



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS Y MANEJO ODONTOLÓGICO DEL
PACIENTE VÍCTIMA DE MALTRATO INFANTIL.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARGARITA GUADALUPE ARRAZOLA MENDIOLA

TUTORA: Mtra. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA



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.



*“...ante las atrocidades,
tenemos que tomar partido.
La posición neutral siempre ayuda al opresor,
nunca a la víctima.
El silencio protege al verdugo,
nunca al que sufre.”*

Elie Wiesel, premio Nobel de la Paz



A **Jesús**, por el regalo de la vida, el amor infinito, por mostrarme el camino, acompañar mis pasos y respetar mi libertad.

A **Meztli**, por ser la fortaleza y el sentido de mi vida, tus ojos llenan mi corazón, me cambiaste por completo, te amo.

A **Marcela**, mamá no hay mejor enseñanza que la fuerza que tuviste para ayudarme a salir adelante, porque admiro el coraje que has tenido para enfrentar la vida, porque eres más valiente de lo que crees.

A **Pancho**, eres el único que creyó en mi cuando todos me daban por perdida, te agradezco infinito el apoyo, la confianza, esa mano que siempre encuentro dispuesta cuando la necesito.

A **Martín**, eres la persona que cualquiera quisiera en su vida, tu objetividad y la forma tan sencilla de ver las cosas me cambiaron la perspectiva, eres fundamental para mí, gracias por tu presencia y tu tiempo.

A mis tíos **Lola y Miguel**, por el apoyo incondicional, no ayuda quien puede sino quien quiere, los quiero mucho.

A **Raquel, Paola, Juan Carlos, Erika, Mayeli, Mauricio, Carlos A., Carlos M., Liliana y Gabriela**, por el sueño que nos unió, por esa etapa que compartimos, que nos hizo hermanos. Hasta la victoria siempre.

Betty 4 y Mario, ustedes aparte porque son el regalo que Dios me dio para completar lo que me faltaba.

Abue y Adriana, amores por siempre, ausencias eternas, gracias por ser esencia de mi alma.

A **Aldo** porque tú me diste el ejemplo de cómo salir adelante cuando tienes todo en contra, te admiro, te respeto y te amo carnal.



*A la familia **Martínez Luna, Irene** por la confianza, el espacio, la paciencia, te agradezco mucho lo que haces por mí.*

*A **Lilia, Jessica y Jorge**, doctores gracias por compartir su conocimiento y experiencia conmigo, pero sobre todo gracias por la amistad.*

*A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por la oportunidad de formarme profesionalmente, por los conocimientos, mis profesores, los amigos y la opción de una vida diferente. El recibir educación superior gratuita me crea un gran compromiso con la sociedad. Tengo plena conciencia de haber estudiado en la mejor Universidad del país, pero no es con palabras como se demuestra. Gracias*



INDICE

Introducción.....	6
Concepto y clasificación del maltrato infantil.....	8
Tipos de maltrato infantil.....	8
Factores de riesgo.....	11
Indicadores de maltrato infantil.....	13
Signos de maltrato infantil en la consulta odontológica.....	13
Diagnóstico.....	18
1. Historia clínica.....	18
2. Exploración general.....	19
3. Exploración intraoral.....	23
Diagnóstico diferencial.....	26
Tratamiento en el consultorio dental.....	28
Aspectos legales.....	30
Conclusiones.....	33
Anexos:	
Anexo 1. Norma Oficial Mexicana, NOM-190-SSA-1999 (Resumen)...	34
Anexo 2. Traumagrama.....	38
Anexo 3. Notificación de presunción de maltrato infantil-juvenil.....	39
Anexo 4. Propuesta para anexar a la historia clínica.....	44



INTRODUCCIÓN

El maltrato en la infancia se puede definir como toda agresión u omisión intencional o no, dentro o fuera del hogar contra un menor(es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitualmente u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual.

Aun cuando en la actualidad se tiene mayor conocimiento y apoyo al respecto del maltrato infantil, sigue siendo uno de los problemas sociales menos denunciados y considerados ya que se desconoce su magnitud y repercusiones reales.

El maltrato incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza en forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño daño físico, psicológico y social y menospreciando sus derechos como persona y su bienestar.

Datos del INEGI muestran que una tercera parte de los hogares mexicanos padecen violencia, la mayoría de los miembros del hogar padecen violencia emocional, 34%; intimidación, 5.4%; violencia física 3.9% y sexual 0.5%.

Durante el periodo de 1999 a 2004 los maltratos más frecuentes detectados por el Sistema Nacional para el desarrollo integral de la familia fueron el físico 29.7% (poco más de 43 mil menores), le sigue en importancia la omisión de cuidados 25.2% (37 mil niños) y el maltrato emocional, 22.9% (33,518 menores).

De 2001 a 2011, en promedio, en poco más de 21 mil menores por año se comprobó algún tipo de maltrato y representó 20% del total de los casos presentados ante el Ministerio Público.



En la Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México, 2010, reportó que casi 3 de cada 10 niños dijeron que sus papás les han hecho llorar, y uno de cada 4, que les han pegado en su casa.

Considerando que el 65% de las lesiones ocasionadas a un menor están localizadas en cabeza y cuello, podemos entender el papel del odontólogo en la detección y denuncia del abuso y maltrato infantil, así como del correcto manejo de estos pacientes dentro del consultorio dental. A pesar de las oportunidades disponibles para los dentistas en la detección de maltrato infantil, rara vez informan sobre lesiones orofaciales sospechosas. La falta de conocimiento clínico de abuso infantil y negligencia está también atestiguado por el hecho de que sólo unos pocos odontólogos saben que la más alta incidencia de lesiones debidas a maltrato físico se encuentra en la región de cabeza y cuello. La atención por parte de un profesional de la salud representa un espacio de oportunidad para la prevención, detección y atención oportuna de la violencia, ya que los niños requerirán atención médica en algún momento de su vida.



CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el maltrato infantil es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual a niño(a) por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona que lo(a) tenga a su cargo. Para la UNICEF es: “aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años de edad que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el núcleo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales o colectivos e incluye el abandono parcial o total. El DIF lo define como aquellas agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, su educación y su adecuada integración a la sociedad.¹

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Prenatales

- Gestaciones rechazadas. Sin control médico, alimentación deficiente, etc.
- Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos.
- Enfermedades de transmisión.
- Abortos.

¹ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006; pp. 27



Postnatales

- **Abuso físico.** Es cualquier lesión corporal que un padre, cuidador o cualquier otro miembro de la familia cause a un niño intencionalmente.
- **Abuso sexual.** En este tipo de maltrato se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente se lleva a cabo por una persona cercana al niño.
- **Abuso emocional.** Es un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima. Este tipo de maltrato suele definirse como la hostilidad verbal no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, sometimiento, dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional. Dentro de este grupo se incluye el denominado abuso pedagógico, que incluirá los casos de niños con excesivas obligaciones académicas sin contar con las posibilidades del propio niño, evitando el desarrollo normal de vida social y juego del niño, generando un estrés escolar que puede derivar en trastornos psicosomáticos o alteraciones emocionales.
- **Omisión-negligencia.** Tiene lugar cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Un ejemplo de ello es la negligencia dental, que suele estar relacionada con problemas sociales como pobreza y aislamiento.

La negligencia dental es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como una falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda y seguimiento de tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función



adecuada y garantizar la ausencia de color e infección. Se produce ante la falta de búsqueda de tratamiento por parte de padres o tutores en lesiones de caries no tratadas, infecciones orales y dolor o la suspensión de un tratamiento cuando ya han sido informados de las condiciones anteriormente citadas. La falta de cuidados en estos casos imposibilita una alimentación normal, causa dolor crónico, frena el crecimiento del niño y dificulta su vida normal. Las condiciones de pobreza, problemas en el transporte y otros factores deben ser considerados en estos casos, pero una vez salvados éstos, la ausencia reiterada de asistencia dental constituye negligencia.

- **Explotación laboral.** En este grupo están incluidos aquellos niños que realizan acciones como mendicidad, venta ambulante, etc.

Institucionales

- Servicios sociales
- Servicios escolares
- Servicios sanitarios
- Policiales-judiciales
- Medios de comunicación social²

Es necesario destacar que existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo bio-psico-social del niño o niña. Las interacciones asociadas a la violencia generalmente se traducen en problemas sociales, escolares y de interacción. Esas alteraciones de conducta se manifiestan a través de agresividad o retraimiento y pueden estar vinculadas con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y suicidio, entre otras.

² Mojarro Iñiguez, Mariana, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría p.p. 5 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



FACTORES DE RIESGO

El maltrato infantil no es un hecho o acontecimiento aislado, es un proceso determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares e individuales, que no pueden ser analizados por separado ni cualitativa o cuantitativamente.

Factor individual: Historia previa de malos tratos, desatención grave, rechazo emocional, bajo coeficiente intelectual y problemas psicológicos del niño maltratado.

Factores familiares: Aquellos que tienen problemas de la relación de pareja tales como estrés permanente, violencia familiar; y aquellos que tienen que ver con el niño como son: problemas de conducta, hijos no deseados, hiperactivos, discapacitados físicos o psíquicos entre otros.

Factor social: Desempleo, problemas económicos, pérdida del rol, insatisfacción laboral o aislamiento social.³

Entre los factores más generales se encuentran:

- Normas culturales que validan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.
- Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos.
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres, niños y niñas.
- Normas que respaldan el respaldo de la fuerza policíaca excesiva contra los ciudadanos.⁴

³ Mojarro Iñiguez, Mariana, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría p.p. 7-8 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



- El Síndrome de Munchausen 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 raro poco comprendido cuya causa es desconocida. La madre puede simular síntomas de enfermedad en su niño añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres o administrando eméticos o catárticos para simular vómitos o diarreas.

⁴ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006; pp. 10



INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

En la evaluación de un niño con sospecha de abuso o negligencia, es importante obtener una historia completa, de preferencia directamente del niño, y para evaluar esto en contra de los hallazgos clínicos. En contraste con el abuso físico, la negligencia es más difícil de detectar. Estos indicadores son manifestación de evidente negligencia aunados al retraso en el desarrollo y la falta de higiene.

Un padre que no asiste a las citas con regularidad, no cumple con el tratamiento planificado o hace caso omiso de los síntomas en un niño que está mostrando otras características de descuido general debería ser un motivo de preocupación y debe conducir a una evaluación multidisciplinaria adicional de las necesidades del niño. A pesar de que el 73% de los profesionales consideran el abandono de un tipo de abuso, el 60% no consideran la negligencia en el tratamiento dental de esta manera, a pesar de ser el tipo más frecuente de abuso visto por los odontólogos. La alta frecuencia con la que el descuido dental se presenta no parece influir en la importancia que se le asigna. Teniendo en cuenta la importancia de una dentadura sana para su alimentación, sabiendo el papel que juega la dentición temporal a cambio de dentición, y siendo conscientes de las consecuencias de las infecciones y dolores de origen dental en la vida social del niño, por lo que debemos sentir que es nuestro deber detectar y tratar los casos de abandono.

SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Debido al aumento de la violencia intra y extrafamiliar, los odontólogos



deben hacer más hincapié en los signos y síntomas de maltrato que pueda presentar el paciente, sobretodo porque el 65% de las lesiones que se producen en los niños como consecuencia del maltrato y abuso físico, están localizados en cara y cuello.

Entre las principales señales de alerta que debe tener el especialista a la hora de realizar el examen físico y la anamnesis se encuentran:

- El aspecto físico, si el niño se presenta en la consulta con características que indican carencia de cuidados o falta de higiene. De igual forma puede ser un signo de alerta el que el niño sea vestido con ropa muy abrigada en estaciones o temporadas de calor; esto sirve a los padres para esconder lesiones o hematomas.
- Los padres maltratadores siempre tienden a alegar lesiones accidentales y nunca las asocian a peleas con los compañeros en la guardería o el colegio.
- Es de vital importancia observar que los datos emitidos por el paciente y los padres o responsables coincidan; por esta razón es aconsejable hacer las entrevistas por separado para evitar el temor de los niños a represalias de los padres.
- En cuanto a la conducta psicológica del paciente, este presenta por lo general síntomas de intrusión, ansiedad, indiferencia, miedo, cara triste, gestos de defensa al intentar aproximarse a él, así como llanto débil pero sin habla.

A la hora de realizar el examen clínico extra e intrabucal, el odontólogo puede encontrarse con las siguientes lesiones características del maltrato infantil:

- A nivel de la piel de la cara y el cuello se presentan contusiones, hematomas, arañazos y equimosis generalmente en zonas no prominentes como orejas y mejillas (fig. 1)⁵



Fig. 1

- Intrabucalmente son comunes las laceraciones por introducción forzada de objetos como cubiertos, chupones, etc.
- Las quemaduras representan el 10% de las lesiones físicas por maltrato, siendo estas de diferentes tipos. Entre la más común se encuentra la toma de alimentos forzada de alimentos calientes o sustancias cáusticas, lo cual origina lesiones importantes en lengua y mucosa intrabucal. Las quemaduras intencionales con cigarrillos suelen encontrarse en la cara, frente y manos, estas son lesiones uniformes y circulares en sacabocados con una escara central negra que al curar deja una cicatriz en cráter. Es trascendental poder diferenciar este tipo de lesiones de las accidentales cuyos contornos son imprecisos y dentro de la misma hay diferentes grados de quemaduras (fig. 2).

⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000060.htm>



Fig. 2⁶

Respecto a las mordeduras, estas presentan un área central de equimosis (contusión) causado por dos posibles fenómenos:

- 1) Presión positiva por oclusión dental (fig. 3)⁷



Fig. 3

- 2) Presión negativa por succión. Dichas lesiones presentan un patrón elíptico y ovoide en la piel, a diferencia de las mordeduras causadas por animales cuyo patrón de arcada es triangular. La distancia normal entre los caninos humanos oscila entre 2.5 y 4 cm, siendo estas entre 2.5 y 3 si pertenecen a un niño, lo cual podría relacionarse con peleas escolares y mayor de 3 cm si corresponden a un adulto. Estas serán las marcas más prominentes o profundas de la mordedura. Las marcas producidas por perros u otros animales carnívoros tienden a presentar desgarramiento de tejidos en contraposición a las humanas que

⁶ <http://www.taringa.net/post/salud-bienestar/14216226/Remedios-caseros-2-parte.html>

⁷ <http://www.noticieroaltavoz.com/website/wp-content/uploads/2013/11/mordidas.jpg>

causan abrasiones, contusiones y laceraciones pero rara vez desgarro de tejido⁸ (fig.4)⁹



Fig 4.

⁸ Morales Chávez, Mariana C. ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL volumen 47 n° 3 / 2009

⁹ <http://www.vidaysalud.com/diario/vida-saludable/>



DIAGNÓSTICO

Considerando que la edad en la que prevalece el maltrato infantil y el abandono es entre los 3 y 12 años, los odontólogos se encuentran en una situación crucial para detectar los posibles casos de maltrato y, además está obligado por la ley a denunciar.

Lo primero que se debe tener en cuenta es la actitud del profesional ante la sospecha de un problema de estas características. Se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable.

Debemos sospechar cuando los padres no son capaces de explicar o dicen no haber advertido una herida evidente. La mayor parte de los padres que no maltratan a sus hijos sabe con precisión cómo o cuándo se produjo la lesión.

El examen cuidadoso de cara, cuello y garganta debe hacerse antes de efectuar un examen bucal completo y sistemático.¹⁰

HISTORIA CLÍNICA

La elaboración de la historia clínica es un proceso continuo que inicia con la detección. Se deberá observar en todo momento las recomendaciones de la NOM para la elaboración del expediente clínico.

Cuando la edad del paciente lo permita, se puede realizar la entrevista directamente con él, pero siempre en presencia del personal auxiliar. En otros ámbitos, debe realizarse en presencia de un trabajador social o representante legal. Se debe evitar el asombro ante lo que el paciente relate y no parecer en ningún momento amenazador.

¹⁰ Medrano García, Giannina, MALTRATO INFANTIL: UNA RELACIÓN MUY CERCANA, ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR LOS ODONTÓLOGOS *Odontol Pediatr* 2010; 9(1): 78-94



La historia clínica debe recoger fielmente las explicaciones de las lesiones presentes en el niño, siguiendo una serie de precauciones para llegar a la verdad. Toda lesión o problema de conducta deberá ser cuestionado y el mecanismo mediante el cual se ocasionó la lesión deberá ser colocado de manera convincente. Es indispensable que los datos del interrogatorio (directo o indirecto) concuerden con los hallazgos del examen físico y con los resultados de los exámenes de gabinete y de laboratorio que se efectúen al menor de edad. Si existe presunción de que el niño o la niña experimentan maltrato, es importante que quien preste el servicio de salud explicita su diagnóstico presuntivo en el expediente clínico, con el fin de que quede constancia de lo sucedido.¹¹

EXPLORACIÓN GENERAL

Deberá realizarse una búsqueda intencionada de lesiones, marcas o signos que permitan establecer el diagnóstico presuntivo del maltrato (cuadros 1 al 5) y se precisarán con detalle en el expediente clínico y por medio del traumagrama donde se marca la ubicación de todas las lesiones visibles. Realizar una exploración en el fondo del ojo, en busca de presencia de una hemorragia retiniana, vítrea o ambas, que se presentan cuando la cabeza del niño es sacudida con violencia o cuando es golpeada directamente.

¹¹ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006; pp. 14



Cuadro 1. Signos de maltrato físico¹²

- Hematomas, equimosis, eritemas y contusiones en la cara, labios, boca, brazos y piernas
- Cicatrices en varias etapas de evolución
- Marcas de objetos, cable, cadena, plancha etcétera
- Quemaduras en las palmas de las manos y brazos (huellas de quemaduras de cigarros)
- Luxaciones y fracturas inexplicables en diversas fases de consolidación (fractura de clavícula)
- Lesiones musculares
- Señales de mordeduras humanas
- Trauma ocular
- Traumatismo cráneo-encefálico

Los hematomas pueden ser producto de golpes o lanzamiento del niño contra objetos duros, lo cual puede llegar a producir, además de hematomas y equimosis, fracturas de estructuras óseas. Conviene recordar que las fracturas y hematomas en lactantes menores de un año son incompatibles con el desarrollo motor del niño, por lo tanto son lesiones provocadas.

El color de las lesiones 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 (tabla I).

Tabla I. Evolución en el color de las lesiones ocasionadas por golpes.¹³

TIEMPO DESPUÉS DEL TRAUMATISMO	COLOR
Inmediato	Azul oscuro
1 – 5 días	Rojo - violáceo
5 – 7 días	Rojo - púrpura
7 – 10 días	Verdoso
2 – 4 semanas	Amarillento

¹² Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006

¹³ Mariana Mojarro Iñiguez, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría p.p. 11 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



Las lesiones suelen tener formas muy diversas y, frecuentemente, reflejan el objeto del agresor (imagen en espejo).

Cuando las quemaduras son fortuitas o accidentales, la profundidad de la lesión no va más allá de la epidermis o dermis (1° y 2° grado respectivamente), mientras que cuando es provocada se eleva la temperatura y tiempo de exposición, alcanzando la profundidad del daño a la subdermis, y ofreciendo una coloración que va del blanco perlado al negro carbón, provocando una quemadura de 3er grado.¹⁴

Cuadro 2. Indicadores de maltrato psicológico¹⁵

Aun cuando el menor de edad no presente lesiones físicas se puede sospechar que vive maltrato si presenta:

- Retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Cansancio
- Somatizaciones
- Problemas de lenguaje
- Fobias
- Autoestima baja
- Sentimientos de miedo e ira
- Tristeza

AGRESOR: Tutor o responsable que acompaña al niño o la niña

- Desesperación por parte de los responsables hacia el menor de edad
- Humillación por parte de los responsables hacia el menor de edad

¹⁴ Mariana Mojarro Iñiguez, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría p.p. 11 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf

¹⁵ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006



Cuadro 3. Indicadores de abuso sexual¹⁶

- Dificultad para caminar o sentarse
- Infecciones de transmisión sexual
- Infecciones del tracto urinario y orales
- Embarazo
- Precocidad sexual

Cuadro 4. Indicadores del maltrato por abandono¹⁷

- Embarazo no deseado
- Se presenta con ropa inadecuada para el clima
- Falta de atención médica u odontológica
- Hambriento
- Con evidente falta de supervisión adulta
- Desnutrición discordante con el nivel socio-económico del hogar
- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Constante fatiga, sueño o hambre
- No cuenta con documentos oficiales, como acta de nacimiento o cartilla de vacunación

¹⁶ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006

¹⁷ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006



Cuadro 5. Indicadores conductuales del niño maltratado¹⁸

- Temor al contacto o a los acercamientos físicos
- Temor exagerado a un adulto
- Conducta agresiva, destructiva o excesivamente sumisa
- Depresión
- Intentos de autoagredirse o autoeliminar
- Enuresis, encopresis
- Problemas alimenticios: muy glotón o pérdida de apetito
- Bajas calificaciones escolares
- Inasistencias escolares frecuentes e injustificadas
- Inhibición para jugar
- Se torna pedigüeño; roba comida y objetos
- Tiende a beber alcohol o consumir psicoactivos
- Timidez exagerada
- Carencia de afecto

Todos los hallazgos físicos deben ir registrados en un traumagrama anexo en la historia clínica.

EXPLORACIÓN INTRAORAL

Dentro de la cavidad oral se pueden encontrar lesiones de la mucosa, de los tejidos dentarios y óseos.

Lesiones de mucosa

Dentro de las lesiones intrabucales, con mucha frecuencia el mecanismo patogénico consiste en la introducción forzada por parte de los padres o educadores, y de forma muy violenta, de objetos como chupones, tenedores y cucharas cuando el niño está llorando y se le está dando de comer; siendo

¹⁸ Marchetti Lamagni, F. y Quel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006



típica la laceración en la mucosa interna del labio superior con rotura de frenillo y luxaciones intrusivas; y lesiones en el labio inferior. Puede provocarse también el desgarramiento del frenillo lingual causado fundamentalmente por el sexo oral o una alimentación forzada.

Es frecuente encontrar también quemaduras en mucosa bucal, gingival y lengua provocadas por cigarrillos, otros objetos calientes, ingestión forzada de bebidas alcohólicas en alta graduación o cáusticos y alimentos a altas temperaturas.

Las infecciones orales deben ser examinadas y analizadas para ver si tienen un origen sexual, el condiloma acuminado (verrugas venéreas lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo corales, que aparecen en zonas de contacto directo intenso y relacionados con microtraumatismos locales), sífilis, herpes, paladar petequeal, etc. Las enfermedades de transmisión sexual en niños son signos patognomónicos de abuso sexual con felación¹⁹,

La gonorrea y *Chlamydia trachomatis* pueden ser asociadas a la presencia de faringitis²⁰.

Las manifestaciones dentarias por maltrato son fundamentalmente traumatismos, en distintas fases de evolución. Suelen ser violentos y de etiología inexplicable, acompañados de lesiones alveolo-dentarias. En ocasiones, presenta el alveolo vacío, con ausencias dentarias por arrancamiento y/o la presencia de restos radiculares con un historial etiológico poco claro y en presencia de una dentición libre de caries.

¹⁹ Morales Chávez, Mariana C. ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL volumen 47 n° 3 / 2009

²⁰ Mojarro Iñiguez, Mariana MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría p.p. 12-13 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



Los traumas en huesos de la cara y sus secuelas pueden ocasionar desviaciones de la línea media, mentón y/o dinámicas, con alteraciones de apertura y cierre o limitación de los movimientos mandibulares, que hacen sospechar fracturas mal consolidadas.

La presencia de infecciones múltiples con dientes destruidos por caries en distintas fases de evolución que impidan una correcta alimentación y realización de funciones orales en el niño, son alertas sobre el diagnóstico de negligencia dental.²¹

²¹ Mojarro Iñiguez, Mariana MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría, pp. 13 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Siempre debemos tener en consideración que hay procesos patológicos que podrían dar lesiones que semejen a las producidas por el maltrato.

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, etc. Pero el odontólogo tiene que tener en cuenta que hay lesiones en el niño que pueden ser accidentales y otras que no lo son. Hay características especiales de las lesiones para poder identificar si éstas son accidentales o no, ya que los tipos de traumatismos por abuso son en muchas ocasiones semejantes a las observadas con las lesiones involuntarias²²

Trastornos de coagulación. Tanto los congénitos (hemofilia, enfermedad de Von Willebrand) como los adquiridos (púrpura trombocitopénica, enfermedad de Schoénlein-Henoch, intoxicación por anticoagulantes, dicumarínicos y warfarina), que evolucionan con hematomas múltiples. Las correspondientes pruebas sanguíneas pondrán de manifiesto la etiología y diagnóstico del proceso.

Lesiones circinadas. Aparecen en la piel y asemejan quemaduras redondeadas. Son lesiones que cicatrizan en el centro y se extienden hacia el exterior.

Neuroblastoma. Puede dar origen a equimosis periorbital bilateral.

²² Molina Gómez, Alma María, MALTRATO INFANTIL. LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO EN ODONTOLOGÍA Por Gaceta Dental| 3 mayo, 2009



Fitodermatitis. Ciertos vegetales pueden, en contacto con la piel y la luz solar, ofrecer imágenes similares a los traumatismos intencionales, ya que queda impresa sobre la piel la imagen en espejo del citado vegetal.

Quemaduras fortuitas. En estos casos la profundidad de la quemadura es más superficial, los bordes irregulares, la presencia en zonas descubiertas y la asimetría de la lesión, entre otros, son datos que nos llevan al diagnóstico de lesión accidental.

Osteogénesis imperfecta. Puede ofrecer fracturas múltiples y, en diferentes procesos de evolución, acompañadas de anomalías estructurales dentinarias y osteopenia. El patrón de patología ósea es similar al de enfermedades como raquitismo o escorbuto. El diagnóstico diferencial lo ofrecen el resto de los parámetros patológicos de las citadas enfermedades.

Autolesiones. Se producen en circunstancias donde el propio niño es el causante de sus lesiones. Son frecuentes en estados de depresión, discapacidad mental o síndromes autísticos.²³

Independientemente de las secuelas físicas todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas depende de: intensidad y frecuencia del maltrato, características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, entre otros), el uso o no de la violencia física, relación del niño con el agresor, apoyo de la familia a la víctima, acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.²⁴

²³ Mariana Mojarro Iñiguez, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría, pp. 14 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf

²⁴ Ferro T. María J.; IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE VÍCTIMA DE MALTRATO INFANTIL, Revista Odontológica de Ortodoncia y Odontopediatría, enero 2010, www.ortodoncia.ws, pp. 4



TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Los odontólogos de práctica general deben poseer los conocimientos necesarios sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil; solo de esta manera nos encontramos en inmejorable situación para poder auxiliar a las víctimas de esta situación traumática. Cualquier protocolo de atención en la consulta odontológica pasa por el adecuado manejo de la consulta del paciente infantil.

Antes de iniciar los procesos terapéuticos de rehabilitación de la salud bucal del niño maltratado, debemos tener en cuenta las situaciones previas de estrés que ha sufrido la víctima, para modificar los procedimientos y técnicas del dolor y la ansiedad. Dependiendo de la tipología y manifestaciones del niño en situación de estrés postraumático, se presentarán fundamentalmente, dos tipos de conducta:

Trauma tipo I. Como resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único. Ante un trauma de este tipo el niño presenta, habitualmente, un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de confianza como resultado del episodio de maltrato, siendo muy parecido a la conducta presentada por el niño cooperador tenso.

Trauma tipo II. Resultado de una larga y repetida exposición al maltrato. El paciente presenta una conducta disruptiva y agresiva que, normalmente, intenta impedir el tratamiento siendo un comportamiento similar al niño con aversión a la autoridad.

En los casos de maltrato emocional o psicológico los niños suelen presentar labilidad afectiva y trastornos del comportamiento que cursan alternando agresividad y pasividad, y dificultades en el control de impulsos.



En cualquier caso, en la víctima de maltrato, debe fomentarse la seguridad y confianza en las relaciones entre el niño y el o los profesionales de la salud que le brindan la atención.

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

- Técnica mostrar – decir – hacer
- Técnica de control de voz
- Tratamiento farmacológico (premedicación)
- Anestesia general

Las dos primeras se recomiendan en el trauma tipo I; las dos últimas en el caso de comportamientos acordes con el niño que manifiesta conductas disruptivas. Las técnicas con el uso de restricción física no se aconsejan para el niño sometido a malos tratos.

Por lo que se refiere a los tratamientos terapéuticos para restituir las condiciones de salud oral en el niño, en nada difieren con los planteados en el resto de la población, si bien debemos tener presente las posibles complicaciones derivadas de la ausencia de seguimiento y control de los casos.



ASPECTOS LEGALES

No son únicamente los servicios sociales los que detectan e informan de los casos. El maltrato infantil puede ser identificado y notificado por particulares, familiares y profesionales que en un momento dado puedan detectar estos abusos en la víctima. Es importante entender que dentro del proceso de denuncia o notificación del maltrato infantil, en el cual se puede ver implicado el profesional de la odontología, existen una serie de etapas establecidas por la administración que son:

1. Detección y notificación
2. Investigación
3. Evaluación
4. Toma de decisiones y planificación de la intervención
5. Intervención
6. Seguimiento
7. Cierre del caso

El papel del odontólogo tiene lugar en la primera etapa, detectando y notificando, o dando parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con la historia que nos han relatado los padres.²⁵

Cuando a un paciente se le detecta una lesión y se diagnostica un maltrato presuntivo, se deberá realizar un Parte Médico de Lesiones, precisando con detalle el tipo, tamaño, forma, color, localización, número, antigüedad y tiempo que tardan en sanar, -valorando el nivel de gravedad en función de si son más o menos de 15 días-, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional o estructural o si pone en peligro la vida. El documento

²⁵ Mariana Mojarro Iñiguez, MALTRATO INFANTIL. Lesiones por malos tratos, Sociedad Española de Odontopediatría, pp. 14 http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS-_columnasFIGURASfinal2.pdf



original se enviará junto con el aviso, al Ministerio Público y la copia se adjuntará al expediente clínico.

Si no se cuenta con servicios para realizar exámenes de gabinete y laboratorio, el médico deberá realizar el diagnóstico presuntivo y referir hacia la unidad que cuente con estos servicios.

El diagnóstico presuntivo de maltrato se realizará ante la presencia de cualquiera de las siguientes situaciones

- Que presente un indicador de abuso sexual
- Cuando se confirme la presencia de una infección de transmisión sexual.
- Cualquier signo o lesión que no corresponda a la naturaleza de la información que proporciona el o la menor de edad o la o el adulto que lo acompaña.
- Ante la presencia de indicadores de abandono y conductuales. Estos indicadores no están ordenados de mayor a menor gravedad. Solo el personal de salud, basado en su experiencia, o el infante afectado a partir de sus manifestaciones, podrán dar pautas para establecer la gravedad.

Ante el diagnóstico presuntivo de maltrato infantil, el personal de salud deberá seguir los pasos de acuerdo con el esquema institucional; creado para la notificación del diagnóstico presuntivo de los casos de maltrato.

Este aviso de maltrato deberá presentarse ante el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), mediante el formato propuesto; registrar la atención a la Violencia Intrafamiliar, al mismo tiempo, se debe dar



aviso a la Procuraduría de la Defensa del Menor (Ministerio Público) y dar seguimiento al caso.²⁶

²⁶ Marchetti Lamagni, Raquel, GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL MALTRATO INFANTIL-JUVENIL, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006;



CONCLUSIONES

Todos los adultos que formamos parte del entorno de los niños (familiares, profesores y profesionales de la salud) estamos obligados a supervisar su correcto desarrollo tanto físico, mental, emocional y sexual para poder prevenir alteraciones en su formación integral.

Salvaguardar a los niños de los malos tratos y el abandono es parte de la responsabilidad de todos, y los profesionales de la salud y los odontólogos pueden estar en una posición única para reconocer y responder a las preocupaciones de este tipo. Teniendo en cuenta el abuso y la negligencia lo perjudicial que puede ser para la salud, la vida y el desarrollo del niño, los profesionales dentales deben actuar para detectar, tratar y prevenir dicho maltrato.



ANEXOS

NORMA Oficial Mexicana, NOM-190-SSA-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. (RESUMEN)

0. Introducción

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De este contexto, se establece el derecho a la protección de la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres o mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física económica o cultural.

Independientemente de su estructura, la función básica de los arreglos familiares o domésticos deben en la formación de personas contribuir a establecer con los demás, relaciones respetuosas y equitativas, lo que



seguramente incide positivamente en el control de formas de relaciones sociales violentas.

Aun cuando en nuestro país no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de este problema de salud pública, la violencia familiar -también conocida como violencia doméstica por caracterizar formas de relación en las unidades domésticas- no debe minimizarse. El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico –desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, hasta la muerte-, como en lo psicológico y lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad. El embarazo no libra a las mujeres de la violencia familiar.

1. Objetivo

La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

4. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entenderá por:



4.1 Atención médica de la violencia familiar, al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven en esta situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.

5. Generalidades

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

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

5.3 Las instituciones de salud deberán propiciar la coordinación o concertación con otras instituciones, dependencias y organizaciones del sector público, social y privado, para que, en el ámbito de sus respectivas competencias, se proporcione atención médica, en su caso apoyo legal,



psicológico u otros para los cuales estén facultados, a las personas que se identifiquen como usuarias o usuarios involucrados en violencia familiar.

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

5.5 Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud, deberán proveer los mecanismos internos necesarios, o en su caso contar con un manual de procedimientos apropiado a efecto de aplicar de manera adecuada la ruta crítica de la o el usuario involucrado en violencia familiar, que garantice la correcta aplicación de la presente Norma.

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

6. Criterios específicos

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

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

Anexo 2. Traumagrama

Cabeza y cuello



DERECHA



IZQUIERDA



Brazos y manos



DERECHA



IZQUIERDA





Anexo 3. Notificación de presunción de maltrato infantil-juvenil

NOTIFICACIÓN DE PRESUNCIÓN DE MALTRATO INFANTO-JUVENIL
PARA UNA EXPLICACIÓN DETALLADA DE LOS INDICADORES VEASE EL DORSO

Nombre: _____			Fecha: _____	
(Apellido paterno) (materno) (maternal)				
Fecha de nacimiento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
(semanas)				
Acompañante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otro Familiar <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Policía				

Dirección: _____		
Calle	Número exterior	Código postal
Municipio y división de estado: _____		
CP: _____		
Teléfono: _____		

<p style="text-align: center;">Maltrato físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Dermatitis <input type="checkbox"/> Fracturas óseas <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Moretones por percusión <input type="checkbox"/> Síndrome del niño sacudido (shaken baby) 	<p style="text-align: center;">Abuso Sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sin contacto físico <input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración <input type="checkbox"/> Dificultad para andar y caminar <input type="checkbox"/> Signos de vaginitis, menarquia o sangramiento <input type="checkbox"/> Dolor o prurito en la zona genital <input type="checkbox"/> Conductas o comportamientos genitales patológicos o a nivel anal <input type="checkbox"/> Explotación sexual <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Dolor en la boca, genitales o ojos <input type="checkbox"/> Apariencia oral patológica 	<p style="text-align: center;">Negligencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estado trémulo <input type="checkbox"/> Falta de supervisión <input type="checkbox"/> Camarero o agente de mantenimiento <input type="checkbox"/> Problemas físicos o emocionales notables <input type="checkbox"/> Explicación infantil, se le hace trabajar en exceso o llevar al escuela <input type="checkbox"/> No está alimentado <p style="text-align: center;">Maltrato Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maltrato Emocional <input type="checkbox"/> Retraso físico emocional por abuso sexual <input type="checkbox"/> Retraso escolar <input type="checkbox"/> Conductas agresivas / autoagresivas
--	--	--

Otros síntomas o comentarios:

Personal de salud (s) que notifica:
 Unidad que notifica: _____

 Nombre y firma del Director del Centro de Salud

Adaptado de: El Protocolo de atención al maltrato infantil desde el sector odontológico, Instituto CIESA. El sistema de notificación de largo plazo a nivel nacional



Presunción: no existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce en la integración de la historia clínica del paciente en la que se pueden detectar dos factores:

1. Cuando los datos proporcionados por el paciente y/o el (la) acompañante no concuerdan con lo que se encuentra en la exploración física.
2. Cuando existe demora por parte del paciente para acudir a los servicios de salud.

Es importante señalar que, además de estos dos, existen otros factores a considerar para establecer el diagnóstico presuntivo, por ejemplo: los indicadores de maltrato físico, abandono, abuso sexual, psicológico:

- a. Magulladuras o moretones en diferentes fases de cicatrización en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infligidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño o la niña ha sido golpeado o golpeada desde distintas direcciones.
- b. Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etcétera).
- c. Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño o niña menor de dos años de edad.
- d. Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- e. Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms. de separación entre las huellas de los caninos) o si son recurrentes.
- f. Hemorragias retinianas e intracraniales, sin fracturas.
- g. Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes secas).
- h. Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño o la niña está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- i. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (por ejemplo, heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del esquema de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado - platicefalia.
- j. Incluye a niños o niñas que acompañan a adultos que "piden", vendedores(as) en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- k. Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica, sentimientos negativos para la autoestima del niño o de la niña. Incluye menoscabo continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidas amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.
- l. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- m. Sobreprotección que priva al niño o a la niña del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, niñas, juego, actividades escolares).
- n. Infecciones de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonorrea y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- o. Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y condilomas acuminados que son altamente sugestivos de abuso sexual. Desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm, explorado el ano en decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestiva de abuso sexual.



AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1)

Folio _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____

Institución _____ Localidad _____ Municipio _____

C.P. _____ Entidad federativa _____

Servicio _____ Carrera _____ Fecha de establecimiento: día _____ mes _____ año _____

Identificación del paciente de ser	Nombre _____	Edad _____		Sexo <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____	Año _____	
	Dirección:				
Calle _____		Número exterior _____	Número interior _____	Barrio y colonia _____	Código postal _____
Localidad _____		Municipio _____		Entidad federativa _____	

Fecha de atención médica: día _____ mes _____ año _____

Hora de recepción del paciente (a): hora _____ minutos _____

Motivo de atención médica _____

Diagnóstico (s) _____

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

Plan:

a) Farmacoterapia _____

b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____

c) Canalización _____ Referencia _____

Seguimiento del caso:

Área de trabajo social _____

Área de psicología _____

Área de medicina preventiva _____

Área de asistencia social _____

Previdencia _____

Notificación fecha: día _____ mes _____ año _____

Agencia del Ministerio Público: Presidente Municipal Jurisdicción Sanitaria

Nombre y cargo del receptor _____

Mo. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____

Especificar _____

Otra instancia Especificar _____

México notificante: nombre _____ Firma _____



Anexo 4. Propuesta para anexar a la historia clínica

Ante la realidad a la que nos enfrentamos, hago la siguiente propuesta como una guía de las observaciones que se deben registrar en la historia clínica cuando existe la presunción de estar ante un caso de maltrato infantil (físico, sexual, emocional y psicológico).

1. Viste adecuado a la temporada
2. Hay descuido evidente
3. Coincide su edad con su desarrollo físico e intelectual
4. Ha recibido atención buco-dental previa
5. Presenta cicatrices antiguas
6. Presenta moretones en diferentes estados de evolución
7. Coinciden las lesiones con el relato del accidente
8. Es un paciente retraído
9. Es un paciente violento
10. Acude a consulta hambriento
11. Refiere fatiga constante
12. Presenta dificultad al sentarse
13. Modifica su conducta en presencia de su acompañante
14. Cuenta con documentos oficiales