. Estimula o excita sexualmente al menor usando revistas, películas o por exhibición.</p> <p>Frecuentes ausencias del hogar.</p>	<p>Tienden al aislamiento.</p> <p>No se autorreconocen como maltratadores.</p>
Psicológico	<p>Devalúa constantemente al menor en público o en privado. Lo culpa de todo lo malo que sucede. No se muestra cariñoso. Constantemente amenaza o aterroriza al niño</p>	<p>Incapaces de buscar ayuda profesional.</p> <p>Imagen distorsionada del niño.</p> <p>Exigen más de lo que el niño puede hacer.</p>
Emocional	<p>Es rechazante, poco tolerante, no presta atención, no dedica tiempo al niño.</p> <p>Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas.</p>	<p>Tiende frecuentemente a la depresión problemas de adicción alcohol o drogas</p>
Negligencia	<p>Apático, desinteresado, ve al menor como una carga.</p> <p>La vida en el hogar es caótica.</p>	<p>Problemas en la relación de pareja.</p> <p>Problemas económicos</p>


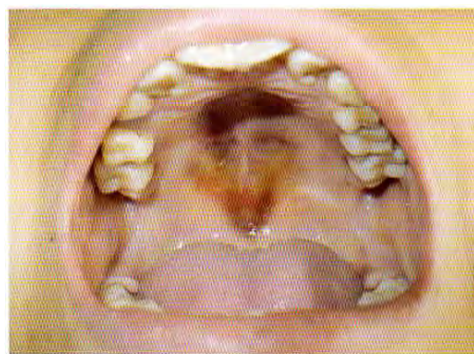
Fuente 1,2 y 3


2.5 CARACTERÍSTICAS Y SIGNOS GENERALES DEL MENOR

Las características del menor son:

- Problemas de salud (congénitos o adquiridos).
- Niños hiperactivos.
- Difícil manejo.
- Bajo rendimiento escolar.
- Hijos no deseados.

Características y signos generales del menor

Tipo de maltrato	Físico	Comportamiento
<p>Físico</p>  <p>Fuente 13</p>	<p>Huellas de los objetos utilizados por el agresor (cinturón, lazo, zapato, cadena, plancha, etc.). Eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura, ruptura visceral.</p> <p>Ingresos frecuentes a hospitales por lesiones cuya causa no es clara.</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico de los adultos.</p> <p>Actitud agresiva, destructiva, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos.</p> <p>En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.</p>
<p>Sexual</p>  <p>Fuente 15</p>	<p>Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes y adultas, dispareunia (penetración dolorosa).</p>	<p>Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. Escasas relaciones con los compañeros. Cambios de conducta.</p> <p>Terrores nocturnos, insomnio</p> <p>En adolescentes y adultos: atracción homosexual, anorgasmia, perdida o disminución de la libido, autodevaluación.</p>
<p>Psicológico</p>	<p>Retraso psicomotor</p>	<p>Deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar.</p>
<p>Emocional</p>	<p>No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes.</p>	<p>Retraso del desarrollo físico y afectivo.</p> <p>Apatía, retraimiento, aislamiento, depresión, poco sociables, problemas para relacionarse con los demás, callados, poco expresivos, tímidos, sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional.</p> <p>Intentos de suicidio.</p>

<p>Negligencia</p>  <p>Fuente 15</p>	<p>Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Habitación inadecuada. Sin asistencia médica oportuna, astenia y adinamia permanentes.</p>	<p>Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo, hiperactividad, desobediencia. Participa en acciones delictivas.</p>
		<p>Comenta que no hay nadie que lo cuide.</p>

Fuente 1,2 y 3

2.6 EPIDEMIOLOGÍA

En el mundo, 275 millones de niños y niñas son víctimas cada año de violencia dentro de sus hogares, espacio que debería ser de protección, afecto y resguardo de sus derechos.⁸

Hoy los expertos reconocen que tan solo se detecta entre el 10 y el 20% de los casos que existen, siendo numerosos los factores de sesgo y distorsión de los datos obtenidos.^{1,2}

Asimismo, las denuncias dan cuenta parcial de la realidad del maltrato, y se considera que las cifras disponibles son apenas la punta del iceberg del problema de la violencia familiar. Esto implica que el fenómeno tiene una magnitud oculta a la que no es posible acceder.⁸

En nuestro país, de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se atendieron 474 reportes de maltrato infantil, y se brindaron 2,359 asesorías jurídicas en materia familiar de primera vez de manera personal, de las que 69% se realizaron entre enero y agosto de 2011. Esto, según reportes de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor.

El 35% de niñas y niños de entre seis y nueve años han sufrido de violencia en su familia (de acuerdo con los datos de la Secretaria de Salud, 2007). El Ministerio Público en el 2008 reporto que solamente el 26.5% de los casos son “*comprobados de maltrato infantil*”.

Información del DIF reporta en el 2010, que el 51,6% de los casos fueron “por maltrato físico o emocional”, y 43% por omisión de cuidados, negligencia y abandono”.⁴

La violencia intrafamiliar en México se da en uno de cada tres hogares. En mayor parte de los casos son las madres las principales agresoras; en segundo término son los padres. De acuerdo a la frecuencia del tipo de agresor, después de los padres, siguen los padrastros, madrastas, y otros; pero en la mayoría de los casos son las madres las autoras potenciales de maltrato físico, psicológico y por descuido.⁷

La importancia de la implicación de los profesionales de las ciencias de la salud en el problema del maltrato, pasa por la formación específica en la detección de las manifestaciones físicas y psicológicas de este tipo de síndrome y el establecimiento del protocolo que ayude en las vías de denuncia en los casos de sospecha, participando con los equipos de los servicios sociales de protección de la infancia.^{1,2}

2.7 DIAGNÓSTICO

Dejando de lado los casos extremos con una presentación clínica, el diagnóstico positivo del SNM requiere la participación de un equipo multidisciplinario, que cuente con el aporte del pediatra, el psiquiatra infantil y de adultos, el asistente social y médico legista.

En la mayoría de los casos se realiza un primer “diagnóstico de la sospecha”, en general, a cargo del pediatra. En otros casos son parientes o vecinos quienes denuncian situaciones que perciben como maltrato.¹⁰

En lo que corresponde a nuestra área, es importante recordar que el odontopediatra se encuentra en una situación crucial con respecto al diagnóstico de estos casos, fundamentalmente por las siguientes razones:

- Edad de las víctimas: normalmente es antes de los 3 años. El niño sometido a estas crueldades padece elevadas cifras de morbilidad antes de los 12 años.
- Localización preferente de las agresiones: el 60 al 70% de las lesiones se sitúan a nivel craneofacial.
- Especial relación de los padres ante las consultas odontoestomatológicas: los padres acuden “confiando” en que las lesiones pueden pasar desapercibidas, y porque el odontólogo no suele realizar “demasiadas preguntas” sobre su etiología.^{1, 2}

2.7.1 Historia Clínica

Se debe realizar la entrevista con los padres o cuidadores con amabilidad y empatía, evitando prejuizar y tener confrontación, siempre usando un lenguaje comprensible, tono suave de la voz, no insistir en repuestas que emitan negativas⁴. La historia clínica detallada debe recoger fielmente las explicaciones de las lesiones presentes en los niños, siguiendo una serie de precauciones para llegar a la verdad.

Se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confiable para ganarse la confianza del niño. Cuando el menor tenga la edad para realizar la entrevista, se debe de realizar en conjunto con el trabajador social o representante legal.

2.7.2 Exploración general

Se realiza mediante la exploración física. Las pruebas complementarias como radiografías y fotografías, constituyen una buena fuente de ayuda diagnóstica y en la valoración de la evolución de las lesiones.

En la inspección general, puede sorprender el escaso desarrollo estaturponderal con respecto a la edad cronológica correspondiente al denominado retraso de crecimiento orgánico (peso, talla, perímetro cefálico menor al percentil 3 y retraso en sus habilidades motoras e inteligencia).^{1,2}

2.7.3 Lesiones en piel y mucosa

Las lesiones más frecuentes son hematomas (39%), seguida por los desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras (6%).^{1,2}

Este tipo de lesiones son producidas ya sea con golpes y objetos, los cuales van a producir hematomas, equimosis y fracturas de tejidos óseos. Las lesiones con golpes y objetos tienen diversas formas, por lo regular van a tener la forma del objeto, a esto se le denomina imagen en espejo (p.j. la forma de la yema de los dedos).

Marcas en la mejilla en forma de dedos y uñas



Fuente 17

Los arrancamientos pueden conllevar exarticulaciones dentarias, arrancamiento de alas nasales o tabique, cabellos, uñas o pabellón auricular.

Las lesiones por mordiscos suelen situarse en extremidades, pabellón auricular o punta de la nasal. En este tipo de lesiones se encuentra lo que son lesiones con armas blancas, punzocortantes y con fuego (p.j. quemaduras con cigarrillos, químicos, agua calientes, etc).

Imagen de niño asiático sometido a contínuos malos tratos. Sobre el tórax pueden observarse las lesiones múltiples con patrones circulares y simétricos producidas por quemaduras intencionadas de cigarrillo



Fuente 2

Las áreas más comúnmente afectadas son las tradicionalmente consideradas como zonas de castigo (nalgas, cara, extremidades próximos de miembros).

Imagen en espejo de un hematoma que muestra huellas de una hebilla a nivel de la nalga del menor



Fuente 1 y 2

Se debe considerar en este caso la diferenciación de las lesiones ya que estas pueden ser provocadas o por cuestiones fortuitas.

En el caso de mordeduras, estas tienen forma oval, y pueden presentar un área central de equimosis. Las mordeduras producidas por animales presentan una forma triangular. En cambio con la de humanos que puede producir abrasiones, contusiones, laceraciones y desgarro de tejidos, ya que las mordeduras de animales producen nada más pérdida de la sustancia.

Imagen de mordedura en hombro en fase de cicatrización



Fuente 1 y 2

Según recomienda la American Board of Forensic Odontology (ABFO), el profesional que identifique estas lesiones debe realizar una descripción por escrito de estas, así como tomar registros fotográficos con una etiqueta identificativa y una escala diseñada para este fin.

El color de las lesiones también ayuda a evaluar la evolución y el tiempo transcurrido desde la agresión, y es debida al proceso fisiológico de reducción y eliminación de la hemoglobina extravasada.^{1,2}

2.7.4 Otras lesiones

Las secuelas neurológicas se presentan en uno de cada 5 o 6 niños maltratados. Se producen por traumatismo de cráneo, que suelen ser múltiples, pudiendo derivar en una lesión intracraneal grave.

El síndrome de niño sacudido, producido por la sacudida violenta del niño que produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza, provocando hematomas subdural o hemorragias subaracnoide sin lesiones aparentes externas.

Los traumatismos abdominales en las vísceras sólidas o huecas pueden producir contusiones intraabdominales, obstrucciones, gastrointestinales por hematomas intramural, o pancreatitis, entre otras. Este tipo de traumatismos es la segunda causa de muerte en el niño maltratado.

Fracturas óseas, múltiples, en diferentes fases de consolidación, en ocasiones ubicadas en zonas de difícil etiología accidental y en niños cuya edad implica aún la deambulación, se puede haber producido por torsión en espiral de los miembros (huesos largos) o compresión con ambas manos (costillas).^{1,2}

2.8 EXPLORACIÓN INTRAORAL

Dentro de la cavidad oral de las víctimas de malos tratos se encuentran diferentes lesiones como son: laceraciones, quemaduras, infecciones orales, o afecciones en tejidos duros dentarios y óseos.

Lesión por quemadura a nivel perioral producida por ingestión de líquidos a altas temperaturas



Fuente 2

La prevalencia de estas lesiones se sitúa entre el 3 y el 5%.

2.8.1 Lesiones de la mucosa.

Las laceraciones del labio superior y el desgarro del frenillo labial suelen ser consecuencias de golpes, intentos bruscos de silenciar al niño con la mano.

Una alimentación forzada con cuchara o tenedores puede dar lugar a laceraciones en la mucosa y luxaciones dentarias en el área dañada.

Las señales por abuso sexual en niños es posible encontrarlas en la cavidad oral en forma de desgarro del frenillo lingual y/o presencia de petequias entre el paladar duro y blando; no hay otra causa que pueda explicar y esto puede indicar abuso sexual con felación.

Paladar blando eritematoso a causa de sexo oral forzado



Fuente 18

Las infecciones orales pueden detectarse en casos de abuso sexual, siendo herpes, condiloma acuminado, gonorrea e infecciones por *Chamydia trachomatis* las más comunes.

Las quemaduras suelen estar situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival, siendo producidas por cigarrillos, objetos calientes o ingestión forzada de cáusticos o alimentos a alta temperatura.^{1, 2}

Las patologías dentarias pueden aparecer fundamentalmente en forma de traumatismos y lesiones de infección por caries dental, ambos en distintas fases de evolución.

Los traumatismos por lo regular son de etiología desconocida o inexplicable, acompañadas por lesiones del alveolo dental. Estos van a ser: luxaciones, principalmente de los incisivos centrales, y laterales, fracturas o avulsiones.

Evidencia de trauma dental y tal vez signo de abuso



Fuente 19

La presencia de infecciones múltiples con dientes destruidos por caries dental en distintas fases de evolución, que impidan una correcta alimentación y realización de funciones orales en el niño pueden alertar, al igual que los cuadros clínicos anteriormente descritos, sobre el diagnóstico de negligencia dental.

La anamnesis acompañada de la radiografía y fotografía ayudará en el correcto diagnóstico, y serán una prueba imprescindible en la denuncia de los casos.^{1,2}

2.9 TRATAMIENTO

Antes de cualquier procedimiento, debemos asegurar la protección del menor, que va a depender de:

- Asegurar la salvaguarda del menor, además de atender las lesiones que presenta.
- Valorar la severidad de las lesiones (si es necesario su hospitalización o si es ambulatorio).
- Si son lesiones que ponen en riesgo la vida del menor.

Todo tratamiento debe integrar a las víctimas, su agresor y la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue del problema y abordaje de los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes.

Los odontólogos deben tener los conocimientos necesarios sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil, solo de esta forma se podrá atender de forma correcta a víctimas de este tipo de trauma.

Antes de cualquier procedimiento terapéutico que se necesite para restablecer la salud oral al menor, se debe tener en cuenta la situación previa que ha pasado como el estrés, para modificar las técnicas y procedimientos de control del dolor y la ansiedad, según sea el caso.

Principalmente el paciente va a presentar dos tipos de conductas:

1. Trauma tipo I (resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único). Aquella en la que el niño presenta un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de la confianza como resultado del episodio de malos tratos.
2. Trauma de tipo II (resultado de una larga o repetida exposición al maltrato). Aquella en la que el paciente presenta una conducta disruptiva y agresiva que, normalmente, intenta imposibilitar el tratamiento.^{1, 2}

En cualquier caso, en la víctima de maltrato debe fomentarse la seguridad y confianza en las relaciones entre el niño y los profesionales que integran el equipo de salud.^{1, 2}

Las técnicas más recomendadas para el manejo de la conducta en estos niños son:

- Técnica decir-mostrar-hacer.
- Técnica de control de voz.
- Tratamiento farmacológico. Premedicación, óxido nitroso.
- Anestesia general.^{1, 2}

Las técnicas restrictivas, en general, son desaconsejables en la terapéutica del niño sometido a malos tratos. El procedimiento no debe ser diferente a cualquier otro realizado con el mismo tipo de características, solamente teniendo en cuenta las posibles

complicaciones derivadas de la ausencia de seguimiento y control de los casos.

2.10 ASPECTOS LEGALES

En Estados Unidos, la Asociación Americana Dental, establece lo siguiente:

- Observar y examinar cualquier evidencia sospechosa que puede ser determinada en el consultorio.
- Registrar, por mandato legal, cualquier evidencia que pueda ser útil en el caso, incluyendo evidencia física y comentarios sobre la entrevista.
- Tratar las injurias orofaciales dentro del conocimiento y experiencias del odontólogo, refiriendo tratamientos más complejos al hospital o al especialista médico dentista.
- Establecer y/o mantener una relación terapéutica profesional con la familia del niño.
- Familiarizarse con los signos orofaciales de maltrato infantil y denuncias de casos sospechosos a las autoridades competentes de acuerdo a la ley.¹⁵

En el Distrito Federal el Código del Menor, Capítulo 10. II Art. 118, señala:

“Todo profesional y/o funcionario está obligado a denunciar los malos tratos contra menores, no pudiendo alegar secretos profesionales, ni ampararse en órdenes superiores de cualquier naturaleza.

“Los informantes y/o demandantes a que se refiere este artículo, están exentos de responsabilidad penal y civil con respecto a la información que proporcionen, salvo mala fe”.¹⁶

Hay que recordar que cada estado de la República Mexicana tiene su correspondiente Ley de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, por lo que puede variar el contenido entre ellas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se habla del Síndrome del Niño Maltratado (SNM) es importante tener en cuenta los factores de riesgo que están involucrados en dicho síndrome, como son: económicos, sociales, culturales, biológicas y emocionales.

En este sentido, variables factibles de presentarse en los padres como pueden ser las adicciones, problemas psicológicos, familias disfuncionales, desconocimiento del manejo del menor en caso de discapacidad física o mental, son algunos de los factores que van a predisponer el maltrato, voluntario o involuntario al menor. El maltrato puede ser de diferente índole: el abuso físico, el abuso sexual, el emocional, la omisión o negligencia entre otros.

Ahora bien, el menor no solo tiene contacto con los padres, sino que los maestros suelen tener cercanía con él, pero si éstos no cuentan con conocimiento sobre los signos y síntomas característicos del síndrome, no podrán identificarlos en los menores maltratados; en cambio podría darse el caso de que sean tratados con severidad o con indiferencia, cuando en realidad podrían dar un seguimiento hablando con la madre o el padre, según sea el caso, y remitir al menor a la institución responsable de su atención.

Si hablamos de profesionales como el odontólogo, que en la consulta tiene cercanía física con el menor, se podría pensar que la observación de la conducta del menor le permitiría identificar indicadores de riesgo conductuales, físicos o psicológicos, y apoyar a los padres para buscar ayuda o si el caso lo requiriera, denunciar el delito de maltrato. Pero si en la formación profesional del odontólogo no se consideraron temas como relación paciente odontólogo o psicología médica, este hecho sería menos probable de detectar, por lo que el estudio plantea un cuestionamiento:

¿Los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM de pre y posgrado, así como los profesores odontopediatras, reconocen indicadores de riesgo que pongan de manifiesto el SNM?

4. JUSTIFICACIÓN

El realizar un estudio exploratorio, que permita conocer algunos aspectos que sobre identificación de signos y síntomas del síndrome de niño maltratado tienen los futuros profesionales permitirá, por un lado, conocer qué estrato social es de riesgo por maltrato, y por el otro, con base en los resultados obtenidos se podría realizar una propuesta de inclusión del tema en la Asignatura de Odontopediatría denominado Educación Médica o bien hacer llegar a la Comisión de Cambio Curricular de la Facultad de Odontología los resultados del estudio para proponer la implementación en el nuevo plan de estudios este tema.

Es de suma importancia saber qué tanto conocimiento refieren los alumnos de pre y posgrado respecto al tema, ya que se podrá dar un parámetro de la problemática que se vive en nuestro país.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar las habilidades diagnósticas que sobre la identificación del síndrome de niño maltratado, en una muestra de alumnos de pre y posgrado.

5.2 ESPECÍFICOS

- 5.2.1 Determinar el tipo de maltrato reconocido como más común por los encuestados.
- 5.2.2 Determinar el porcentaje de los encuestados que manifiestan el conocimiento del tema.
- 5.2.3 Identificar según los encuestados, qué familiar es el agresor más frecuente de acuerdo a la opción de los encuestados.
- 5.2.4 Identificar los procedimientos a seguir por los encuestados en el caso de un menor afectado, señalando las instituciones encargadas de su atención.
- 5.2.5 Determinar la actitud y la práctica que refieren los encuestados ante dicho SNM.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación de enfoque cualitativo, de alcance exploratorio y descriptivo. Se confeccionó una encuesta que recogió: datos demográficos (sexo y edad), años de egresado, y como contenido las actitudes y práctica respecto al síndrome de niño maltratado.

Esta encuesta se realizó en una muestra de alumnado (pre y posgrado) y maestros de la Facultad de Odontología de la UNAM. Se tomó como muestra los alumnos de la clínica periférica de Las Águilas, alumnos que cursan Seminario de Titulación, alumnos de la especialidad de Odontopediatría y profesores Odontopediatras.

Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Se sustenta sobre un diseño transversal.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio son alumnos y profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en los turnos matutino y vespertino.

6.4 MUESTRA

El total de la muestra fue de 94 encuestados divididos en:

- 43 alumnos de 5° año (Periférica).
- 20 alumnos que estén cursando el Seminario de Titulación.

- 10 alumnos de posgrado que cursen la especialidad de Odontopediatria.
- 21 profesores titulares o ayudantes de la materia de Odontopediatria.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser alumno de la Facultad de Odontología de la UNAM.
- Nombramiento de profesor o de ayudante de la materia de Odontopediatria, que acepte responder el cuestionario.

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Formatos de encuesta que no sea respondida momentos después de haberse entregado el cuestionario.
- Encuestas contestadas con letra ilegible.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad
- Sexo
- Años de egresado
- Síndrome del niño maltratado

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

- Variable independiente: Formación profesional.
- Variable dependiente: Conocimientos del manejo del Síndrome del Niño Maltratado.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

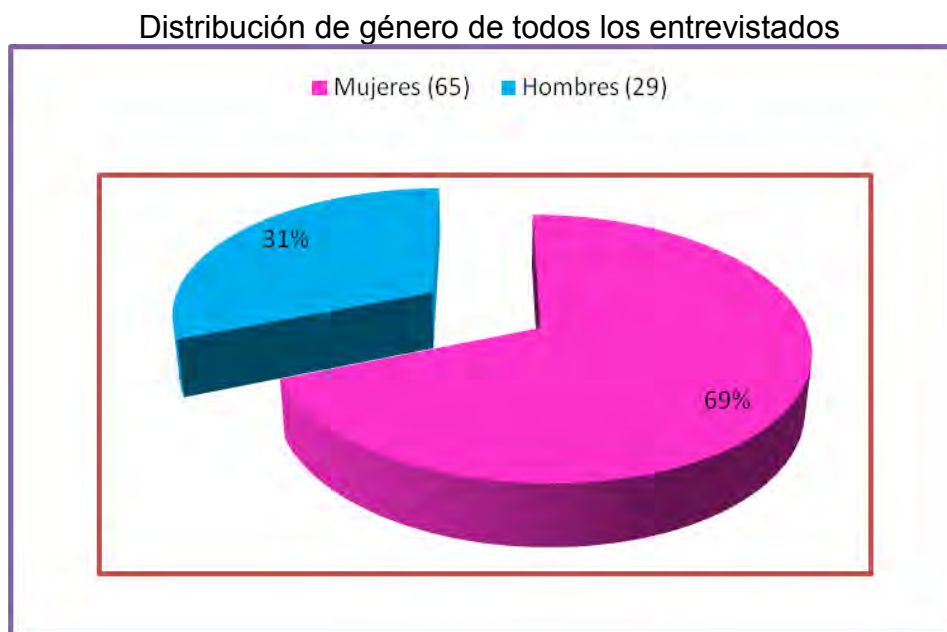
La presente investigación no constituye daño físico o manejo irresponsable o deficiente de la información.

7. RESULTADOS

Los resultados se dividieron en 3 partes conforme a la población de estudios realizados (alumnos de pregrado, del posgrado de la especialidad de odontopediatria y profesores odontopediatras).

En cada gráfica se colocaron los datos más significativos de cada pregunta, las dos respuestas más comunes de cada población de estudio.

El total de encuestados fue de 94 con promedio de edad de 29 años, compuesto por 65 mujeres y 29 hombres, ver gráfica 1.



Gráfica 1. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado fueron un total de 63, 42 mujeres (77%) y 21 hombres (33%), ver gráfica 2, con promedio de edad de 24 años y una desviación estándar de $6.47 \pm$.

Distribución de género de alumnos de pregrado



Gráfica 2. Fuente directa.

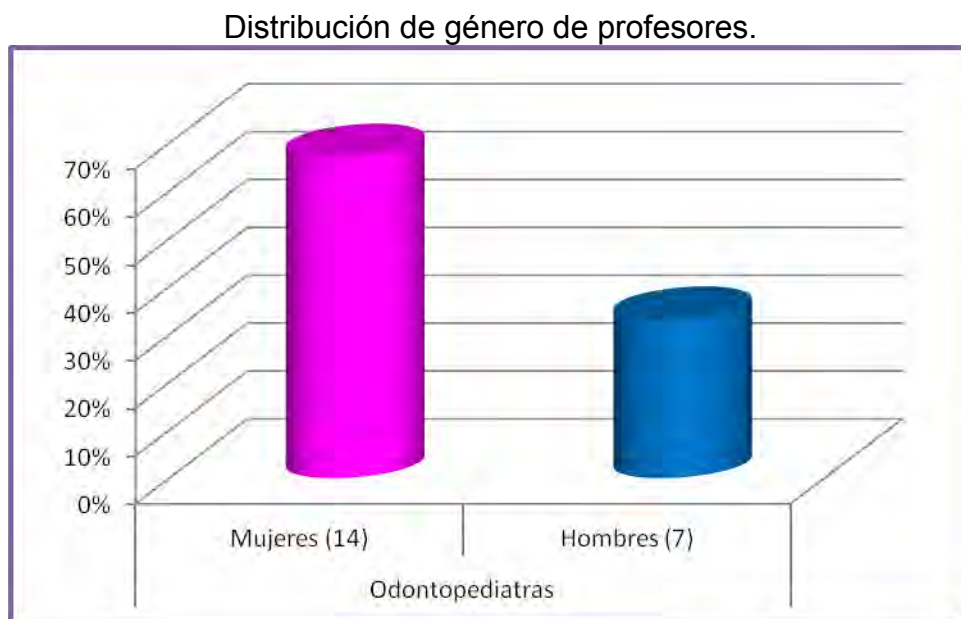
Los alumnos de posgrado fueron un total de 10, un 90% (9) de mujeres y un 10% (1) de hombres, con promedio de edad de 25 años, desviación estándar de $2.43 \pm$ y promedio de años de egreso de 2 años, ver gráfica 3.

Distribución de género de alumnos de posgrado



Gráfica 3. Fuente directa.

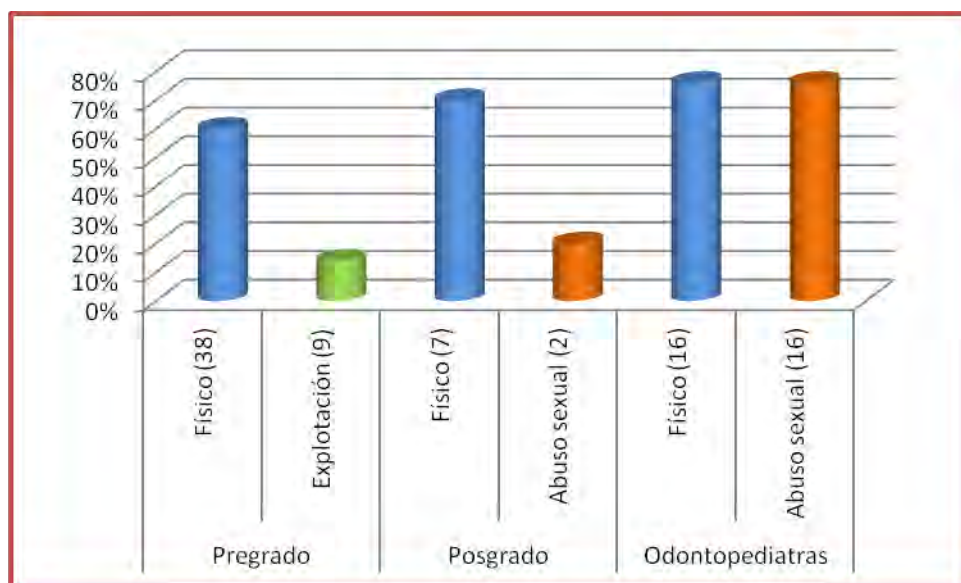
Los profesores odontopediatras fueron un total de 21, 14 mujeres (67%) y 7 hombres (33%), con un promedio de edad de 39 años, desviación estándar de $10.39 \pm$ y promedio de años de egreso de 8 años, ver gráfica 4.



Gráfica 4. Fuente directa

7.1 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 1^{ERA} PREGUNTA

1- ¿Cuál crees que es el tipo de maltrato más común en México?



Gráfica 5. Fuente directa.

Las respuestas de los alumnos de pregrado el 60% (33) contestaron “Físico”, 11% (8) “Abuso sexual”, 8% (3) “Abandono”, 14% (9) “Explotación y 7% (5) “Negligencia”.

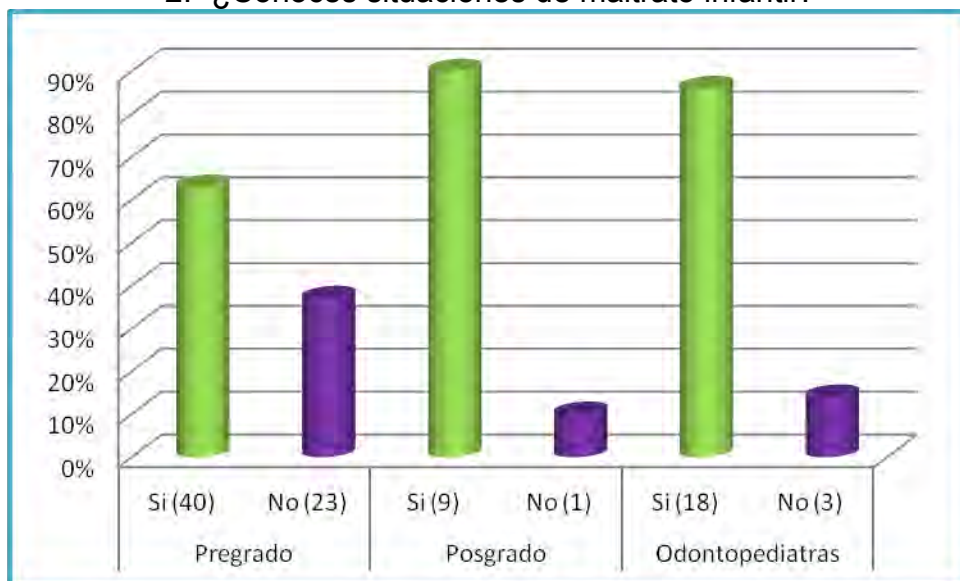
Los alumnos de posgrado sus respuestas fueron las siguientes: 70% (7) “Físico”, 20% (2) “Abuso sexual” y 10% (1) “Negligencia”.

Correspondiente a los odontopediatras 17 (81%) colocó más de una respuesta, estas fueron: 76% (16) “Físico”, 76% (16) “Abuso sexual”, 14% (3) “Abandono”, 27% (6) “Explotación” y el 19% (4) “Negligencia”.

Con respecto a la primera pregunta no se encontró tantas variantes en las respuestas dadas por el total de los encuestados, la única variante relevante fueron las respuestas de los profesores que colocaron más de una respuesta en esta misma, todos considerando que el maltrato físico es el más común.

7.2 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 2^{DA} PREGUNTA

2.- ¿Conoces situaciones de maltrato infantil?



Gráfica 6. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron: 63% (40) “Sí” y 37% (23) “No”.

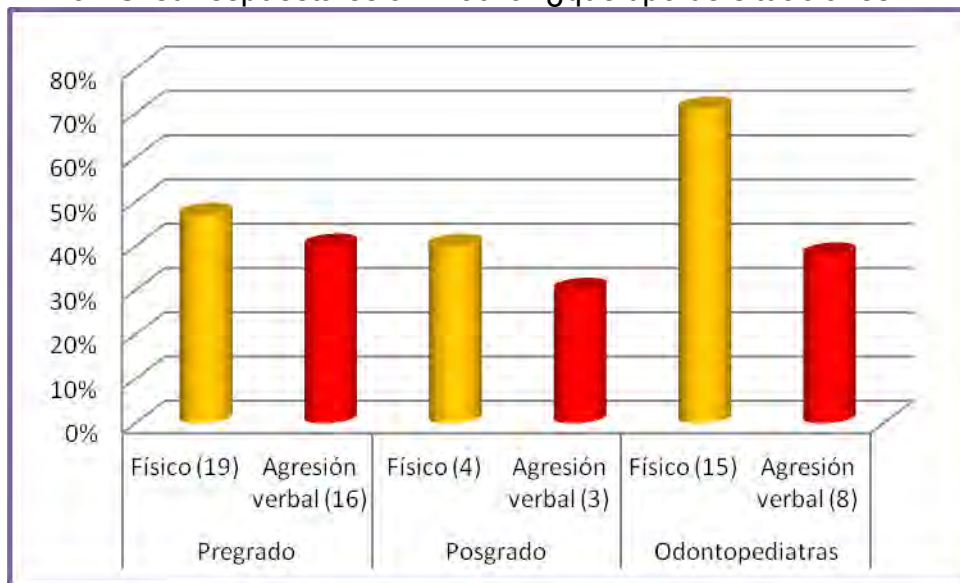
Los alumnos de posgrado sus respuestas fueron: 90% (9) “Sí” y 10% (1) “No”.

Los profesores odontopediatras respondieron: 86% (18) “Sí” y 14% (3) “No”.

En esta pregunta el 71% de los encuestados afirma conocer alguna situación de maltrato, mientras que el 29% restante no conoce alguna situación de maltrato.

7.3 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 3^{ERA} PREGUNTA

3.- Si su respuesta es afirmativa: ¿qué tipo de situaciones?



Gráfica 7. Fuente directa.

Se respondió con relación a la segunda pregunta, los 40 encuestados, referente a los alumnos de pregrado que respondieron que si, estos a su vez contestaron: 47% (19) “Físico”, 40% (16) “Agresión verbal”, 8% (3) “Abandono” y 5% (2) “Explotación”.

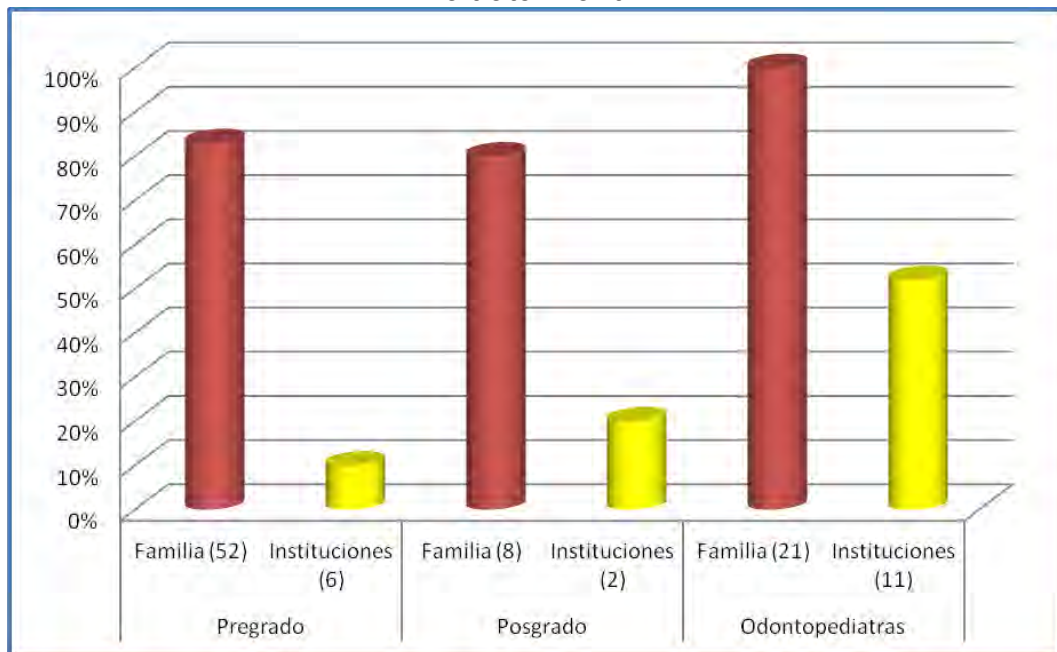
Los alumnos de posgrado sus respuestas fueron: 40% (4) “Físico”, 30% (3) “Agresión verbal”, 10% (1) “Abuso sexual” y 10% (1) “Abandono”.

Mientras que los Odontopediatras el 81% (17) contestaron más de una respuesta en esta pregunta, conforme a la pregunta anterior: 71% (15) “Físico”, 38% (8) “Agresión verbal”, 24% (5) “Abuso sexual”, 19% (4) “Abandono” y 19% (4) “Explotación”.

Conforme a las respuestas de la tercera pregunta un 40% de los encuestados respondieron que la agresión física ha sido la situación con la cual conocen algún caso de maltrato y en segundo lugar la agresión verbal con un 29%.

7.4 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 4^{TA} PREGUNTA

4.- ¿En qué ámbito social consideras que se da con mayor frecuencia el maltrato infantil?



Gráfica 8. Fuente directa

Los alumnos de pregrado respondieron: 83% (52) “Familia”, 10% (6) “Instituciones”, 6% (4) “Vía pública” y 1% (1) “Otro”.

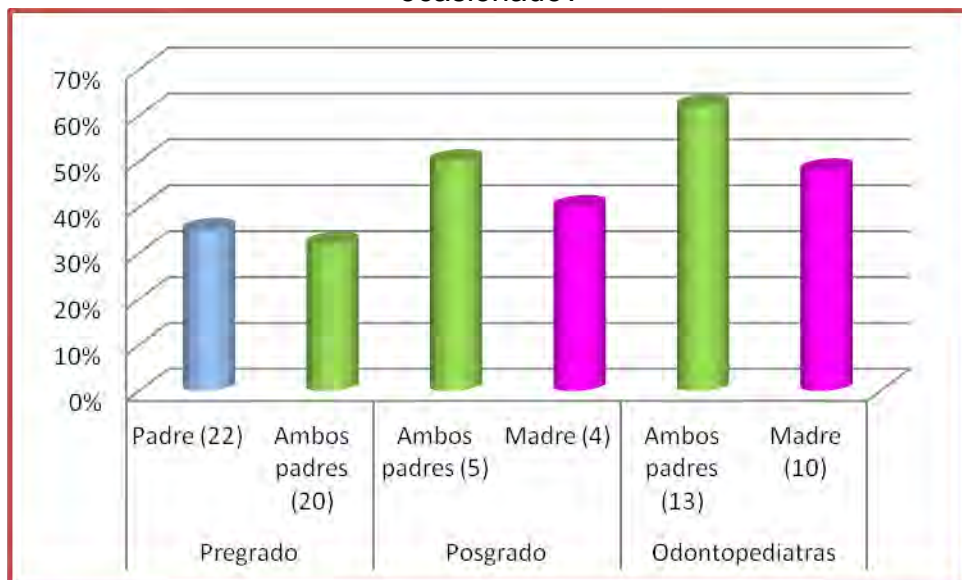
Los alumnos de posgrado sus respuestas fueron: 80% (8) “Familia” y 20% (2) “Instituciones”, los demás opciones no fueron marcados como respuesta.

Los profesores odontopediatras el 71% contestaron más de una respuesta. El 100% concordó que la familia es con mayor frecuencia donde se presenta el maltrato, sus demás respuestas fueron: 52% (11) “Instituciones”, 10% (2) “Vía público” y como dato extra colocaron “escuelas” 43% (9).

El 86% de los encuestados colocó como la familia en donde se da con mayor frecuencia el maltrato en la cuarta pregunta, y como dato relevante los profesores colocaron a las escuelas como instituciones que se dan este tipo de situaciones.

7.5 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 5ª PREGUNTA

5.- En el maltrato ocasionado por algún familiar ¿Por qué integrante es ocasionado?



Gráfica 9. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado su respuesta fue: 11% (7) “Madre”, 35% (22) “Padre”, 32% (20) “Ambos padres”, 2% (1) “Tíos” y 3% (2) “Otros”, el único que no se colocó como respuesta fue “Abuelos”.

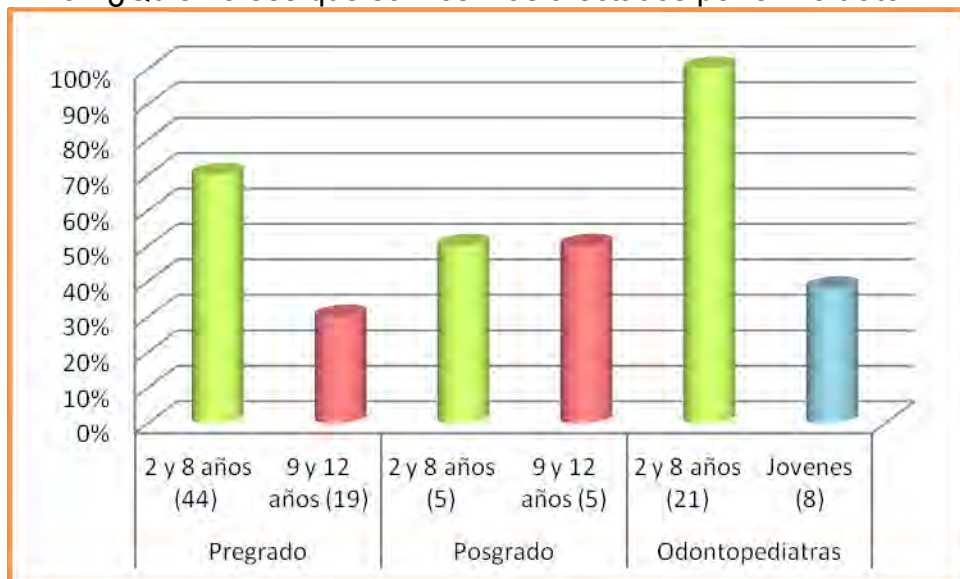
Los alumnos de posgrado sus respuestas fueron: 50% (5) “Ambos padres”, 40% (4) “Madre” y 10% (1) “Padre”.

Los profesores odontopediatras a su vez contestaron el 43% (9) más de una respuesta, estas fueron: 48% (10) “Madre”, 5% (1) “Padre”, 62% (13) “Ambos padres”, y como “Otros” respondieron “Maestros” un 29% (6), mientras que abuelos y tíos no consideran que sean agresores.

En la quinta pregunta el 40% considera que ambos padres consideran que son los agresores, no consideran a abuelos y tíos causantes de maltrato. Algunos profesores a pesar de que encontraba la respuesta de ambos padres llegaron a colocar como respuesta a la madre y padre como entidades diferentes.

7.6 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 6ª PREGUNTA

6.- ¿Quién crees que son los más afectados por el maltrato?



Gráfica 10. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado sus respuestas fueron: 70% (44) “Niños entre 2 y 8 años”, 30% (19) “Niños entre 9 y 12 años”, y conforme a “Jóvenes y Adolescentes” ninguno de los encuestados lo considero como respuesta.

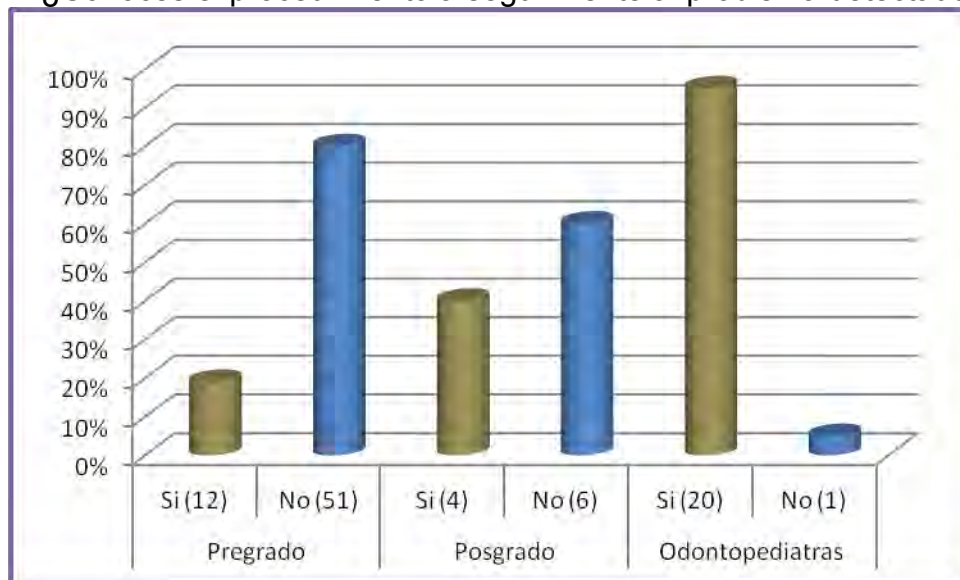
Los alumnos de posgrado respondieron lo siguiente: 50% (5) “Niños entre 9 y 12 años” y 50% (5) “Niños entre 9 y 12 años”.

Los profesores odontopediatras el 43% (9) colocó más de una respuesta, pero el 100% concordaron que los “Niños entre 2 y 8 años” son los más afectados, y los demás respuestas fueron: 14% (3) “Niños entre 9 y 12 años” y el 38% (8) respondieron que “Jóvenes y Adolescentes”.

Respecto a la sexta pregunta el 74% considera que los niños entre 2 y 8 años con los más afectados por maltrato, y solo el 9% considerando que los jóvenes son los menos afectados en este tipo de situaciones.

7.7 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 7ª PREGUNTA

7.- ¿Conoces el procedimiento a seguir frente al problema detectado?



Gráfica 11. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron: 19% (12) “Sí” y 81% (51) “No”.

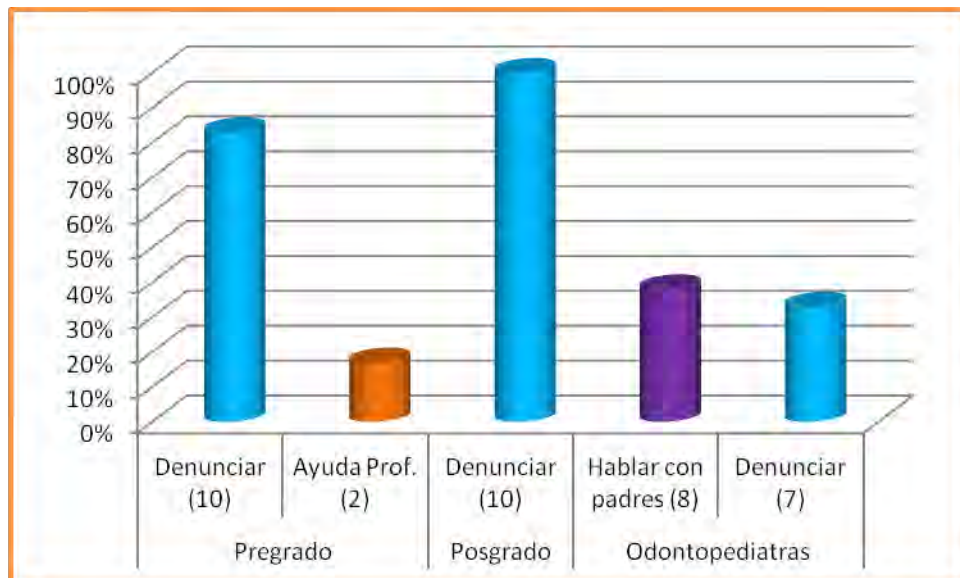
Los alumnos de posgrado contestaron: 40% (4) “Sí” y 60% (6) “No”.

Los profesores odontopediatras respondieron: 95% (20) “Sí” y 5% (1) “No”.

En la séptima pregunta los profesores y los alumnos de posgrado conocen más de los procedimientos a seguir frente al maltrato, mientras que los alumnos de pregrado no conocen los procedimientos a seguir.

7.8 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 8ª PREGUNTA

8.- Favor de Explicar



Gráfica 12. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron solamente el 22% (12) de los encuestados, mientras que el otro 78% (51) no respondieron la pregunta. Del 22% que respondieron la pregunta fueron: 83% (10) “realizaría la correspondiente demanda” y el 17% (2) “pedirían la ayuda profesional o de alguna institución”.

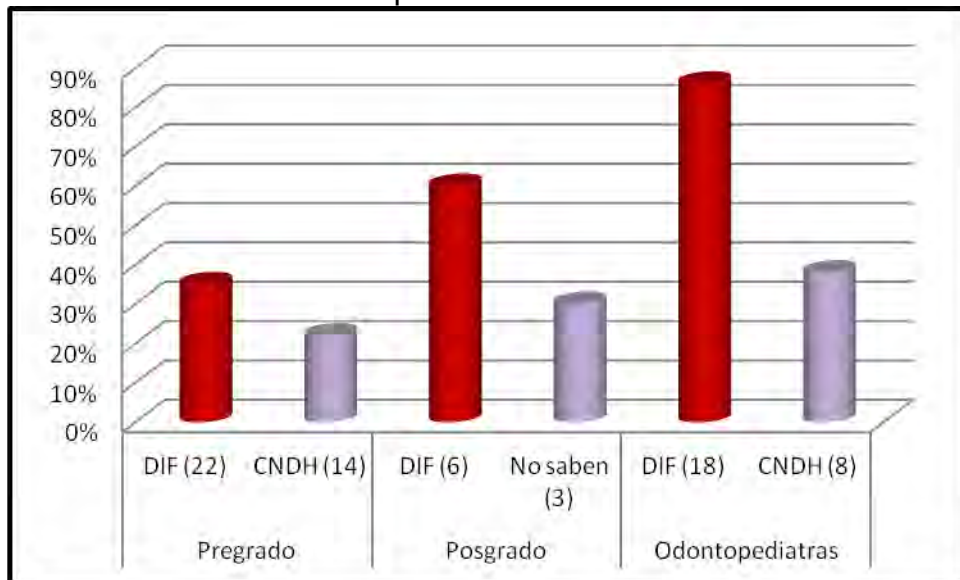
Los alumnos de posgrado solo respondieron los que afirmaron la pregunta anterior (4 encuestados), todos llegaron a concordar que se debe denunciar el caso.

Las respuestas de los profesores odontopediatras fueron las siguientes: 38% (8) “realizarían la correspondiente demanda”, 33% (7) “hablaría del tema con los padres y los menores” y el resto 28% “buscaría ayuda en instituciones encargadas del tema”.

El 72% de los que contestó la octava pregunta concordaron que la denuncia es la forma más adecuada de afrontar la problemática.

7.9 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 9ª PREGUNTA

9.- Menciona la, o las instituciones que se abocan al tratamiento de esta problemática.



Gráfica 13. Fuente directa.

La mayoría de los encuestados colocaron más de una institución encargada de la problemática.

Los alumnos de pregrado sus respuestas fueron: 49% (31) “DIF”, 24% (15) “CNDH”, 6% (4) “UNICEF”, 2% (1) “UNESCO”, 2% (1) “Casa hogar” y 2% (1) “FEPADE”.

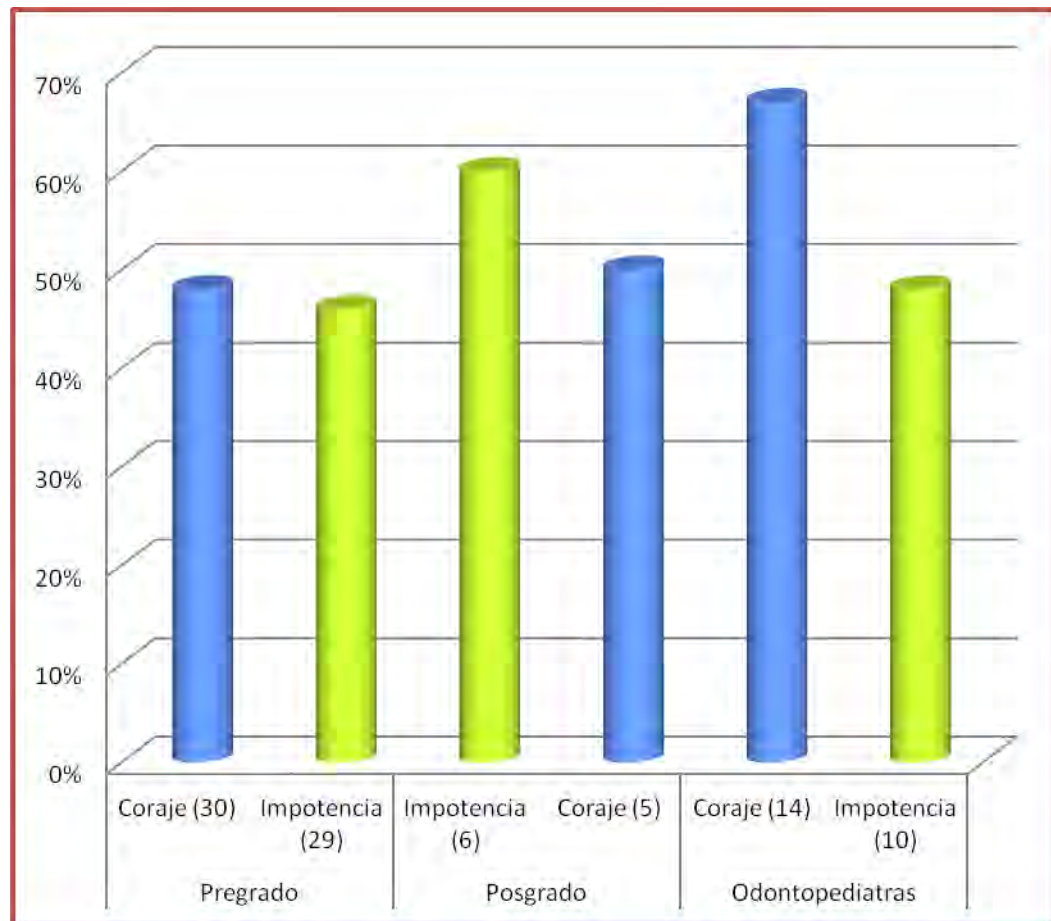
Los alumnos de posgrado sus respuestas son las siguientes: 60% (6) “DIF”, 30% (3) “No saben” y 20% (2) “CNDH”.

Los profesores odontopediatras sus respuestas fueron: 86% (22) “DIF”, 38% (8) “CNDH”, 10% (2) “Locatel”, 10% (2) “Policía” y 10% (2) “Instituciones especializadas”.

En la novena pregunta el 49% contestó DIF y el 26% respondieron CNDH, fueron las dos instituciones con mayores menciones en la encuesta.

7.10 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 10^A PREGUNTA

10. Expresa que sentimiento te genera esta problemática.



Gráfica 14. Fuente directa

La mayoría de los encuestados mencionó más de un sentimiento acerca de la problemática.

Los alumnos de pregrado sus respuestas fueron: 48% (30) “Coraje”, 46% (29) “Impotencia”, 29% (18) “Tristeza”, 5% (3) “Desagrado”, 3% (2) “Frustración”, 3% (2) “Indignación”, 3% (2) “Preocupación”, 3% (2) “no les presenta sentimiento”, 2% (1) “Sufrimiento”, 2% (1) “Angustia”, 2% (1) “Lastima”, y 2% (1) “Rechazo”.

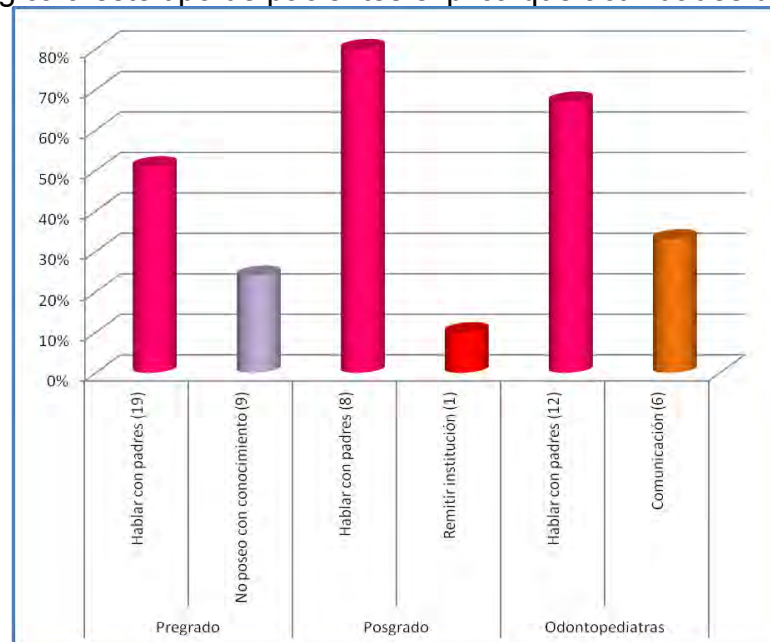
Las respuestas de los alumnos de posgrado son: 60% (6) “Impotencia”, 50% (5) “Coraje” y 20% (2) “Frustración”.

Las respuestas de los profesores odontopediatras fueron las siguientes: 67% (14) “Coraje”, 48% (10) “Impotencia”, 19% (4) “Molestia”, 10% (2) “Ira” y 5% (1) “Rabia”.

En la decima pregunta la problemática les genera coraje e impotencia (en general un desagrado), sin mencionar a los que no les genera ningún sentimiento la problemática.

7.11 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 11^A PREGUNTA

11. Si tienes el suficiente conocimiento para atender en la consulta odontológica a este tipo de pacientes explica que actividades desarrollas.



Gráfica 15. Fuente directa.

Respecto a esta pregunta solamente respondieron el 59% (37), mientras que el otro 41% (26) no respondieron, fueron las siguientes: 51% (19) “Habría con los padres o el menor”, 24% (9) “No cuento con el conocimiento”, 11% (4) “Técnicas psicológicas”, 8% (3) “Atención normal” y 6% (2) “Buscaría atención profesional”.

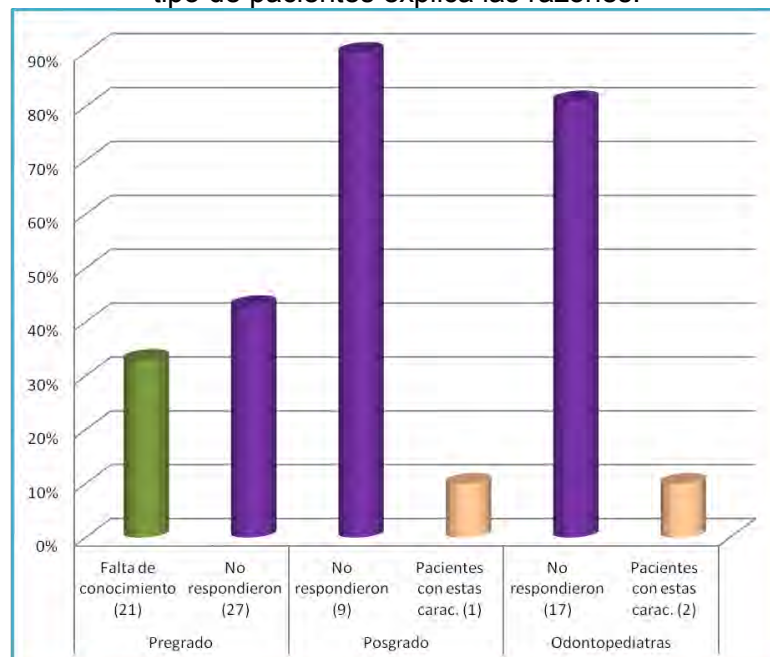
Los alumnos de posgrado respondieron: 80% (8) “Hablar con el paciente y los padres”, 10% (1) “Remitirlo a alguna institución” y 10% (1) “No contesto la pregunta”.

Los profesores odontopediatras solamente dos no respondieron, mientras que el resto el 86% (18) si respondieron, estas fueron: 67% (12) “Habría con los padres” y 33% (6) “Tendría comunicación con el menor”.

Respecto a la decimo primera pregunta la mayoría de los encuestados respondió el 41% que la actividad a realizar sería hablar con los padres o el menor durante la consulta odontológica.

7.12 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 12^A PREGUNTA

12.- Si no tienes el conocimiento para atender en la consulta odontológica a este tipo de pacientes explica las razones.



Gráfica16. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado solamente el 60% (38) contestaron, mientras que el 40% (15) no respondieron. Las respuestas de los encuestados fueron: 63% (24) “Falta de conocimiento”, 26% (10) “No me lo enseñaron”, 8% (3) “No he tenido casos así” y 3% (1) “Buscaría apoyo”.

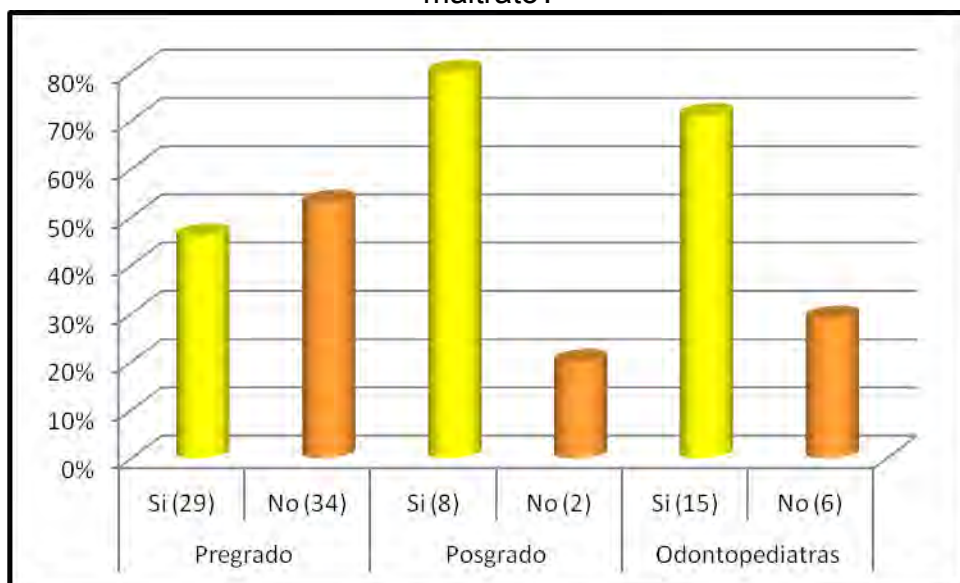
Los alumnos de posgrado el 90% (9) no contesto esta pregunta mientras que el 10% (1) contesto que “nunca ha atendido a pacientes con indicios de maltrato”.

En la pregunta decimo segunda los profesores odontopediatras el 81% (18) no contestaron la pregunta mientras que el 19% (2) restante respondieron que “no han tenido pacientes con esas características”.

En la décimo segunda pregunta los alumnos de pregrado respondieron que no cuentan con el conocimiento adecuado para atender este tipo de pacientes, mientras que los alumnos de posgrado y profesores no respondieron debido a que “saben manejar” a este tipo de pacientes.

7.13 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 13^A PREGUNTA

13.- ¿Reconoces el término de negligencia odontológica como un tipo de maltrato?



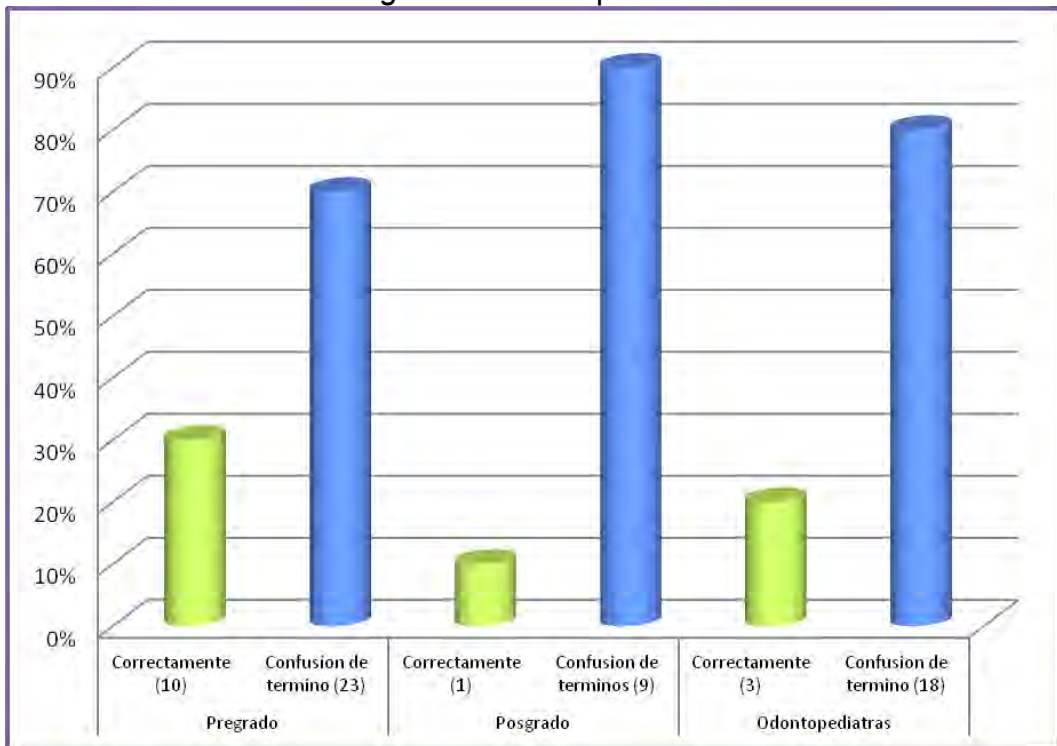
Gráfica 17. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron: 46% (29) “Sí” y 54% (34) “No”.
 Los alumnos de posgrado contestaron lo siguiente: 80% (8) “Sí” y 20% (2) “No”.
 Los profesores odontopediatras contestaron: 71% (15) “Sí” y el 29% (6) “No”.

Conforme a la décimo tercera pregunta un 55% considera que si reconocen el termino de negligencia odontológica como un tipo de maltrato, excepto los alumnos de pregrado que más de la mitad 54%, no conoce el termino

7.14 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 14ª PREGUNTA

14.- En caso afirmativo, explica el significado del concepto *negligencia odontológica* como un tipo de maltrato.



Gráfica 18. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado, solamente los que contestaron con relación a la pregunta anterior. Se pudo dividir en dos ya que una gran parte de los encuestados confundió el término con negligencia, los resultados son:

30% (10) saben correctamente el termino y el 70% (23) confundieron el termino.

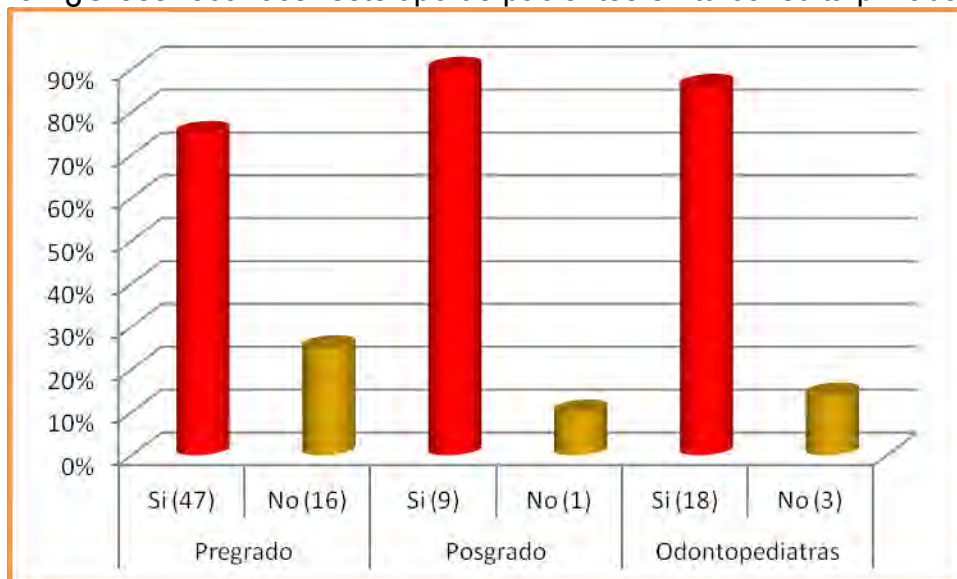
Los alumnos de posgrado al igual que los alumnos de pregrado se confundieron de términos, solamente el 10% (1) menciona el termino correctamente y el 90% (9) se confundió con el termino negligencia dental y iatrogenia.

Al igual que los alumnos de pregrado y posgrado los profesores odontopediatras confundieron los términos, pero a diferencia de los anteriores todos los encuestados contestaron la pregunta, las respuestas son las siguientes: 20% (3) saben el termino y 80% (18) confundieron los términos.

El 53% de los que respondieron esta pregunta no reconocen el termino negligencia odontológica como maltrato, y solamente el 15% del total de encuestados saben correctamente este término.

7.15 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 15^A PREGUNTA

15.- ¿Crees reconocer este tipo de pacientes en tu consulta privada?



Gráfica 19. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron lo siguiente: 75% (47) “Sí” y el 25% (16) “No”.

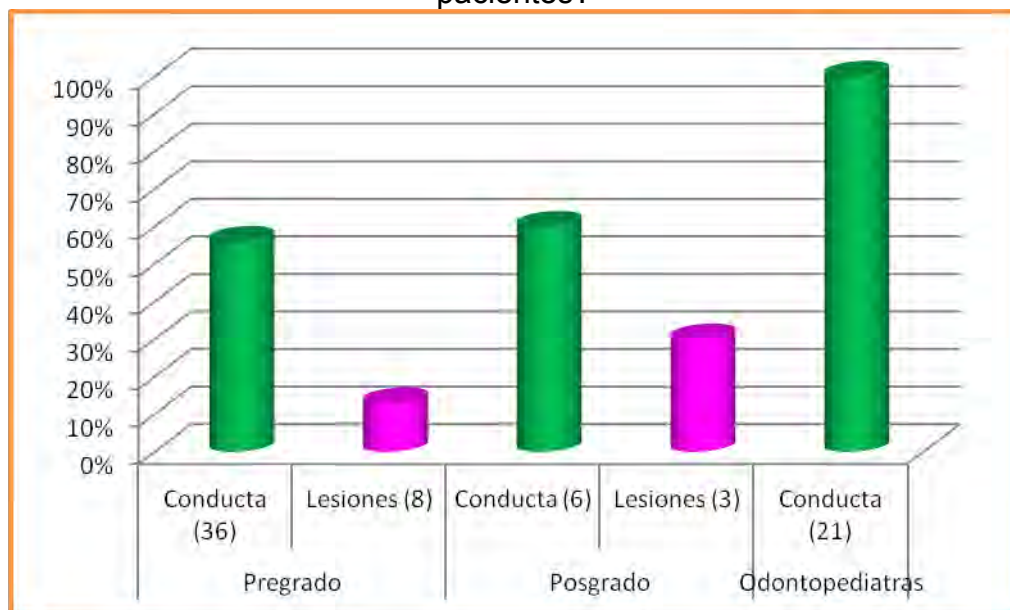
Los alumnos de posgrado contestaron lo siguiente: 90% (9) “Sí” y 10% (1) “No”.

Los profesores odontopediatras contestaron: 86% (18) “Sí” y 14% (3) “No”.

El 79% en la decimo quinta pregunta respondieron que si pueden reconocer a este tipo de pacientes en la consulta privada.

7.16 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 16ª PREGUNTA

16.- ¿Cuál crees que sea la clave para reconocer a este tipo de pacientes?



Gráfica 20. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado respondieron: 55% (26) “Conducta”, 17% (8) “Lesiones”, 4% (2) “No sabrían identificar”, 11% (5) “Historia Clínica”, 2% (1) “Interrogatorio” y 2% (1) “Onicofagia”.

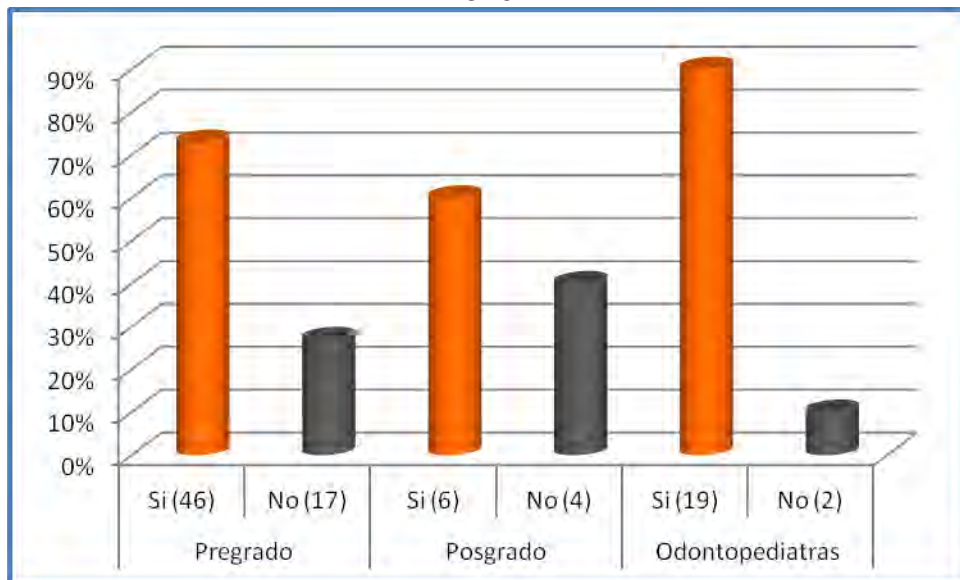
El alumnado de posgrado contestaron lo siguiente: 60% (6) “Conducta”, 30% (3) “Lesiones” y 10% (1) “Historia Clínica”.

Los profesores odontopediatras el 100% de los encuestados respondieron que se puede identificar debido de la conducta del menor.

En la décimo sexta pregunta el 67% de los encuestados considero que la conducta es la clave para reconocer a este tipo de pacientes.

7.17 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 17^A PREGUNTA

17.- ¿Realizarías la correspondiente demanda de los padres o tutor del menor?



Gráfica 21. Fuente directa.

Los alumnos de pregrado contestaron lo siguiente: 73% (46) “Sí” y el 17% (17) “No”.

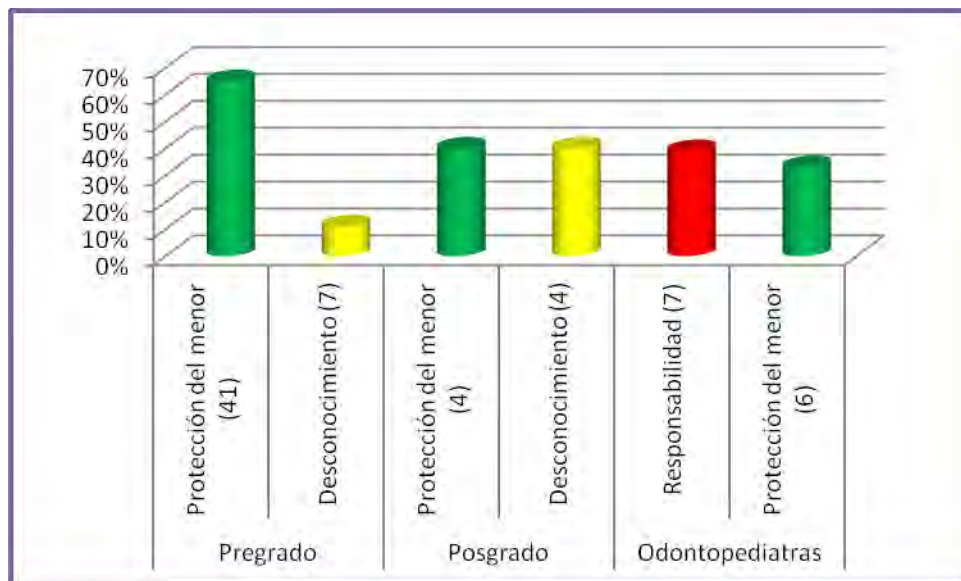
Los alumnos de posgrado respondieron: 60% (6) “Sí” y 40% (4) “No”.

Los profesores odontopediatras respondieron: 90% (19) “Sí” y el 10% (2) “No”.

En la pregunta décimo séptima considera el 76% que si realizaría la correspondiente demanda de los padres o tutores, y el 24% no realizarían alguna demanda.

7.18 RESPUESTAS DE LOS ENCUESTADOS 18^A PREGUNTA

18.- Sin importar tu respuesta es negativa o afirmativa, explica la razón.



Gráfica 22. Fuente directa

Los alumnos de pregrado contestaron lo siguiente: 65% (41) “Protección del menor”, 11% (7) “Desconocimiento del tema”, 11% (7) “Responsabilidad”, 5% (3) “No es mi responsabilidad”, 5% (3) “Desconfianza en instituciones” y 3% (2) “No respondieron”.

Las respuestas de los alumnos de posgrado son: 40% (4) “Protección del menor”, 40% (4) “Desconocimiento del tema” y 20% (2) “Habría con los padres antes de denunciar”.

Los profesores odontopediatras respondieron lo siguiente: 39% (7) “Responsabilidad”, 33% (6) “Protección del menor”, 17% “Dependiendo de la situación” y 11% (3) “Humanidad”.

En la pregunta décimo octava, el 54% de los encuestados realizarían la demanda para proteger al menor, aun que hay un bajo porcentaje (12%) tenga desconocimiento del tema.

8. DISCUSIÓN

En la revisión de la literatura se encontraron 3 estudios (Fierro Monti, Manea S. y Uldum B.) en relación al tema, uno de los más significativos Fierro Monti ¹¹ podemos dar un panorama en el cual se evaluó la actitud y conceptos de los odontólogos en Chile, dándonos una visión de cómo se encuentra en este tipo de temas Latinoamérica. Este artículo nos da una visión de las diferentes especialidades (periodoncia, ortodoncia, endodoncia, etc.) y su manejo de este tema. Dándonos resultados en relación a los especialistas que tienen mayores conocimientos para identificar este tipo de casos, como son ortodoncistas y odontopediatras, demostraron conocimientos inferiores con el promedio.

En nuestro estudio difiere con Fierro Monti ya que se puede ver en algunos casos los profesores odontopediatras conocen un poco más del tema, y en algunas situaciones están a la misma altura de los alumnos de pre y posgrado.

Siguiendo con Fierro Monti, nos muestra la actitud que ha tomado el odontólogo al reconocer este tipo de casos y realizar la denuncia, coincidiendo con nuestro trabajo que un gran porcentaje el 76% realizaría la correspondiente denuncia.

Otros autores como Manea S. ²⁰ menciona que se puede demostrar la falta de conocimientos respecto a la negligencia y al descuido como un tipo de maltrato, con esto llevándonos a un desconocimiento por parte del odontólogo, a pesar de ser términos que se deberían de tener identificados, coincidiendo los resultados de estudio, ya que en muchos de los casos no se conoce el termino negligencia como un tipo de maltrato por parte de los padres, y en muchos de los casos confundiéndolo con el termino negligencia médica.

Siguiendo las capacidades de identificación por parte del odontólogo respecto al MI, Uldum B. ⁽²¹⁾ nos demuestra de que hay una deficiencia respecto a la protección del menor, respecto a su identificación y denuncia de los casos reportados en clínicas de higienistas dentales (odontólogos de práctica general). Coincide este autor con nuestro estudio ya que el odontopediatra se enfoca solamente en el menor pudiéndolo distinguir con mayor facilidad, y la realización de la correspondiente demanda del caso.

8. CONCLUSIONES

Conforme a los resultados obtenidos en el estudio, se demuestra que las habilidades diagnósticas respecto a los alumnos de pregrado son deficientes, un 60% demostró una carencia de conocimiento en aspectos como es el manejo de este tipo de casos; uno de los puntos más importantes es saber qué hacer cuando se presenten en la consulta privada.

Respecto a los alumnos de posgrado tienen un poco más de conocimiento para identificar este tipo de casos, pero está la limitante que todavía se encuentran en desarrollo de sus estudios para tener las habilidades para su correcto diagnóstico, un 90% tiene habilidad para el manejo de estos pacientes.

A comparación los alumnos de pre y posgrado, con los profesores hay una gran diferencia de lo que nos pueden reportar conforme al conocimiento que tienen del tema, ya que estos conocen más casos debido a sus años de práctica. Respecto a si realizarían la demanda, dudan en este aspecto ya que de alguna forma temen a enfrentar las represalias que podrían sufrir.

Un gran parte de los encuestados consideraron y concordaron que la agresión física es el tipo de maltrato más común en nuestro país, siendo ambos padres los que consideran que son los agresores más frecuentes.

Conforme a los pasos a seguir en caso del menor afectado, la mayoría de los alumnos de pregrado no conocen el procedimiento a seguir, mientras que los alumnos de posgrado y profesores sí saben qué hacer; es desigual el conocimiento de cómo actuar con estos pacientes y simplemente se les atiende sin hacer ningún reporte o demanda.

Una de las instituciones con mayor mención en la encuesta fue el DIF seguido de la CNDH, aún sin conocer los procedimientos a seguir muchos mencionaron estas instituciones.

Las actitudes en general de los encuestados son buenas en general, se tiene el conocimiento de que existe maltrato en nuestro país en grandes amplios sectores de la población infantil, pero no se conoce cuáles son los procedimientos a seguir, siendo este una limitante para la atención y manejo correcto.

Respecto a la práctica, como no saben cuáles son exactamente los signos clínicos sólo se basan en deducciones, en estos casos puede que hayan tenido pacientes con ciertos signos como negligencia, pero no hay reconocimiento de este. Y por ende no se realiza la demanda.

Como indicadores para poder identificar el MI tenemos que tomar en cuenta:

- Historia clínica
- Lesiones en extremidades y orales.
- Conducta del menor en atención odontológica.
- Conducta de los padres hacia el menor y hacia uno mismo.

Con estos cuatro puntos se podrá dar un buen seguimiento y denuncia del caso.

En el área de la salud se ve al cirujano dentista como una entidad diferente a ella, pero hay que considerar que en este tipo de casos participen otras ramas, como la medicina y la psicología, para su correcto diagnóstico y atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan R. Boj, M. Catala, C. García-Ballesta, A. Mendoza. Odontopediatría. Primera ed. Barcelona: Masson. 2004. Pág. 423-436.
2. Juan R. Boj, M. Catala, C. García-Ballesta, A. Mendoza, P. Planells. Odontopediatría La evolución del niño al adulto joven. Editorial RIPANO. Madrid, 2011. Pág. 725-743.
3. Rosalinda Santana-Tavira, Roberto Sanchez-Ahedo, Emilio Herrera-Basto. El maltrato Infantil: un problema mundial. SciELO. 1998. Vol. 40. Núm. 1.
4. Gobierno Federal, SALUD, SEDENA, SEMAR, GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA GPC Determinación Temprana del ABUSO FÍSICO DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 12 AÑOS DE EDAD, para el primer nivel de atención Evidencia y recomendaciones Catalogo maestro de guías de práctica clínica: DIF-400-09
5. Mariana C. Morales Chávez. Rol del Odontopediatra en el Diagnostico de Maltrato Infantil, Acta Odont. Venez, 2009, Vol. 47, Núm 2.
6. Hugo Rodríguez, Tito Pais, Diagnostico erróneo del síndrome de niño maltratado, Rev Med Uruguay, 1996, Vol. 12, Núm. 44-48
7. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública CESOP, REPORTE TEMÁTICO NÚM.1 VIOLENCIA Y MALTRATO A MENORES EN MÉXICO, Febrero de 2005
8. Soledad Larraín, Carolina Bascuñán, Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro, UNICEF, NACIONES UNIDAD, CEPAL, 2009, Núm. 9, ISSN 1816-7527.
9. CONSTITUCION POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Última Reforma DOF 09-08-2012.
10. Hugo Rodríguez, Síndrome del Niño Maltratado, Rev. Nosotros, 1996, vol. 5
11. Claudia Fierro Monti, Engel Salazar Salazar, Lucia Ruiz Salazar, Luis Luengo Machuca, Antonieta Pérez Flores, Maltrato Infantil: Actitud y

- Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile, *Int. J. Odontostomat.* 6 (1): 105-1010, 2012.
12. Marielba Franco L., Síndrome de Niño Maltratado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Jose María Benitez". La Victoria, Estado Aragua. Periodo Enero-Junio 2007, *Comunidad y Salud*, 2007, Vol. 5, Núm. 2.
 13. Juan López-Palafox, Juan Ignacio Trobo Muñiz, Síndrome del niño maltratado. Estudio de las lesiones por mordedura de origen humano o animal, *GUÍA PRÁCTICA DE ODONTOLOGÍA FORENSE*, Capítulo 13, 2001.
 14. Ferro T. María J., Maldonado, Implicaciones Psicológicas del Paciente Odontológico con Maltrato Infantil, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 2010, Depósito Legal Núm: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823
 15. Ramón Castillo Mercado, Guido Perona Miguel del Priego, Carmen Kanashiro Irakawa, Miguel Perea Paz, Fernando Silva-Esteves Raffo, *Estomatología Pediátrica*, Editorial Ripano, 2011, Madrid, Pág. 473-483
 16. Raúl D. Onostre Guerra, Oscar Sandóval Morón, Síndrome del Niño Maltratado a Propósito de un Caso, *Rev. Soc. Bol. Ped.*, 1994; 33 (3): 100-103.
 17. Duane E. Spencer, Child Abuse: Dentist's Recognition and Involvement, *Child Abuse, CDA. JOURNAL*, 2004, Vol. 34, No. 4.
 18. Kathleen A. Shanel-Hogan, What is This Red Mark? , Signs of Abuse, *CDA. JOURNAL*, 2004, Vol. 32, No. 4.
 19. Paul D. Glassman, Elisa M. Chavez, Doris Hawks, Abuse and Neglect of Elderly Individuals: Guidelines for Oral Health Professionals, *The Elderly, CDA. JOURNAL*, 2004, Vol. 32, No 4.
 20. Manea S., Favero G. A., Stellini E., Romoli L., Mazzucato M., Fachin P., Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy, *J. Clin. Pediatr*, 32(1): 19-25, 2007.

21. Uldum B., Christensen H., Welbury R., Poulsen S., Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect, *Int. J. Pediatr. Dent.*, 20(5):361-5, 2011.

ANEXOS



DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA
Oficio 05/09/2012
Asunto: Solicitud de apoyo

CD. José Antonio Ocampo Ávila
Jefe de Enseñanza de la Clínica Periférica las Águilas
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia F. Meléndez Ocampo, Coordinadora de Odontología Preventiva y Salud Pública me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que el alumno Leonardo Prieto Ramírez inscrito en el Seminario de Epidemiología y Salud Pública pueda aplicar una encuesta de conocimientos que sobre maltrato infantil y factores que permiten detectar de forma precoz, que tiene los alumnos inscritos en la Clínica a su digno cargo. Mucho agradeceré la atención que se sirva prestar a la presente.

Sin más por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, D.F, a 5 de septiembre del 2012.


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Coordinación


13/ SEP 2012
1007

Se solicita atentamente respuestas este formulario de la manera más honesta ya que es muy importante general información confiable que permita realizar modificaciones de gran trascendencia en nuestra Facultad. *Lee cuidadosamente cada enunciado y marca tu opción con el número correspondiente o una "X" dentro del recuadro. No dejes respuestas en blanco. Favor de contestar con pluma, la información de este cuestionario es confidencial.*

No. de identificación

Edad Género M F ¿Cuántos años tienes de egresado?

- 1.- ¿Cuál crees que es el tipo de maltrato más común en México?
 1) Físico 2) Abuso sexual 3) Abandono 4) Explotación 5) Negligencia
- 2.- ¿Conoces situaciones de maltrato de niños?
 1) Sí 2) No
- 3.- Si su respuesta es afirmativa: ¿qué tipo de situaciones?
 1) Física 2) Abuso sexual 3) Abandono 4) Agresión verbal 5) Explotación
 6) Otros ¿Cuál es? _____
- 4.- ¿En qué ámbito social consideras que se da con mayor frecuencia el maltrato infantil?
 1) Familia 2) Instituciones 3) Vía pública 4) Otro ¿Cuál es? _____
- 5.- En el maltrato ocasionado por algún familiar, ¿Por qué integrante es ocasionado?
 1) Madre 2) Padre 3) Ambos padres 4) Abuelos 5) Tíos 6) Otros ¿Cuál es? _____
- 6.- ¿Quiénes crees que son los más afectados por el maltrato?
 1) Niños entre 2 y 8 años 2) Niños entre 9 y 12 años 3) Jóvenes y adolescentes
- 7.- ¿Conoces el procedimiento a seguir frente al problema detectado? 1) Sí 2) No
- 8.- Favor Explicar _____
- 9.- Menciona la, o las instituciones que se abocan al tratamiento de esta problemática?

10.-	Expresa que sentimiento te genera esta problemática	
11.-	Si tienes el suficiente conocimiento para atender en la consulta odontológica a este tipo de pacientes explica que actividades desarrollas	
12.-	Si no tienes el suficiente conocimiento para atender en la consulta odontológica a este tipo de pacientes explica la razón	
13.-	¿Reconoces el término de negligencia odontológica como un tipo de maltrato?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No
14.-	En caso afirmativo, explica el significado del concepto <i>negligencia odontológica como un tipo de maltrato</i>	
15.-	¿Crees reconocer este tipo de pacientes en tu consulta privada?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No
16.-	Cuál crees que sea la clave para reconocer a este tipo de pacientes	
17.-	¿Realizarías la correspondiente demanda de los padres o tutor del menor?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No
18.-	Sin importar si tu respuesta es negativa o afirmativa, explica la razón	

