



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL MALTRATO INFANTIL COMO DETONANTE DEL
DETERIORO DE LA SALUD ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ITAHÍ CRUZ ÁLVAREZ

TUTOR: C.D. SINUHÉ JURADO PULIDO

MÉXICO, CD. MX.

2016



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.

AGRADEZCO

A la UNAM

*La máxima casa de estudios, por permitirme ser parte de ella,
brindándome día a día nuevos conocimientos.*

A la Facultad de Odontología

*Que hizo posible formarme profesionalmente y cumplir una de mis metas
en la vida.*

A mis padres

*Por enseñarme alcanzar mis objetivos de vida, por el apoyo incondicional
que me brindan siempre, por todo su amor y la comprensión que me dan,
por el esfuerzo que hacen cada día para que yo crezca profesionalmente.*

A mis hermanos

*Por su apoyo, por brindarme su confianza y por estar conmigo en esos
momentos de descontrol y por ser mi conejillo de indias en mi formación
profesional.*

A mis abuelos

*Por brindarme siempre su inmenso amor, por hacer de mí una mejor
persona en todos los aspectos de mi vida, por enseñarme a ser siempre
fuerte.*

A todos los profesionistas de la facultad de odontología

*Por formar parte de mi vida académica, gracias por sus conocimientos
compartidos.*

A la casa hogar niños de Eugenia

*Por la facilidad que me brindaron para realizar mi estudio de tesina y a
todas las niñas que siempre me recibieron con una sonrisa.*

ÍNDICE

Tema	Página
1. Introducción	4
2. Antecedentes	6
3. Marco teórico	11
3.1 Maltrato infantil.....	11
3.1.1 Etiología del maltrato infantil	12
3.1.1.1 Factores de riesgo del maltrato infantil	13
3.1.2 Tipos de maltrato infantil e Indicadores de los niños	15
3.1.2.1 Abuso físico.....	15
3.1.2.2 Abuso sexual.....	16
3.1.2.3 Abuso emocional.....	17
3.1.2.4 Negligencia	17
3.1.2.5 Abandono emocional.....	18
3.1.3 Maltrato infantil atendido por instituciones de protección a la infancia en México	19
3.2 Niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado en México	20
3.3 Aspectos generales de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”	22
3.4 Estado bucodental del niño y el adolescente en México	23
3.4.1 Placa dentobacteriana.....	23
3.4.2 Cálculo dental	24
3.4.3 Caries dental	25
3.4.4 Maloclusiones	33
3.5 Maltrato infantil y su relación con la salud oral	38
4. Planteamiento del problema	42
5. Justificación	43
6. Objetivos	44
6.1 Objetivo general.....	44
6.2 Objetivos específicos	44
7. Materiales y métodos	45
7.1 Tipo de estudio	45
7.2 Población de estudio.....	45
7.3 Criterios de selección.....	45
7.3.1 Criterios de inclusión.....	45
7.3.2 Criterios de exclusión	45
7.4 Definición operacional y escala de medición de las variables	46
7.5 Método de recolección de la información	48
7.6 Estandarización de criterios	48
8. Análisis estadístico	49
9. Resultados	50
10. Consideraciones Éticas	55
11. Discusión	56
12. Conclusiones	61
13. Referencias bibliográficas	62
14. Anexos:	67

1. Introducción

Los niños son un sector vulnerable de la sociedad que puede vivir maltrato. El maltrato a los niños es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos. No existe país ni comunidad que escape a él, y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo.

Actualmente el maltrato y abuso de los niños ha pasado de ser una práctica cotidiana en los hogares a convertirse en un problema de salud pública a nivel mundial. El maltrato en la infancia se define como el uso intencionado de fuerza física dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, que es ejercida por un individuo responsable de su cuidado físico y moral. El maltrato infantil en términos psicológicos es una patología del comportamiento. En términos jurídicos, se señala que es un comportamiento delictivo o criminal que debe ser definido y sancionado legalmente. Sociológicamente es un problema y un fenómeno social y en términos morales o éticos, un problema de violación de derechos.

La clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México define el maltrato infantil como toda agresión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la niñez, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera del hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad económica, física o intelectual.

Los niños víctimas de maltrato llegan a albergues, orfanatos y casas hogares, instituciones encargadas de la protección de la infancia, éstos son centros educativos y protectores de vida. Uno de los principales tipos de maltrato con los que llegan estos niños es el abandono o negligencia médica definido como cualquier conducta que prive al niño de la supervisión o atención indispensable para su desarrollo, teniendo como

característica higiene deficiente, desnutrición en grado variable y aspecto enfermizo.

La salud en general, es fundamental en los seres humanos, dentro de ella la salud bucal juega un rol importante y cualquier alteración puede influir en el bienestar general de los individuos. La salud bucal de la población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales. Las principales enfermedades bucales consideradas importantes en el ámbito de la epidemiología son: la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral y de faringe, entre otras. Las maloclusiones se han identificado como la tercera aversión oral con mayor prevalencia que afecta a la población en general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado realizar estudios epidemiológicos para explorar las condiciones de salud bucal en las poblaciones, ya que estos datos nos sirven para la planeación de programas de salud que se adapten a las necesidades de cada población.

La OMS ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Las maloclusiones se definen como: cualquier desviación del patrón normal de la oclusión. La causa de las maloclusiones puede ser de origen genético (falta de crecimiento y desarrollo de uno o ambos maxilares) o de origen medioambiental o hábitos perniciosos.

Según la OMS, las maloclusiones ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no ponen en riesgo la vida del paciente, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública.

2. Antecedentes

El maltrato infantil y los problemas bucales son problemas de salud que comparten características comunes tales como la alta prevalencia, los factores de riesgo y consecuencias a largo plazo.

El maltrato Infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. En épocas pasadas, el padre era considerado como el dueño y no como el protector de sus hijos. Durante siglos encontramos referencias de malos tratos hacia los menores.¹

El maltrato es un problema de salud pública, sus orígenes son antiguos y su carácter es universal; se presenta a cualquier edad sin distinción de sexo ni clase social y tiene implicaciones en diferentes esferas: médica, jurídica, social, cultural y familiar.²

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que en el año 2010 había un total de 39.2 millones de infantes en el país, de los cuales 19.9 millones eran niños y 19.3 millones niñas. Diversos estudios reportan al 10% de dicha población, como menores víctimas de maltrato y abuso y afirman que cerca de 4 millones se encuentran en situación de vulnerabilidad y riesgo.³

En el área clínica se han dado a conocer pocos estudios en México acerca de los casos de maltrato a niños. Sin embargo destacan una serie de estudios publicados por un grupo de médicos, encabezados por el doctor Arturo Loredó Abdalá, quien ha venido atendiendo este tipo de casos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría, Ubicada en la Ciudad de México. En uno de los estudios publicados, se refiere a 252 casos atendidos entre 1990 y 2000, se reportan los siguientes datos: 52% de las víctimas son niñas y 48%

niños. En cuanto a los tipos de maltrato, 138 casos fueron de maltrato físico (55%); 56 de abuso sexual (22%); 35 de privación emocional y social (14%); 11 por síndrome de niño sacudido (4%); 10 por síndrome de Münchausen (4%) y dos casos de ritualismo satánico (1%). En 13% de los casos el maltrato derivó en enfermedad crónica o incapacitante y en cinco casos (2.3%) produjo la muerte. En cuanto a los responsables, 90% fueron familiares, 4% no familiares y en 6% no se supo.²

Otro estudio se refiere a 150 niños maltratados que fueron atendidos en la Clínica durante el periodo 1998-1999. Entre los niños maltratados se detectaron lesiones y cicatrices antiguas en 62% de los casos; 57% presentaron malas condiciones de higiene; 16% inmunizaciones incompletas; 35% talla baja; 27% desnutrición y 17% bajo rendimiento escolar.⁴

Los médicos suelen ser los encargados de identificar la negligencia médica, la cual constituye aproximadamente el 0.4/1000 de los maltratos reportados.⁵

Algunos estudios longitudinales han mostrado que la negligencia puede ocasionar daños emocionales más severos y duraderos que el maltrato físico. Asimismo, han revelado que los niños que han sufrido negligencia o han sido abandonados presentan mayores problemas de salud que los que han padecido maltratos físicos o abuso sexual.⁴

Muchos estudios han hablado de la poca importancia con la que suele abordarse el tema de la negligencia, sobre todo si se toma en cuenta que suele ser el tipo de maltrato más frecuente, no obstante, es el menos visible, y sobre el que menos se habla.²

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del

cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales.⁴

El maltrato Infantil se subdivide en dos grandes grupos: Pasivo y Activo. La negligencia Odontológica es un tipo de maltrato pasivo, la Academia Americana de Odontología Pediátrica la define como la falta deliberada, por parte de padres o tutores de la búsqueda o 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 orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y dificulten la vida diaria del menor.⁶

En la práctica médica odontológica la detección del maltrato requiere de indicadores, como son enfermedades bucales y falta de tratamiento. Los problemas bucales no solo pueden destruir los dientes sino también afectar la salud general y tener consecuencia en el bienestar y en la calidad de vida del niño.

Dentro de la cavidad oral, en la víctima de malos tratos, se pueden encontrar lesiones en mucosa como laceraciones, quemaduras, infecciones orales, o afectaciones en tejidos duros dentarios y óseos: como fracturas de corona y raíz, cambio de coloración en algún órgano dentario que nos hagan pensar en traumatismos anteriores, alta incidencia de caries, pérdida de órganos dentarios sin explicación razonable, en ocasiones aparece el alveolo vacío, con ausencia dentaria o la presencia de restos radiculares⁷, asimetrías y fracturas de maxilar o mandíbula tomando en cuenta que las fracturas faciales no son muy frecuentes antes de los cinco años de edad.⁶ La prevalencia de estas

lesiones se sitúa entre el 3 y el 5 %.⁵ También pueden llegar a presentar hábitos orales como succión digital, bruxismo y onicofagia.⁸

La caries dental, las enfermedades periodontales y otras condiciones orales como las maloclusiones, si no se tratan, puede conducir al dolor, infección y pérdida de la función. Los resultados de estas patologías pueden afectar negativamente el aprendizaje, la comunicación, nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal del niño.⁹

En Toronto, Canadá, se realizó un estudio epidemiológico bucal en donde se investigó la prevalencia de caries en la dentición primaria en una población de niños de 2 a 6 años con antecedentes de maltrato ingresados al cuidado de la Sociedad de Ayuda a los Niños de Toronto (CAST) entre 1991 y 2004.¹⁰

El estudio antes referido reportó que los niños maltratados y abandonados tenían niveles más altos de caries que la población en general de 5 años de edad en Toronto.¹⁰

Alejandra Requena reporta un caso clínico de maltrato por abandono provocando negligencia dental, puesto que el menor padecía enfermedades bucales graves como: mal posición dental, pérdida dental prematura con la erupción precoz de dientes permanentes, apiñamiento dental e hipoplasia del diente.⁶

José Luis Rubí refiere que para que el fenómeno se lleve a cabo se requieren de tres elementos fundamentales: el niño, el agresor y un proceso detonante. Reporta que el abandono de los padres es una consecuencia de enfermedades bucales y que es necesario intervenir de una manera adecuada cuando se detecten situaciones de abandono.¹¹

Por lo antes mencionado ha existido la preocupación por describir y documentar los hallazgos del maltrato infantil en el campo de la odontología.

3. Marco teórico

3.1 Maltrato infantil

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Kempe en 1962, fue quien definió el Maltrato Infantil como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes. Este último concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.^{1,12}

En 1999, la OMS en cuestión de la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que origina un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”¹³

La Comisión Nacional de Derechos Humanos propone la siguiente definición de maltrato infantil: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.¹

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia define a los niños maltratados como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren

ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.¹³

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.¹³

3.1.1 Etiología del maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema complejo, en cuya etiología se han identificado diversos factores tanto personales como familiares, sociales y culturales.

La violencia intrafamiliar traduce una disfunción importante del sistema familiar en el cual se produce, así como de los sistemas institucionales y sociales que lo rodea.¹⁴

La comprensión del maltrato infantil requiere un enfoque multidimensional que tenga en cuenta el contexto en que se desarrolla el niño: el propio niño y sus circunstancias familiares y socioculturales. La génesis del maltrato se explica por la existencia de una acumulación de factores de riesgo y no desde una perspectiva unicausal.¹⁴

El maltrato infantil también se asocia con factores socioculturales y socioeconómicos que facilitan la violencia.¹⁴

3.1.1.1 Factores de riesgo del maltrato infantil

Los factores de riesgo en general, se refieren a características personales, familiares, sociales o culturales cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno. En el caso de la violencia, los factores de riesgo son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia las conductas y actitudes violentas.¹⁴

El maltrato infantil es un problema muy complejo que no se puede explicar por la presencia o ausencia de un único factor, sino que se trata de una interacción entre múltiples factores de riesgo (individuales, familiares, sociales y culturales) que lleva a que se de este tipo de comportamiento.¹⁴

Factores familiares

Los estilos familiares y formas de relacionarse entre los miembros de una familia tienen un papel decisivo a la hora de atender adecuadamente o no a sus integrantes.

Pueden resultar desfavorecedores algunos aspectos que hacen referencia tanto a la estructura como al funcionamiento de la familia.

Aspectos que debemos contemplar:

- El número elevado de integrantes de una familia puede ser favorecedor a la negligencia en la atención de algunos de los menores
- Toxicomanías
- Antecedentes psiquiátricos
- Aislamiento social

- Ruptura familiar
- Embarazos no deseados
- Familias monoparentales, en las que el esfuerzo económico, educativo y efectivo recae en un solo miembro
- Familias con padres adolescentes que no siempre son conscientes de las necesidades del menor y pueden estar más ocupados en atender las suyas propias
- Inexperiencia en el cuidado de los niños.
- El estilo de comunicación que se desarrolla ente los miembros de la familia.
- La carencia de vínculos efectivos entre sus miembros.
- La inexistencia de normas y límites en el seno de la vida familiar.

Factores individuales de los niños.

- Bebes prematuros
- Niños con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales
- Niños con conducta hiperactivas

Factores culturales y ambientales

- La situación laboral precaria o el desempleo provoca que los ánimos familiares estén más deteriorados
- Necesidades básicas insatisfechas
- Infravivienda, convivencia de varias familias en espacios muy reducidos

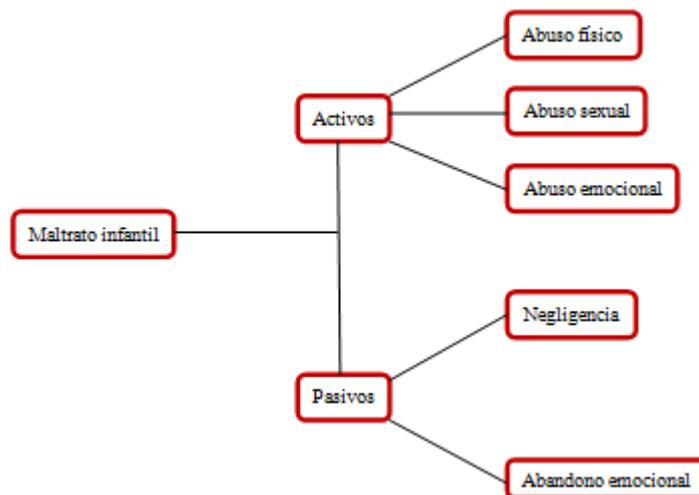
Factores sociales

- Falta de vigilancia en los casos de maltrato y negligencias
- Malas condicione escolares
- Insuficiente implantación de los Derechos del niño reconocimientos por la Naciones Unidas.
- Escasez de apoyo y de educación en las familias más desfavorecidas

- Falta de formación adecuada de los profesionales
- Baja adecuación de los medios de respuesta en los ámbitos de la justicia, la salud, la educación y la asistencia del niño.¹⁰

3.1.2 Tipos de maltrato infantil e Indicadores de los niños

El maltrato infantil se puede clasificar en maltrato activo y maltrato pasivo. A la vez que el maltrato por acción se divide en abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico o emocional. El maltrato por omisión es el abandono emocional y negligencia.¹⁵ A continuación, se esquematiza la clasificación del maltrato infantil:



Fuente directa

3.1.2.1 Abuso físico

Se define como toda agresión que causa daño intencional, provocando lesiones internas, externas o ambas, como consecuencia de una acción violenta en contra de un niño en forma directa. La gravedad varía desde lo

leve hasta mortal, puede ser ocasionado por las personas que tienen la responsabilidad de cuidado del menor o por terceros.^{1, 16}

Características:

Huellas del objeto agresor (plancha, lazo, cadena, cinturón, etc.) hematomas, eritema, quemaduras, fracturas, inflamación, deformación de la región, ruptura visceral o envejecimiento, ingresos frecuentes al hospital por lesiones.^{1, 16}

Comportamiento:

Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. En ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.^{1, 16}

3.1.2.2 Abuso sexual

Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto con el objeto de obtener excitación y/o gratificación sexual y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación.^{1, 16}

Características:

Presencia en genitales y/o ano de equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación; himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes dispareunia.^{1, 16}

Comportamiento:

Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, autodevaluación.^{1, 16}

3.1.2.3 Abuso emocional

Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los menores a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan.^{1, 16}

Características:

Retraso psicomotor, apatía por jugar, aislamiento, se observan silenciosos y tristes, desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal.^{1, 16}

Comportamiento:

Deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar, retraimiento, depresión, poca sociabilidad, sensación de no ser queridos, bloqueo emocional.^{1, 16}

3.1.2.4 Negligencia

Se define cuando un individuo no proporciona al niño lo necesario para su desarrollo, como salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello se perjudica la salud y su desarrollo físico, mental, moral o social.^{1, 16} Se podrá considerar culpable de este tipo de abuso cuándo al individuo que

sabe las consecuencias de los actos que realiza u omite y como no culpable al individuo que no sabe las consecuencias de los actos que realiza u omite.

Características:

Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Sin asistencia médica oportuna y adinamia permanentes.^{1, 16}

Comportamiento:

Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo.^{1, 16}

En cuanto a la negligencia dental, ésta es definida como “La falta de búsqueda de tratamiento por parte de un padre o tutor para caries no tratadas, infecciones orales y dolor, o falta de continuación de tratamiento cuando ya han sido informados de que existen las condiciones anteriores en el niño”. Muchos casos de negligencia dental pueden atribuirse a problemas financieros, la falta de consideración por parte de un padre o tutor de que el tratamiento dental es necesario.^{1, 16}

3.1.2.5 Abandono emocional

Se considera como tal a la ausencia permanente de respuestas por parte de los adultos a las señales de interacción efectiva del niño, como expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e

interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.^{1, 16}

Características:

No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes.^{1, 16}

Comportamiento:

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.^{1, 16}

3.1.3 Maltrato infantil atendido por instituciones de protección a la infancia en México

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia, se encarga de atender y registrar los casos de maltrato infantil en el país. Sin embargo, del total de los municipios de la República, sólo una cuarta parte (612 municipios) cuentan con procuradurías de este tipo. A continuación, se muestra el número de casos de maltrato, por tipo, que fueron atendidos por el DIF en diferentes años, entre 1998 y 2002.²

Casos de maltrato a menores de edad atendidos en la República Mexicana durante 1998, 1999 y 2002

Tipo	1998	1999	2002
Maltrato físico	8 201	8 162	7 118
Abuso sexual	1 018	1 044	1 123
Abandono	1 669	1 704	1 474
Maltrato emocional	4 218	5 236	4 744
Omisión de cuidados	4 565	4 516	5 338
Explotación sexual comercial	65	110	64
Negligencia	1 615	2 592	3 080
Explotación laboral	181	644	257
No clasificado	1 626	1 036	-
Total	23 109	25 046	24 563

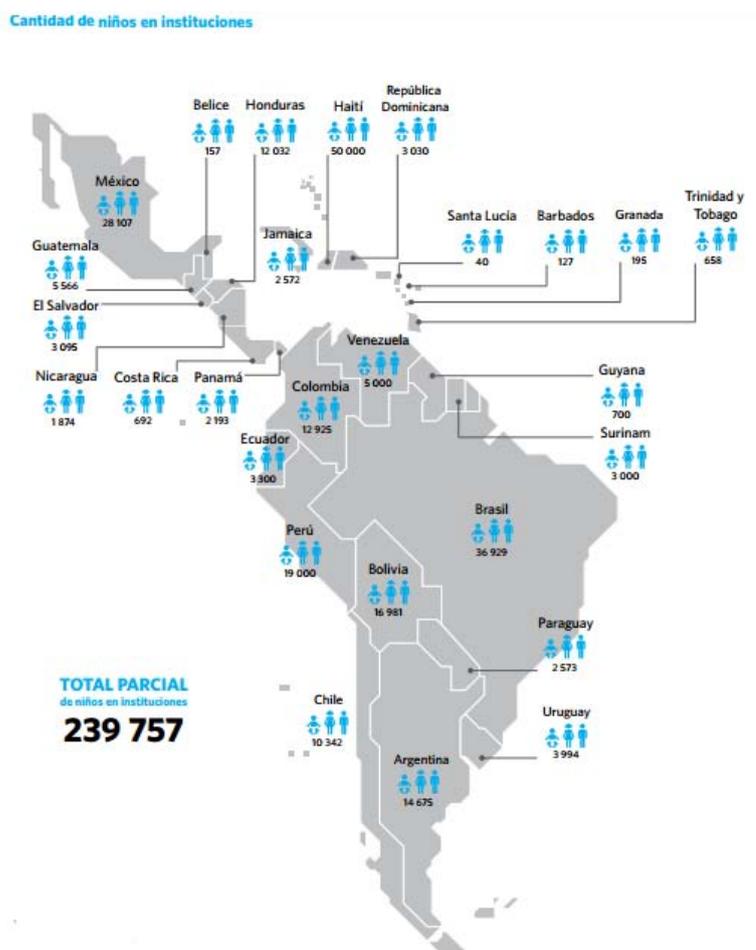
Fuente: Extracto del informe nacional sobre violencia y salud.

En torno a las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia, el DIF reportó que en el año 2011 se recibieron 18,136 reportes de maltrato infantil, de las cuales sólo se comprobaron 12,867 y de ellas sólo 1,553 (12%) se presentaron ante el ministerio público.¹⁷ Cuando existen elementos de riesgo hacia el menor se retira la víctima a los tutores y se encomiendan a las casas hogar públicas.

3.2 Niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado en México

El no respeto a los derechos de niños representa el principal motivo para la institucionalización, por lo que es importante el rol que juegan las casas hogar debido a que forman parte de un proceso para la contención de estos problemas: abandono, abuso sexual infantil, maltrato físico, entre otros.¹⁷

En el año 2013 UNICEF y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos presentaron el informe “La situación de los niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe”. Reportan que en México hay 28,107 residentes en instituciones de protección los cuales ingresaron por desamparo, pobreza, abandono, maltrato, explotación y abuso sexual.¹⁷ La siguiente imagen muestra los datos anteriormente mencionados.



Fuente: Cuidados alternativos para la infancia.

3.3 Aspectos generales de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”

Historia

Fundación Niños de Eugenia nace en junio del 2002 en memoria de Eugenia González Herrera. La Fundación fue creada como una asociación civil, no lucrativa, con el objetivo de dar un hogar a niñas y niños maltratados, abandonados y/o en situación de riesgo, formándolos en un ambiente cálido, lleno de amor y respeto.

Cuentan con dos casas hogar, donde brindan atención personalizada e integral a niños y niñas en condiciones vulnerables. Los niños reciben alimentación, vestido, atención médica y psicológica, formación académica y actividades recreativas.

Visión y Misión

Visión. Formar a niños egresados como personas de bien que cuenten con estabilidad emocional, educación y formación que les permita llevar una vida feliz y aumentar la calidad de vida de quienes los rodean.

Misión: Cubrir las necesidades básicas de los menores y otorgarles una educación integral, atención personalizada y sobre todo amor.

Labor de la fundación

La atención de los niños está a cargo de religiosas del Instituto Santa Mariana de Jesús, quienes trabajan apegadas a la misión que tiene cambiando vidas desde junio del 2003. Procuran el desarrollo integral de niños en situaciones vulnerables. No se limitan únicamente a cubrir las

necesidades básicas de los menores que atienden. Aportan a los niños todos los elementos necesarios para que el día de mañana sean adultos felices y capaces de dar lo mejor de sí mismos a su comunidad.

Impacto de la fundación

Desde que se inauguró la primera casa hogar, hace 14 años han dado atención a más de 161 niños y niñas. De los cuales, se han reintegrado a su núcleo familiar 101 pequeños y han sido adoptados 14.

Directora: Hna. Florencia Rodríguez Becerra.

Dirección.

Carretera: Cuernavaca-Tepoztlán Km. 17 s/n. Colonia: Colonia: El Tesoro, Tepoztlán, Morelos. C.P. 62520

Tel. (739) 395-37-92

3.4 Estado bucodental del niño y el adolescente en México

3.4.1 Placa dentobacteriana

La placa dentobacteriana es una masa organizada que consiste, principalmente, en bacterias que se adhieran a los dientes, prótesis y superficies orales. Se encuentran en el suco gingival y bolsas periodontales. Otros componentes incluyen una matriz orgánica de polisacárido-proteínas que consiste en subproductos bacterianos

tales como enzimas, restos de comida, células descamadas y componentes inorgánicos, como el calcio y el fosfato.¹⁸

3.4.2 Cálculo dental

El cálculo dental (tártaro) es una concreción dura que se forma en los dientes o prótesis dentales a través de la calcificación de la placa dentobacteriana. Es el depósito de sales calcio y fósforo con el acumulo sostenido de minerales tales como hidroxiapatita, sílice y witlockita, entre otros componentes en superficies dentarias de difícil acceso que se adhiere a sus superficies.¹⁸

En México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) reporta en el año 2014, la demanda de atención odontológica en los consultorios de los Centros de Salud o unidades médicas del IMSS-Oportunidades, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF y los Servicios de Salud Estatales. Nos menciona que en el 2014 se examinó la cavidad bucal de un total de 87, 170 pacientes de 2 a 19 años de edad, de los cuales el 56.5 % eran del sexo femenino y 43.5 % del sexo masculino.¹⁹

El SIVEPAB reporta el estado de salud bucal a través del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), a continuación, se describen los datos reportados.¹⁹

IHOS

Para el registro de la higiene bucal en las unidades centinela se utilizó el IHOS. La distribución del IHOS en el total de los niños y adolescentes examinados mostró que el 45.7% tenían visibles detritos o cálculo en los dientes (IHOS > 0). La falta de higiene se vuelve evidente al aumentar la

edad, así en los niños de 6 a 9 años el 35.1% presentaba un IHOS>0, mientras que en los adolescentes de 15 a 19 años el 54.9%. A continuación, se muestra la distribución del IHOS en los niños y adolescentes.¹⁹

Distribución del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en niños y adolescentes por grupo de edad. México, SIVEPAB 2014.

Grupo de edad	N	IHOS			
		0	0.1 a 1.2	1.3 a 3.0	3.1 a 6.0
6 a 9	20,630	64.9	29.2	5.7	0.2
10 a 14	25,894	55.9	33.0	10.4	0.7
15 a 19	27,726	45.1	32.0	20.8	2.1
Total	74,250	54.3	31.6	13.0	1.1

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014.

3.4.3 Caries dental

La caries es una enfermedad transmisible e infecciosa de origen multifactorial, localizado, pos-eruptivo, que determina la destrucción de los tejidos duros del diente cuando el proceso dinámico de desmineralización y remineralización constante es alterado por el exceso de producción de ácidos en combinación con los demás factores de virulencia de los microorganismos cariogénicos.^{20, 21}

La caries es un proceso complejo ya que el ataque bacteriano no se puede definir como la presencia de un microorganismo patógeno específico; esto quiere decir que, aunque el principal microorganismo implicado es el *Streptococcus mutans*, no es el único agente causal. La resistencia a la caries no solo la determina el sistema inmune sino también antibacterianos no específicos, la

capacidad amortiguadora del medio oral, la presencia de bacterias que consumen ácidos en la placa y las propiedades fisicoquímicas del esmalte. Otros factores importantes son el volumen y composición de la placa bacteriana, la ingesta de carbohidratos que determina la naturaleza y la cantidad de los ácidos liberados por las bacterias criogénicas.^{20, 21}

El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso. Si la infección de la caries en el esmalte no es controlada, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Si en esta etapa no es controlada la infección de la pulpa, puede conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea.^{20, 21}

Aún no está clara la razón por la cual algunos individuos son más susceptibles que otros. Sin embargo, estas diferencias se refieren a diferentes factores:

- Las diferencias genéticas en la estructura, la bioquímica de las proteínas y de los cristales del esmalte.
- Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.

- El mecanismo inmunológico de defensa.
- La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries dental debe ser vista como un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso.

Clasificación de caries según su grado de profundidad o tejido afectado²⁰:

Caries de primer grado:

La destrucción del tejido dentario se encuentra en las capas más externas del diente (Esmalte). Este tipo de caries es asintomáticas, indolora, inodora, puede ser extensa poco profunda con rugosidad superficial, mancha blanquecina opaca, diagnosticable a través de radiografía, reversible hasta cierto grado.

Caries de segundo grado:

La caries ya ha llegado a una capa más interna del diente (Dentina). En este momento la evolución es mucho más rápida, debido a los túbulos dentinarios y a la menor calcificación de este tejido. Tiene tres zonas: reblandecida, invasión y defensa; dolor ocasionado por cambios en estímulos térmicos, dulce o cítrico.

Caries de tercer grado:

La caries ha atravesado esmalte, dentina hace contacto con la pulpa vital produciendo su inflamación. El diente sigue conservando su vitalidad.

El síntoma de caries de tercer grado es que presenta dolor espontáneo y provocado. Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos o mecánicos.

Caries de cuarto grado:

Necrosis pulpar, destruye la pulpa, teóricamente no debe haber dolor, existen posibles complicaciones como abscesos apicales.

Clasificación de caries según localización.²⁰

Clase I Caries de la superficie oclusal de los molares y premolares, cingulos de dientes anteriores.

Clase II Caries en la superficie proximal de los premolares y molares.

Clase III Caries en la superficie proximal de dientes anteriores que no abarquen el borde incisal.

Caries IV Caries en la superficie proximal de dientes anteriores que abarcan borde incisal.

Clase V Lesiones cariosas que se encuentran en el tercio gingival de las superficies vestibular y lingual de todos los dientes.

El SIVEPAB reporta la prevalencia de caries a través del CPOD, a continuación, se muestran los resultados de dicho estudio.¹⁹

En el total de niños y adolescentes de 2 a 10 años el índice CPOD promedio fue de 3.7. De los cuales 3.3 fueron cariados, 0.1 perdidos y 0.3 obturados. El número promedio de dientes cariados fue el mayor componente, representando más del 89.5 % del índice total para todos los grupos de edad. El componente perdido fue el más bajo en todos los grupos de edad. A continuación, se muestra el promedio del índice CPOD y sus componentes en los diferentes grupos de edad.¹⁹

Promedio del índice de caries dental en dentición primaria (cpod) por edad en pacientes de 2 a 10 años. México, SIVEPAB 2014.

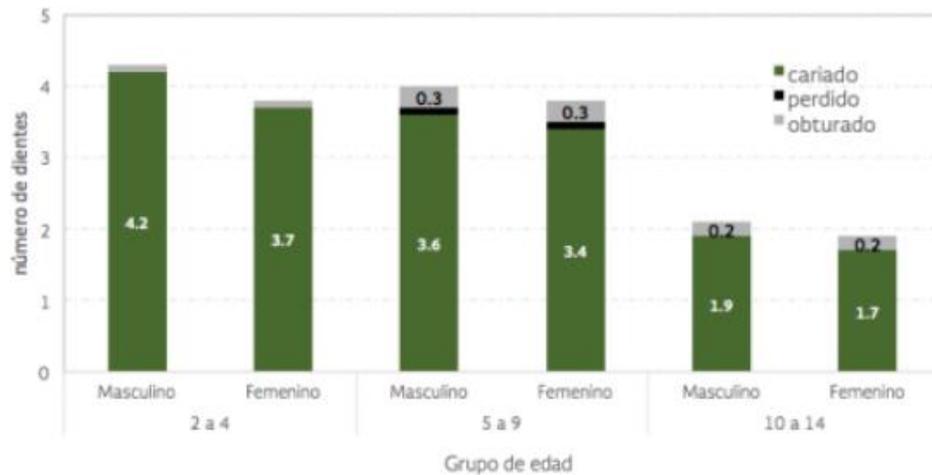
Grupo de edad	N	cariado	perdido	obturado	cpod
2	848	2.4	0.0	0.0	2.4
3	1,956	3.9	0.0	0.1	4.0
4	2,874	4.4	0.0	0.2	4.6
5	3,796	4.3	0.1	0.3	4.7
6	6,412	3.9	0.1	0.3	4.3
7	6,044	3.7	0.1	0.3	4.1
8	5,222	3.2	0.1	0.4	3.7
9	5,494	2.7	0.1	0.3	3.1
10	5,943	1.8	0.0	0.2	2.0
Total	38,589	3.3	0.1	0.3	3.7

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2014.

Al estratificar por sexo y edad, encontraron que los niños tienen la mayor experiencia de caries dental comparados con las niñas de la misma edad. La experiencia de caries disminuye considerablemente entre los hombres

y mujeres de 10 a 14 años, esto se debe en gran parte a la exfoliación de la dentición temporal. A continuación, se muestra la gráfica.¹⁹

Promedio del Índice de caries dental en dentición primaria (cpod) por sexo y grupo de edad. México, SIVEPAB 2014.



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014. Para determinar el estado de caries dental en dentición permanente calcularon el promedio de dientes cariados, el promedio de dientes perdidos, el promedio de dientes obturados, así como el total de la experiencia de caries dental (CPOD). En el total de niños y adolescentes de 6 a 19 años el índice CPOD promedio fue de 3.4. Las cifras muestran un incremento en la experiencia de caries dental con la edad, encontrándose el más alto a los 19 años cuyo promedio fue 6.9 dientes afectados. En general, al igual que en la dentición primaria, el número promedio de dientes cariados fue el mayor componente, representando más del 80% del índice total. En la siguiente tabla se muestra el promedio del índice CPOD y la distribución de sus componentes en los diferentes grupos de edad.¹⁹

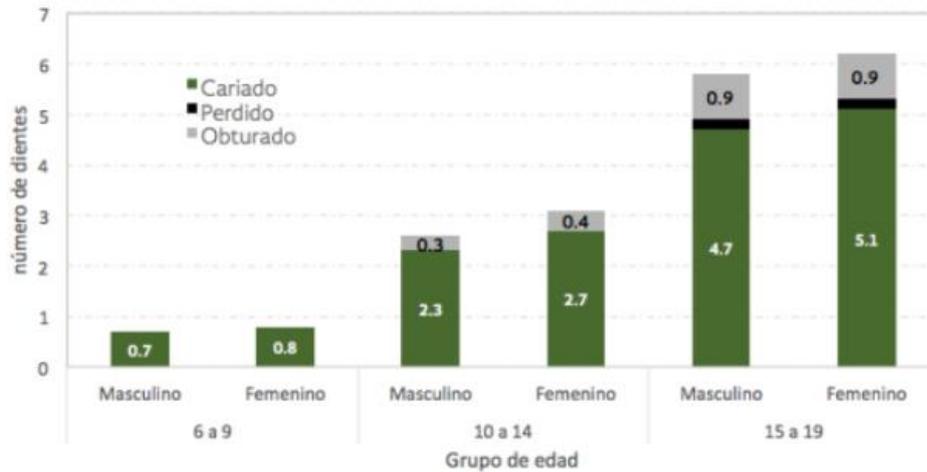
Promedio del índice de caries dental en dentición permanente (CPOD) por grupo de edad en pacientes de 6 a 19 años. México, SIVEPAB 2014.

Grupo de edad	N	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD
6	6,412	0.2	0.0	0.0	0.2
7	6,044	0.6	0.0	0.0	0.6
8	5,222	0.9	0.0	0.1	1.0
9	5,494	1.2	0.0	0.1	1.4
10	5,943	1.5	0.0	0.1	1.6
11	5,671	1.7	0.0	0.2	2.0
12	4,882	2.4	0.0	0.3	2.8
13	4,809	3.3	0.0	0.5	3.8
14	5,280	3.9	0.1	0.6	4.6
15	5,536	4.4	0.2	0.8	5.4
16	5,765	4.7	0.1	0.8	5.6
17	5,578	5.0	0.2	0.9	6.1
18	5,563	5.1	0.2	1.0	6.3
19	5,497	5.5	0.2	1.2	6.9
Total	77,696	2.9	0.1	0.5	3.4

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014.

La comparación de los índices de caries entre ambos sexos, mostraron que a medida que aumenta la edad las niñas presentan índices de caries más elevados que los niños. A continuación, se muestra la gráfica que representa la comparación del índice CPOD por sexo.¹⁹

Promedio Índice de caries dental en dentición permanente (CPOD) por sexo y grupo de edad en pacientes de 6 a 19 años. México, SIVEPAB 2014.



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014.

La caries en la Infancia Temprana (CIT) incluye a la caries rampante en infantes; esta condición también ha sido llamada: “caries de biberón” o “síndrome de biberón”. La CIT es definida como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de 71 meses de edad o menores. En la siguiente, se muestran el porcentaje de CIT en niños de acuerdo a su edad.¹⁹

Porcentaje de niños de 2 a 5 años con Caries en la Infancia Temprana (CIT) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2014.

Edad	N	Número de niños con CIT	%
2	848	407	48.0
3	1,956	1,313	67.1
4	2,874	2,183	76.0
5	3,796	2,889	76.1
Total	9,474	6,792	71.7

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014.

En niños menores de 3 años de edad, cualquier signo de caries en una superficie lisa es indicativo de Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) de acuerdo al criterio establecido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. Entre la edad de 3 a 5 años, la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria anterior superior es considerada como CSIT. En el total de niños de 3 a 5 años examinados por el SIVEPAB, el 35.4% presentó CSIT. La siguiente tabla muestra el número y porcentaje de niños de 3 a 5 años con CSIT por grupo de edad.¹⁹

Porcentaje de niños de 3 a 5 años con Caries Severa en la Infancia Temprana (CSIT) por grupo de edad. México, SIVEPAB 2014.

Edad	N	Número de niños con CSIT	%
3	1,956	701	35.8
4	2,874	1,071	37.3
5	3,796	1,323	34.9
Total	8,626	3,095	35.4

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2014.

3.4.4 Maloclusiones

Una maloclusión es cualquier desviación del patrón normal de la oclusión.²² Las causas de la maloclusiones puede ser de origen genético (falta de crecimiento y desarrollo de uno o ambos maxilares) o de origen medioambiental o malos hábitos. Las maloclusiones pueden ser esqueléticas, en las cuales son varios huesos los que participan en la ubicación de los dientes. Las alteraciones en el crecimiento normal de las estructuras óseas del complejo maxilofacial o de la base del cráneo puede ser la causa de la desarmonía oclusal. Las maloclusiones pueden ser

dentarias, de origen local y afectar solo a las estructuras óseas o dentarias, que el factor local, mal hábito u otra alteración pueda causar.²³

Los factores etiológicos más estudiados para las maloclusiones son la presencia de hábitos parafuncionales, la pérdida prematura de dientes, la pérdida de espacio originada por caries dental o por restauraciones dentales inadecuadas.²⁴

Planos terminales y su relación con maloclusiones

En la dentición primaria se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual se define como: la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica.²⁵

Se consideran tres tipos de planos terminales:

Plano vertical (recto): La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada, por lo tanto, situada en el mismo plano vertical.

Escalón mesial: La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior.

Escalón distal: La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.

Las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal o distal que presenten los segundo molares temporales y del posible aprovechamiento del espacio libre. La cara distal de los

segundos molares llevará a una relación molar directa de clase I, clase II o clase III.²⁶

Plano terminal recto: El primer molar erupcionará cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluirá en clase I o bien pondrá desviarse a clase II al no aprovecharse el espacio de deriva inferior.²⁶

Escalón mesial corto: El primer molar erupcionará en relación clase I o podrá desviarse a clase III al aprovecharse tan sólo el espacio de deriva de inferior.²⁶

Escalón distal: El primer molar erupcionará en relación clase II.²⁶

Escalón mesial largo: El primer molar erupcionará en relación clase III.²⁶

Maloclusión en dentición permanente

Las maloclusiones clase I es fundamentalmente dental y no esquelética. La relación de los molares es normal y las desarmonías son mayoritariamente de los incisivos (apiñamiento o compresión). Las maloclusiones clase II pueden ser esqueléticas como dentales. Se caracteriza por una relación mesial de los primeros molares superiores permanentes: el surco vestibular del primer molar permanente inferior, está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Existen dos clases: división I, en la que los incisivos maxilares están muy protusivos con un overjet excesivo, el perfil retrognático; y la división II en la que el overjet no está pronunciado, pero sí presenta un profundo overbite, con los incisivos centrales superiores inclinados hacia distal y los incisivos laterales desplazados hacia fuera, por la falta de espacio.^{26, 27} La maloclusión clase III se caracteriza por una marcada protrusión de la mandíbula, un perfil prognático, y una relación de los molares en la cual el surco vestibular del primer molar inferior permanente, está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente.^{26,27}

Maloclusiones asociadas a hábitos perniciosos

Los patrones de la oclusión para la primera dentición, de acuerdo con la posición terminal de los segundos molares primarios (planos terminales), son considerados precursores de las maloclusiones para la segunda dentición. En la segunda dentición la posición del primer molar superior con respecto al primer molar inferior en clase I, II (sub. div. I y II) y III son de vital importancia como referentes en el momento del diagnóstico de cualquier maloclusión asociada con los hábitos perniciosos.²⁸

Los hábitos perniciosos pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo.²⁸ La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuanto se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal, sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan. Los hábitos perniciosos, influyen en el desarrollo de una maloclusión dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que crea cambios específicos en la oclusión y en los tejidos óseos y faciales.²⁹

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.²⁹

Efectos bucales del hábito de succión digital:

1. Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores.
3. Mordida abierta anterior.

4. Prognatismo alveolar superior.
5. Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
6. Mordida cruzada posterior.
7. Dimensión vertical aumentada.

Efectos bucales de la respiración bucal

1. Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
2. Retrognatismo del maxilar inferior.
3. Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.
4. Paladar profundo y estrecho.
5. Retrognatismo mandibular.
6. Giroversión de incisivos superiores.
7. Giroversión de incisivos inferiores.
8. Apiñamiento

Efectos bucales de la interposición labial

1. Protrusión dentoalveolar superior
2. Retroinclinación de incisivos inferiores.
8. Mordida profunda.
9. Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
10. Retrognatismo mandibular.

Efectos bucales de deglución atípica

1. Mordida abierta anterior.
2. mordida abierta y vestibuloversión de incisivos.
3. Mordida abierta anterior.
4. Vestibuloversión incisivos y mordía cruzada posterior.

Existen otros hábitos como hábitos posturales, onicofagia, morder lápices y bolígrafos o mordisquear la cara interna de las mejillas asociado a maloclusiones.

La OMS y la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales nos menciona que México se encuentra entre los países de mayor prevalencia de maloclusiones.

3.5 Maltrato infantil y su relación con la salud oral

Lesiones en boca indicadores de maltrato infantil:

Laceraciones y Contusiones, frecuentes en labios, frenillos, mucosa yugal, gingival o palatina; consecuencia de golpes directos o introducción violenta de un tenedor, cuchara o biberón. Y que, muchas veces, también producen fracturas y movilizaciones dentales y/o alveolares, e incluso avulsiones.³⁰

Hematoma peribucal, por taponar la boca bruscamente a un niño cuando está llorando.³¹

Fracturas o luxaciones, por golpean la boca de forma directa a un niño, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, con la marca de los mismos en la parte interna de los labios.³²

Traumatismos linguales, generados por bofetadas que produzcan el cierre violento de la mandíbula sobre el maxilar atrapando a la lengua entre ambos.^{33, 34}

Lesiones por Abuso sexual en la cavidad oral, frecuentemente se muestran lesiones de eritema o petequias: Sobre todo en la unión del paladar duro con el blando. Pueden acompañarse de un desgarramiento del frenillo lingual. Cuando no tienen una explicación aparente, podemos sospechar que han sido generadas por sexo oral forzado (felación).^{32, 34}

La ausencia de dientes temporales antes de su época normal de exfoliación, y más si el alvéolo óseo está intacto o si el diente contralateral está presente sin signos de exfoliación, dientes fracturados, desviados o desvitalizados (necrosis de restos pulpares), múltiples restos radiculares con un historial poco claro, alteraciones en las oclusiones estéticas (desviación de la línea media y del mentón) y dinámica (limitaciones en los movimientos de la mandíbula) que nos hagan sospechar de fracturas óseas de maxilar y mandíbulas mal consolidadas también son indicadores de maltrato infantil.²⁹

El examen radiográfico nos puede ser de mucha utilidad, casi el 50% de los pacientes que suelen ser maltratados repetidamente, presentan

fracturas de raíz mal consolidadas, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo.³⁰

Pacheco Santiesteban nos menciona dos estudios en los cuales se examinaron 78 casos de niños con síndrome de niño maltratado de los cuales el 43% mostraron traumatismo en cara y boca, con abrasiones, laceraciones, mordeduras, quemaduras y fracturas óseas. En otro estudio reportaron que, en 25 pacientes con síndrome de niño maltratado, el 32% presento fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar y/o mandíbula y 5% quemaduras orales. Y nos dice que Anatómicamente, se ha descrito que estructuras como los labios son el área más común donde se encuentran las lesiones (54%), seguidas por la mucosa bucal, dientes, encías y lengua.³²

Se realizó un estudio donde se evaluó la salud bucal en niños que fueron víctima de malos tratos ingresados al servicio de protección infantil de Curitiba, Brasil. Este estudio reporta que se encontró un índice de caries elevado y mordida abierta en el 95% de ellos. Lo cual concluyo que los niños víctimas de maltrato tienen un mal estado de salud oral, lo que demuestra la necesidad de establecer políticas especiales para la salud bucal de esta población.³⁵

Arturo Garrocho nos reporta un caso de una niña de 5 años que sufrió abuso físico y sexual. Las condiciones dentales que presento fueron dentición temporal completa con varias cavidades cariosas asintomáticas y profundas en la mayoría de los dientes, sobre todo en sus cuatro incisivos superiores, primeros molares (con excepción de la superior izquierda), y el segundo molar inferior izquierdo. Su diagnóstico fue caries de la primera infancia, con alto riesgo a caries. El paciente también

presentaba un estado de higiene oral deficiente, que se manifiesta por depósitos de placa pesados en ambas superficies de los dientes anteriores y la lengua.³³

4. Planteamiento del problema

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias, es complejo y su estudio resulta difícil. Las consecuencias del maltrato tienen repercusiones en el sistema estomatognático.

Es de vital importancia reconocer los problemas de salud bucodental y vincular la afectación que éstos provocan a los niños que padecieron maltrato infantil en cualquiera de sus divisiones. Las enfermedades bucales constituyen uno de los principales problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en la población mexicana. Estas afectaciones no distinguen edad, raza y nivel sociocultural.

Las enfermedades bucales que afectan a la población infantil ocasionan problemas serios entre los que podemos mencionar: infecciones, abscesos periapicales, enfermedad periodontal, problemas estéticos, dificultad para la alimentación y la fonación, alteraciones del lenguaje, maloclusiones; todo esto con la probable repercusión médica, emocional y psicológica.

La higiene bucal debe ser una práctica habitual individual, por ello debe educarse al niño, para que desarrolle técnicas que le permitan mantener una higiene adecuada y así modificar su estilo de vida.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado de salud oral de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”?

5. Justificación

Los niños que han sido víctimas del maltrato sufren de problemas bucodentales, sobre todo si se trata de violencia física y sexual, o si han sido abandonados y las conductas básicas mínimas, como contar con cepillo y crema dental no están cubiertas.

La UNICEF revela que entre 55 y 62% de los niños en México ha sufrido maltrato en algún momento de su vida, una muy pequeña parte de esta población es refugiada en casas hogares, albergues u orfanatos.

Por tal motivo se estudiarán los principales problemas bucodentales presentes en esta población vulnerable para posteriormente realizar programas de salud oral específicos dirigidos a los niños que fueron víctimas de maltrato y abuso.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Determinar el estado de salud bucal de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” y buscar su relación con el maltrato infantil.

6.2 Objetivos específicos

Determinar IHOS en las niñas de la casa hogar “Fundación niña de Eugenia”.

Identificar si existen los hábitos perniciosos orales de deglución atípica, succión de dedo, succión labial, onicofagia y bruxismo en las niñas de la casa hogar “Fundación niña de Eugenia”.

Establecer la prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados por medio del CPO-D y ceo-d en las niñas de la casa hogar “Fundación niña de Eugenia”.

Establecer la prevalencia de maloclusiones según Angle (molar) en las niñas la casa hogar “Fundación niña de Eugenia”.

7. Materiales y métodos

7.1 Tipo de estudio

Transversal.

7.2 Población de estudio

Se revisaron a todas las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” que quisieron participar.

7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de inclusión

- Ser residente de la casa hogar “Fundación Niñas de Eugenia”.
- Niñas que deseaban participar en el estudio.

7.3.2 Criterios de exclusión

- Niñas que por problemas mentales puedan participar en el estudio.
- Mayores de 18 años de edad.

7.4 Definición operacional y escala de medición de las variables

Edad: Se estableció como el número de años vividos desde el momento de nacer a la fecha del estudio. Número de años cumplidos a la fecha.

Hábitos perniciosos: Se definió como práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto en forma inconsciente en el niño.

Maloclusiones: Se consideró como la desviación del patrón normal de la oclusión.

IHOS: Presencia de placa dentobacteriana y cálculo, para determinar la higiene bucal en el individuo. La siguiente tabla define los códigos utilizados para el cálculo de IHOS.

PLACA	CÓDIGO	CÁLCULO
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia de cálculo
Restos blandos que cubren más de un 1/3 de la superficie dental examinada	1	Cálculo supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie dental
Restos blandos que cubren más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie dental expuesta	2	Cálculo supragingival: cubre más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente, o ambos
Restos blandos que cubren más de 2/3 de la superficie dental expuesta	3	Cálculo supragingival: cubre más de 2/3 de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical
No registrado	9	No registrado

Las seis superficies que se usan en el IHOS son la vestibular en los primeros molares superiores derecho e izquierdo, las linguales de los primeros molares inferiores, derecho e izquierdo y las vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo.

El criterio que se usó para llegar a un valor de residuos es el siguiente. Los valores de los dientes seleccionados se suman y dividen entre el número de superficies valoradas para determinar el índice de detritos del individuo y el índice de cálculo del individuo, posteriormente se suma el promedio de detritos bucales más el promedio de cálculo dentario y así obtenemos IHOS.

Los parámetros individuales que se tomaron para calificarlos serán los siguientes:

Excelente	0
Buena	0.1 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Mala	3.1 – 6.0

Conocimientos de higiene oral.

Ingesta de dulces: Número de veces que ingiere dulces al día.

Índice CPO-D y ceo-d: Describe numéricamente los resultados del ataque de caries en las piezas dentarias de una persona.

Se registró la suma de los dientes permanentes que se encuentren cariados, perdidos y obturados.

7.5 Método de recolección de la información

Autorización de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” para la elaboración del estudio. Como primer paso se le proporcionó un cuestionario a cada niña para evaluar el consumo de dulces y conocimientos de higiene oral, posteriormente se realizó el examen clínico evaluando CPO-D, ceo-d, IHOS, hábitos perniciosos y maloclusiones.

El examen clínico se realizó utilizando:

Una lámpara tipo minero, barreras de protección (lentes, cubrebocas, guantes), instrumental (espejo, sonda tipo OMS).

7.6 Estandarización de criterios

La evaluación de las maloclusiones se realizó de acuerdo a la clasificación de Angle para la dentición permanente, para la dentición temporal se evaluó de acuerdo a la cara distal de los segundos molares temporales.

La evaluación del IHOS se realizó de acuerdo a los criterios de Greene y Vermillion.

El registro para evaluar el CPO-D, ceo-d, se realizó de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

8. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables involucradas a través del programa (demo).

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico SPSS, 23 para Windows para ser procesado.

9. Resultados

Se revisó a un total de 20 niñas con un promedio de edad de 6.65 ± 3.23 años, el rango de edad fue de 1 hasta 11 años.

En la tabla 1 se muestra la frecuencia y distribución de hábitos perniciosos donde el 65% presentaba algún tipo de hábito. El hábito pernicioso que se presentó con mayor frecuencia en las niñas fue de succión labial (50%) seguido de la onicofagia (40 %).

Tabla 1. Frecuencia y distribución de hábitos perniciosos en las niñas de la Casa Hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Hábitos	n	%
Presencia de hábito. (si)	13	65
Deglución atípica	1	5
Succión de dedo	3	30
Succión labial	10	50
Respirador bucal	0	0
Onicofagia	8	40
Bruxismo	0	0

Fuente: Directa.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia y distribución de maloclusión anterior. Donde el 50% de las niñas presentaba mordida profunda y el 25% apiñamiento dental.

Tabla 2. Frecuencia y distribución de maloclusión anterior en las niñas de la Casa Hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Maloclusión anterior (si)	n	%
Apiñamiento	5	25
Mordida abierta	0	0
Mordida profunda	10	50

Fuente: Directa.

En la tabla 3 se muestra la frecuencia y distribución de tipos de dentición. Donde el 55% de las niñas presentaba dentición mixta, el 40% dentición temporal y solo el 5% de ellas presentaba dentición permanente.

TABLA 3. Frecuencia y distribución de tipos de dentición en las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Tipo de dentición	n	%
Temporal	8	40
Mixta	11	55
Permanente	1	5

Fuente: Directa.

En la tabla 4 se muestra la frecuencia y distribución de la relación molar. La relación dental que se presentó con mayor frecuencia en las niñas donde estaban presentes los primeros molares permanentes fue la clase tipo II (73%) seguida de la clase I (27%). En cuanto a las niñas con presencia de planos terminales, se encontró que el plano terminal recto y escalón mesial estaban presentes en un 43% seguido del escalón distal en un 14%.

TABLA 4. Frecuencia y distribución de relación molar en las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Relación molar	n	%
Plano terminal recto	3	43
Plano terminal escalón mesial	3	43
Plano terminal escalón distal	1	14
Clase de Angle tipo I	3	27
Clase de Angle tipo II	8	73
Clase de Angle tipo III	0	0

Fuente: Directa.

En la tabla 5 se muestra la frecuencia y distribución de IHOS. Donde se observó que el 70% de las niñas presenta un índice de higiene regular.

TABLA 5. Frecuencia y distribución de índice de higiene oral simplificado en las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

IHOS	n	%
Bueno	6	30
Regular	14	70
Malo	0	0

Fuente: Directa.

En la tabla 6 se muestra la frecuencia y distribución del consumo de dulces por día de las niñas y se observa que el 80% de ellas consume de 1 a 2 veces dulces al día, el 100% de ellas cuenta con cepillo dental y al 75% ellas se le ha instruido que debe tener higiene bucal, estos porcentajes no nos aseguran que ellas realicen una correcta técnica de cepillado. Se observa también que el 65% no ha tenido contacto con personal del área de la salud bucal, esto nos indica que probablemente tengan enfermedades bucales presentes sin un diagnóstico oportuno.

Tabla 6. Frecuencia y distribución de consumo de dulces, hábitos y conocimientos de higiene oral para el padecimiento de enfermedades bucales en las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Consumo de dulces, hábitos y conocimientos de higiene oral		n	%
¿Cuántas veces al día comes dulces?	No como dulces	0	0
	1 o 2 veces	16	80
	3 veces o más	4	20
¿Tienes cepillo de dientes?	Si	20	100
	No	0	0
¿Te han enseñado a lavarte los dientes?	Si	15	75
	No	5	25
¿Has ido al dentista?	Si	7	35
	No	13	65
¿Tu dentista te ha dado técnica de cepillado?	Si	7	35
	No	13	65
¿Cuántas veces te lavas los dientes al día?	0-1 veces	1	5
	2 veces	11	55
	3 o más veces	8	40
¿Te lavas tu boca tú sola?	Si, solita	18	90
	No, me ayudan	2	10

Fuente: Directa.

En la tabla 7 podemos observar las medias y las desviaciones estándar de los dientes sanos, cariados, perdidos y obturados y el CPO-D de la población que tiene presente dientes permanentes. El promedio de dientes sanos fue de 6.4% con una desviación estándar de 6.7, el promedio de dientes cariados es de 1.2 con una desviación estándar de 1.7, no hubo presencia de dientes perdidos ni obturados. El promedio de CPO fue de 1.2 con una desviación estándar de 1.7 en los dientes permanentes.

TABLA 7. Media y desviación estándar del estado de la dentición permanente de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Criterio	Media	Desviación estándar
Sano	6.40	6.76
Cariado	1.2	1.79
Perdido	.00	.00
Obturado	.00	.00
CPO	1.20	1.79

Fuente: Directa.

En la tabla 8 podemos observar las medias y las desviaciones estándar de los dientes sanos, cariados, perdidos y obturados y el ceo-d de la población que tiene presente dientes deciduos. El promedio de dientes sanos fue de 9.8% con una desviación estándar de 6.4, el promedio de dientes cariados es de 3.2 con una desviación estándar de 4.2, no hubo presencia de dientes perdidos, el promedio de dientes obturados fue de .2 y la desviación estándar de .6. El promedio de ceo fue de 3.2 con una desviación estándar de 4.2 en los dientes deciduos. Cabe mencionar que las niñas que presentan caries no han recibido tratamiento dental.

TABLA 8. Media y desviación estándar del estado de la dentición temporal de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia”.

Criterio	Media	Desviación estándar
Sano	9.80	6.43
Cariado	3.25	4.12
Perdido	.00	.00
Obturado	.20	.69
CPO	3.45	4.29

Fuente: Directa

10. Consideraciones Éticas

Los procedimientos que se realizaron no tienen relación a ningún efecto nocivo de la salud. De acuerdo a los principios de Helsinki³⁶ vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contó con el consentimiento informado de la casa hogar. Para seleccionarlos se utilizaron los criterios descritos, tomándose las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo a los sujetos por examinar, considerando que esta investigación se encuentra estipulada en el Título segundo, Capítulo 1, Artículo 17, Inciso 1, es considera una investigación sin riesgo, ya que solo se observó el estado de salud bucal de cada sujeto y se aplicó un cuestionario respecto a la salud oral.

11. Discusión

Cuando el contexto familiar se trastoca por múltiples factores y los niños sufren de maltrato físico, abuso, negligencia o abandono es cuando niñas y niños ingresan a las Casas Cuna, Casas Hogar o Albergues.

El maltrato infantil se ha asociado a diversas formas de deterioro de la cavidad bucal como patologías orales, lesiones en mucosa⁷, traumatismos en tejidos duros dentarios y óseos⁶, pérdida de órganos dentarios sin explicación razonable⁷, también se ha relacionado a hábitos orales.⁸ En el presente estudio se buscó la relación entre el maltrato infantil y el deterioro de la salud oral en una población de niñas que se encuentran bajo tutela de la casa hogar “Fundación Niñas de Eugenia”. Debido a que solamente se contaba con las herramientas necesarias para la obtención de datos de la higiene oral, presencia de caries, maloclusiones y hábitos orales se eligieron estos parámetros para buscar dicha relación.

Los resultados de este estudio deben ser tomados con cautela ya que el estado de salud oral de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” no puede ser extrapolado a la población con maltrato infantil y mucho menos a la población en general.

Desde el inicio de este trabajo de investigación se intentó atender a una población vulnerable, y luego de un proceso complejo de entrevistas y diálogo se logró un sólido puente de comunicación con las autoridades de la Casa Hogar “Fundación niñas de Eugenia”, para permitir la entrada a la implementación de un Programa de Salud Oral que permitiera impactar de manera favorable a las niñas que habitan dicho sitio y al mismo tiempo

identificar y analizar la condición dental, así como las maloclusiones y los hábitos perniciosos existentes en esta población.

Las medidas antes mencionadas tenían claramente la intención de lograr una correlación entre el maltrato infantil y la condición bucal que presentan las niñas de la Casa Hogar “Fundación niñas de Eugenia”, Sin embargo, en el momento en que se intentó obtener información sobre las causas que orillaron al Estado a retirar la tutela a los padres o tutores para ser ingresadas a la Institución, las autoridades en voz de la Madre Superiora nos indicaron que se trataba de asuntos de suma confidencialidad y por ello no se podría conocer esa información. En este estudio se asume que las niñas han padecido algún tipo de maltrato por que están en tutela de la “Fundación Eugenia” y esta asociación tiene por objetivo dar hogar a niñas y niños maltratados, abandonados y/o en situación de riesgo

Al no tener una clara evidencia del tipo de maltrato o abuso del que habían sido víctima las niñas fue imposible construir una variable para ser considerada en el análisis estadístico e integrarlo a la investigación.

La presente investigación nos proporciona información acerca del estado de salud oral en que se encuentran las niñas aunque tenemos que tener en cuenta que los sujetos de este estudio no son representativos de la población que sufre maltrato infantil.

En lo que respecta al estado bucal de la dentición de la población de las niñas de la casa hogar, se encontró que el 85% presentaba caries y éstas van de clase I a clase III. El promedio general de CPO y ceo fue de 4.65.

El promedio de la caries dental en la dentición permanente fue de 1.2, en la dentición temporal de 3.4, se encontraron únicamente 3 niñas (15%) libres de caries que pertenecían a la dentición temporal. El SIVEPAB reporta que en el año 2014 hubo un promedio de caries dental de 3.7 en la población de dos a diez años.¹⁹ Sin embargo no se puede establecer una relación entre maltrato y la incidencia de caries comparando estos resultados ya que los datos obtenidos en este estudio no son una muestra representativa de niños maltratados que se pueda comparar con el reporte mencionado.

En cuanto a IHOS el 70% de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” tiene una higiene regular. El 95% de ellas refirieron lavarse los dientes de 2 a 3 veces al día instruidas por las personas que las cuidan pero se observó que el cepillado lo realizaban de forma inadecuada, esto representa un factor de riesgo para la aparición de las enfermedades bucales en esta población. Teniendo en cuenta que existen estudios en niños sin referencia de maltrato como el de Víctor Manuel Guerrero que reporta en niños de edades 3, 4, 5 y 6 años, que cuentan con higiene oral buena en un 67% y en un 33% higiene oral regular a mala³⁷; y los hallazgos referidos por el SIVEPAB en niños de 6 a 9 años que presentan higiene oral buena (94%).¹⁹

Los hábitos perniciosos traen como consecuencia alteraciones de la oclusión, si son intensos y se mantienen por largos periodos de tiempo.

En la evaluación de hábitos perniciosos encontramos que el 65% de las niñas presentaba algún tipo de hábito pernicioso. El hábito pernicioso que se presentó con mayor frecuencia fue succión labial (50%) el cual puede provocar, protrusión dentoalveolar superior, retroinclinación de incisivos

inferiores, mordida profunda, retrognatismo mandibular.³⁸ La succión labial es un hábito poco frecuente,^{39,40} el cual general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digita o de deglución atípica. La falta de amamantamiento en los niños conlleva a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuadas que influyen en el desarrollo del sistema estomatognático.⁴¹ En este estudio la frecuencia de succión labial fue alta lo que puede deberse a diferentes factores que no está a nuestro alcanza estudiar.

En un estudio realizado en niños de 3 a 5 años en la ciudad de México se encontró que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares (35%), seguido por la respiración bucal (9,5%) y la succión digital (8,5%), succión labial fue de 8.0%.⁴² Estos datos son similares al presente estudio donde se encontró que la onicofagia (40%) es un hábito frecuente en las niñas de la cada hogar "Fundación Eugenia".

La posible explicación que la onicofagia como hábito radica en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es bastante disimulable. Los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que encontrar solo la presencia del hábito.^{38, 40}

La maloclusión clase II según Angle, se encontró en un 73% de la población de niñas de la casa hogar "Fundación niñas de Eugenia". Sin embargo es difícil establecer la etiología de esta condición dental, pues es de origen multifactorial y en la mayoría de los casos un factor puede interactuar con otro sobreponiéndose.⁴³

La mordida profunda la presenta la mitad de la población de la “Fundación niñas de Eugenia”, La mordida profunda es el sobrepaso exagerado de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores en el plano vertical. La etiología es muy amplia ya que puede deberse a factores externos, internos, hereditarios o adquiridos.

Por lo mencionado anteriormente no es pertinente establecer una relación entre maltrato infantil y deterioro de la salud bucal en este estudio, para poder hacerlo es necesario realizar estudios más detallados en los que sea posible conocer el tipo y la gravedad del maltrato, la condiciones del infante, indagar más en los posible problemas de salud bucal que presenten, además de que el tamaño de la muestra sea mayor.

12. Conclusiones

Se determino el estado de salud bucal de las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” el cual en general es regular pero no fue posible establecer la relación entre deterioro de la salud bucal y el maltrato infantil.

Se identificó el IHOS en las niñas de la casa hogar “Fundación niñas de Eugenia” el cual fue regular.

Se identificaron dos hábitos perniciosos orales de mayor frecuencia en las niñas de la casa hogar, lo cuales fueron succión labial en un 50% y onicofagia en un 40%.

Se estableció la prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados a través del CPO-D y cpo-d. El promedio general de CPO-D y ceo-d fue de 4.65. El promedio de la caries dental en la dentición permanente fue de 1.2, en la dentición temporal de 3.4, se encontraron únicamente 3 niñas (15%) libres de caries que pertenecían a la dentición temporal.

Se estableció la prevalencia de maloclusiones en las niñas la casa hogar “Fundación niña de Eugenia”. La maloclusión más prevalente en esta población fue la clase II según su relación dental.

13. Referencias bibliográficas

- 1.-Santana R, Sanches R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública de Mex. Ene-feb1998;40(1):1-7
- 2.-Extracto del informe nacional sobre violencia y salud.1ª.ed. México; 2006.Pp. 18-47
- 3.-Tovar DG, Almeraya SX, Leninn GH, Borja M. Child abuse from the voice of children. Rev Mex De Cienc Agric. Ene-feb2016;7(1):196
- 4-Lozano AR, Zolezzi A, Garrido AE, Pérez CR, Rangel PF, Atrián SM, Híjar MM, editores. Informe nacional sobre violencia y salud. 1ª.ed.México;2006.Pp. 18-49
- 5.-Jordan GN. Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. Rev Fac Med UNAM. My-jun2007;50(3):128-130
- 6.-Requena MA, Robles NL, Lara E. Impact of oral health in children with child Abuse: A case report. Int. J. Odontostomat. 2014;8(1):167
- 7.-Boj JR, Catalá M, García BC, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. 1ª.ed. Madrid: Editorial Ripano, 2011.Pp. 725-744
- 8.-Raziel ML, Belmont LF, Teja ÁE, Téllez RJ. Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana. Abr-Jun2016;20(2):98-105
- 9.-Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. México;2012
- 10.-Valencia N, Lawrence HP, Goodman D, Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. Public Health Dentistry. Jan2008;68(2):94-101

- 11.-Rubí JL, Monter MA, Pedraza G, Indicadores de negligencia en Odontopediatría: una forma de maltrato infantil. Reporte de caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2015:1-10
- 12.-Casado FJ, Díaz HJ, Martínez GC. Niños maltratados. 1ª.ed.Madrid: Editorial Diaz de santos,1997.Pp 6-8
- 13.-Pinheiro P. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Ucrania;2005
- 14.-Bandrés MF, Delgado BS, editores. Biomedicina y derecho sanitario. Madrid: Editorial Fareso, Vol VII . Madrid: Editorial Fareso, 2010.Pp. 458.
- 15.-Violencia y maltrato a menores en México. México;2005
- 16.-Aida Gisell, Tovar Domínguez, Almeraya SX, Leninn GH, Borja M. Child abuse from the voice of children. Rev Mex De Cienc Agric. Ene-feb2016;7(1):196
- 17.-García CA, Rizo RM, Ramírez HY, et al, editores. Cuidados alternativos para la infancia. México:2014. Pp 26-31
- 18.-Vargas CA, Ocampo BR, Monteagudo AC. Periodoncia e implatología. México: Editorial panamericana, 2016
- 19.-Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. 1ª.ed. México;2015.Pp 41-51
- 20.- Barrancos M. Operatoria dental interacción clínica. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial panamericana,2006
- 21.-López L, García MC, Hernández AW, Sánchez EM, López MA, Sánchez SH. La caries, gingivitis, Periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. iMedPub Journals. 2013;9(4:2)
- 22.-Gutiérrez JF, Reyes YS, López C, Rojas AR. Frecuencia de Maloclusiones dentales en la clínica de la Especialidad de Ortodoncia de

la Universidad Autónoma de Nayarit. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2015:1-5

23.-Rothhammer F, Llop E, editores. Biodiversidad poblaciones chilenas cuatro décadas de investigaciones. 1ª.ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2004.Pp. 125

24.-Talley MM, Katagiri KM, Pérez TH. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana. Dic2007:11(4):175-180

25.-Riojas GM. Anatomía dental. 3ra.ed. México: Editorial El manual moderno, 2014

26.-Molina GA. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología. Revista Gaceta dental.2009

27.-Mendoza OL, Meléndez OA, Ortiz SE, Fernández LA. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. Oct-dic2014:2(4): 220-227

28.-Mendoza OL, Meléndez OA, Ortiz SE, Fernández LA. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. Oct-dic2014:2(4): 220-227

29.-Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Mzo2011

30.-Molina GA. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología. Revista Gaceta dental.2009

31.-Ferro T., M.J.; Maldonado; Montiel; Rivas. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010:1-6

- 32.-Pacheco SR., Fuente P., Villegas H., Monreal RH., Martínez MG. Indicadores orofaciales del maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. *Revista Ciencias Clínicas*. 2013;14(2):51-55
- 33.-Mariño MJ., Sieira FM. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. *Cad Aten Primaria*.2009;16:28-33
- 34.-Garrocho RA., Márquez PR., Olgún VA., Ruiz RS., Pozos GA. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*. Jul;7(13):428-434
- 35.-Duda GJ., Pinto BS., Paiva BF., Dea BC., Pizzatto E., Souza J., Losso E. Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. Jul2016
- 36.-Declaración de Helsinki del a AMM- Principos éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Apartados del 25 a 32, Tomado 18 octubre 2016. Disponible en: [Http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf)
- 37.-Guerrero RV, Gracia GA, Melchor SC. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Revista ADM*. My-Jun 2009;65(3):10-20
- 38.-Zapata DM., Lavado TA., Anchelia RS. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. *Kiru*. Ene-jun2014;11(1):16-24
- 39.-Murrieta PJ, Allendelagua BR, Pérez SL, Juárez L. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011;68(1):26-33
- 40.-Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. *Rev. Latinoamericana de*

Ortodoncia y Odontopediatria. 2009; [15 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>

41.-González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Habito de succión digital, habito de deglución infantil o atípica, habito de respiración bucal, hábito de succión labial y habito de postura. Revista Latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria. Caracas- Venezuela. Pp1-12

42.-Lima AM, Romero ZE, Perez CR. Hábitos bucales deformantes en un consultorio del médico de la familia en Camagüey, Cuba. Arch Med Camaguey. 2004; 8(4): 2-10

43.-Ramírez DL, -Doger EE, Sarabia JA, Quintana GM. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México. Revista Tame. 2014; 2(6):175-179

14. Anexos:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD ODONTOLÓGICA

SEMINARIO DE ODONTOLÓGICA COMUNITARIA



Sexo: _____ Edad: _____

1 - ¿Cuántas veces al día comes dulces?

a) No como dulces. B) 1 o 2 veces. C) 3 veces o más.

2 - ¿Tienes cepillo de dientes?

a) Si b) No

3 - ¿Te han enseñado a como lavarte los dientes?

a) Si b) No

4 - ¿Has ido al dentista?

a) Si b) No

5 - ¿Te ha enseñado tú dentista alguna técnica para lavarte los dientes?

a) Si b) No

6 - ¿Cuántas veces te lavas los dientes al día?

a) 0-1 b) 2 c) 3 o más.

7- ¿Te lavas tu boca tú solo?

a) Si, solito. B) No, necesito ayuda.



MALOCLUSIONES.

Hábitos presente.

Sí ____ No ____

Deglución atípica.

Sí ____ No ____

Succión de dedo.

Sí ____ No ____

Succión labial.

Sí ____ No ____

Respiración bucal.

Sí ____ No ____

Onicofagia.

Sí ____ No ____

Bruxismo.

Sí ____ No ____

Tipo de dentición.

Temporal. ____ Mixta. ____

Permanente. ____

Tipos de maloclusión.

Apiñamiento

Sí ____ No ____

Mordida abierta.

Sí ____ No ____

Mordida profunda.

Sí ____ No ____

Mordida cruzada.

Sí ____ No ____

Planos terminales.

Plano terminal recto ____

Plano terminal con escalón mesial ____

Plano terminal con escalón distal ____

Plano terminal con escalón mesial
exagerado ____

Clasificación según Angle.

Clase I: ____ Clase II: ____ Clase III: ____