



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MALTRATO INFANTIL, DETECCIÓN DURANTE LA  
CONSULTA DENTAL.

**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:

CHELSEA NICOLE CUEVAS GÓMEZ

TUTOR: C.D. HORACIO MOCTEZUMA MORÁN ENRÍQUEZ

Vo.Bo.

Cd. Mx.

2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

### **A Dios.**

Por su gracia y la misericordia que ha tenido conmigo, su infinito amor y por darme tantas cosas.

### **A mis padres.**

Gracias papito, por todo tu amor y sacrificio en todo momento, por siempre querer lo mejor para mí, siempre motivarme y por creer en mí, valoro todo el esfuerzo que has hecho, porque sin tu apoyo, tus consejos y tu guía nada de esto sería posible.

Gracias mami, porque fuiste un apoyo muy grande a lo largo de este proceso, por enseñarme a no rendirme tan fácil y lo lejos que puedo llegar, por siempre estar para mí y nunca dejarme sola.

### **A mi hermano Iván.**

Por ser tan importante en mi vida, te agradezco por todos tus consejos, ayuda y sobre todo por el gran ejemplo que has sido para mí siempre.

### **A mi hermana Melanie.**

Gracias por tu amor y cariño todo este tiempo, por escucharme y enseñarme.

### **A mis sobrinos.**

Bruno, y Diego, por la gran alegría que representan en mi vida, soy muy afortunada de ser su tía.

### **A mi familia.**

Por la gran unión que existe, por siempre tener palabras de ánimo, sobre todo a mis tías Tencha y Cata, gracias por tanto, un abrazo hasta el cielo.

### **A Iván.**

Por haber recorrido este camino junto a mí, por tu apoyo incondicional y sobre todo por siempre poder aprender uno del otro.

### **A Mondani y Jesi.**

Porque estoy segura de que sin ustedes nada hubiera sido igual, por estar siempre juntas en las buenas y en las malas, y porque con ustedes las risas nunca faltaron.

**Al C.D. Horacio Morán.**

Muchas gracias por todo su apoyo y valiosa dirección en el desarrollo de este trabajo.

**A la Universidad Autónoma Nacional de México y a la Facultad de Odontología.**

Por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios y principalmente por la oportunidad de formarme profesionalmente. "Por mi raza hablará el espíritu".

## ÍNDICE

Introducción. ....	1
Objetivo.....	1
Antecedentes del Maltrato Infantil.....	2
1.Generalidades del maltrato infantil.....	5
1.1 Definición.....	5
1.2 Etiología. ....	6
1.3 Modelo explicativo del maltrato infantil.....	6
1.4. Factores de riesgo.....	8
1.5 Epidemiología.....	9
2.Tipología del maltrato infantil. ....	11
2.1 Maltrato físico. ....	11
2.2 Maltrato psicológico/ emocional. ....	13
2.3 Abuso sexual.....	14
2.4 Maltrato infantil por negligencia.....	15
3. Diagnóstico Clínico. ....	18
3.1 Métodos de diagnóstico ....	18
3.1.1 Expediente Clínico.....	18
3.1.2 Indicadores de comportamiento del paciente pediátrico .....	25
3.1.3 Indicadores de comportamiento del tutor o cuidador. ....	26
3.2 Exploración clínica. ....	26
3.2.1 Características clínicas extraorales. ....	27
3.2.2 Características clínicas intraorales. ....	31
4. Aspectos Legales.....	36
4.1 Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes .....	36
4.2 Normatividad en favor de los niños, niñas y adolescentes.....	36
4.3 Actuación del odontólogo ante la sospecha de maltrato infantil. ....	41
4.3.1 Tratamiento en el consultorio.....	41
5.Conclusiones .....	47

## **Introducción.**

En esta revisión bibliográfica se aborda el tema de cómo los niños son considerados un grupo vulnerable en la sociedad, ya que, por cuestiones de edad, sexo, raza, color, idioma, religión, nacionalidad, posición económica, características físicas o culturales se encuentran propensos a sufrir tratos de abuso de poder, que violen sus derechos humanos, lo cual puede causar que muchas veces se encuentren en situaciones de riesgo, las cuales puedan poner en peligro su vida.

Actuar ante la presencia de algún tipo de maltrato infantil es un deber de cualquier ciudadano, intervenir no es fácil, sin embargo, guardar silencio o actuar de manera indiferente ante un acto de esta índole puede permitir que la situación se agrave y comprometer la integridad del menor de edad.

El maltrato infantil es una violación a los derechos de los niños, niñas y adolescentes y es importante como odontólogo identificar signos frecuentes que puedan indicar una alerta de sospecha, debido a que gran parte de las lesiones que se pueden encontrar son en la cabeza y cavidad oral, también, por parte de la conducta del menor o del cuidador con el que acuden a consulta se puede identificar algún tipo de maltrato, por lo que, el odontólogo debe estar capacitado no solo para diagnosticar, si no también conocer el proceso legal a seguir en caso de encontrarse ante una situación de este tipo.

## **Objetivo.**

Identificar durante la consulta odontológica situaciones de maltrato infantil para una correcta canalización a partir de una revisión bibliográfica.

## **Antecedentes del Maltrato Infantil.**

El maltrato infantil es considerado un problema en la sociedad, el cual genera graves consecuencias sociales e individuales, este ha existido de diferentes maneras, los niños, niñas y adolescentes han estado expuestos a los abusos, agresiones, violencia, abandono e incluso la muerte desde tiempos muy antiguos. Lamentablemente, con el paso de los años hasta la actualidad, este se ha incrementado de forma alarmante. (1)

Durante siglos la agresión se ha justificado de muchas formas ya que se ha considerado que los hijos son propiedad de los padres y cuentan con una autoridad absoluta sobre ellos, no existía cuestionamiento sobre las decisiones que se tomarían sobre ellos, lo que provocaba situaciones injustas de maltrato, así como en el tiempo de la Colonia, había una rígida educación, la cual generó relaciones paternas filiales en las cuales la familia completa debía someterse y tener una actitud de sumisión ante el padre de familia. Otras formas de maltrato en la historia fueron que los padres no dudaban en explotar a sus hijos trabajando desde edades muy tempranas con fin de obtener un beneficio. Igualmente, en la Revolución Industrial, se produjo la explotación infantil, donde los menores trabajaban una jornada laboral de 14 horas, se les sumergía en tinas de agua fría para mantenerlos despiertos, los golpeaban y tenían períodos de hambruna. (2) (3)

Igualmente, en la antigua Grecia en el siglo IV d.C, los niños eran empotrados a los cimientos de las murallas para supuestamente fortalecerlos e incluso eran sacrificados para obtener el agrado de los dioses. (4)

Otra situación en la que existía maltrato era en la época de Lutero, y en algunas otras civilizaciones donde se ordenaba que los niños que nacieran con un retraso mental fueran ahogados, era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos. De manera parecida en Europa en el siglo XII, uno de cada cinco recién nacidos eran abandonados por sus padres por ser “criaturas indeseables” debido a esto, las capitales crearon hospicios y orfanatos en los cuales aceptaban a los niños que habían sobrevivido a infanticidios, muchos de estos infantes tenían una muerte prematura por falta de cariño o estímulos, algunos otros superaban el trauma, pero vivían marginados y morían ignorados. (3)

El síndrome del niño golpeado fue descrito por Ambroise Tardieu, al realizar 32 autopsias a niños, en estas encontró que eran golpeados y quemados. (4)

El primer caso reportado de maltrato infantil fue en 1874, María Elena, una niña encontrada encadenada a un barrote de su cama, el caso fue tomado por la Sociedad Americana de la Prevención de la Crueldad a los Animales en Nueva York que intercedió a su favor. Pues no existía un marco jurídico para estos casos. (5)

Ahora bien, en 1924 se elaboró la declaración de Ginebra, dicho texto está referido a la protección de los Derechos de la infancia, el noveno derecho de este texto es el “No maltrato, que decreta que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando este hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le ayude en situaciones de peligro; a estar protegido ante cualquier explotación económica y derecho de la educación.” (5) (6)



Así como en 1946, Caffey encontró en 6 niños fracturas múltiples y hematomas subdurales; por lo cual se denomina lo que en la actualidad se conoce como "Síndrome de Maltrato Infantil".

Otro aspecto por considerar es que en 1953 Silverman plantea los "Traumatismos esqueléticos no reconocidos" y sugiere que los padres eran los responsables. <sup>(3)</sup>

En cuanto al doctor Henry Kempe, en 1961 denunció públicamente actos de maltrato después de observar en la sala de espera de urgencias del hospital cuatro casos de niños que fueron lastimados brutalmente por sus padres en un solo día, por esta razón Kempe y Silverman, en 1962, introdujeron el término "Síndrome del Niño Golpeado" argumentando que las lesiones ocurren generalmente por parte de los padres o algún adulto responsable del menor <sup>(3)</sup>

Esta definición se "cristalizó" al observar alteraciones emocionales, mala nutrición, descuido, ya no solo es necesario el abuso sexual o violencia física, con esto el hecho de que la dependencia absoluta de los niños a los adultos responsables de su custodia los convierte en presas fáciles para ser agredidos. Lo que provocó que Fontana sustituyera el término "golpeado" por "maltratado" argumentando que también los niños sufren de maltrato emocional y negligencia no solo de agresiones físicas por parte de los padres. <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>

En cuanto a México, en 1965 el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de México reconoció al primer grupo de niños maltratados.

Posteriormente, en 1977 el doctor Jaime Marcovich, realizó una investigación basándose en 686 casos de maltrato infantil comprobado. <sup>(7)</sup>

Estos antecedentes son la razón por la cual en 1980 se toma en cuenta el maltrato infantil como un problema que debía priorizarse en la sociedad; esta sin hacer distinción de raza, sexo o alguna condición social. <sup>(5)</sup>

Otro aspecto de suma importancia ocurrió en 1997, ya que se estableció formalmente la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM-INP), la cual es un grupo de académicos que trabajan asociados a la Facultad de Medicina de la UNAM (CAINM-INP- UNAM), y está dedicado a brinda atención a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situaciones de violencia. <sup>(6)</sup>

Por último, en 1999, instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) comenzaron a llevar un registro de las denuncias en contra de algún tipo de maltrato, lo cual hasta la actualidad permite tener un estimado del número de caso que existen y la forma en la que pueden aumentar o disminuir año con año.

En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud considera al maltrato infantil como un problema de salud pública. <sup>(8)</sup>

## **1.Generalidades del maltrato infantil.**

### **1.1 Definición.**

El maltrato infantil se define como cualquier acción de agresión u omisión no accidental que prive a un menor de 18 años de sus derechos y su bienestar, producida por sus padres, tutores, hermanos, familiares u alguna otra persona que abuse de su poder en contra de la integridad del menor con intención de castigarlo o causarle algún daño; el maltrato incluye actos de violencia física, emocional, sexual, explotación comercial, así como la desatención a la no satisfacción de las necesidades básicas de un niño como son: alimentación, salud, protección, afecto y cuidado, ya que esto amenaza su dignidad y su correcto desarrollo. <sup>(9)(10)</sup>

Mientras que la clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (<sup>11</sup>SIC) define al maltrato infantil como: Toda agresión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida, 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 física, intelectual o económica.

### **1.2 Etiología.**

El maltrato infantil es una situación producida por diferentes factores los cuales pueden ser sociales, familiares, ambientales y del propio niño, o bien, pueden interactuar de forma dinámica y estos coincidir en un momento determinado generando violencia.

Cuando los niños son pequeños, los accidentes suelen ser frecuentes dependiendo de la edad, por lo tanto, podría producirse una lesión, es importante ser cuidadoso a la hora de evaluar una situación que pudiera ser o no de riesgo para un niño, conocer la etiología de las lesiones y características, esto para no equivocarse nuestro diagnóstico y diferenciar de una situación de violencia a una de maltrato, o bien para no señalar a un padre inocente como alguien que ocasiona un mal hacia el niño. (<sup>12</sup>)

### **1.3 Modelo explicativo del maltrato infantil.**

El maltrato infantil es un fenómeno complejo, multicausal y multifacético, producido por una acumulación de diferentes factores en las que el menor de edad se encuentra expuesto, por ello en 2002 el Informe Mundial sobre la Violencia y la salud estableció un “modelo ecológico” el cual está diseñado para entender la naturaleza de la violencia, por lo que es importante analizar y comprender el maltrato infantil para poder enfrentar la situación de una forma eficaz. (<sup>8</sup>)(<sup>13</sup>)

El modelo ecológico consta de diferentes niveles los cuales están enfocados en características personales, y generales de la víctima, de la persona que genera la violencia, de la familia y entorno social, que influyen en que la probabilidad de que se presente violencia sea más grande. <sup>(8)</sup> <sup>(14)</sup>



**Cuadro 1. Modelo ecológico. <sup>(14)</sup>**

El primer nivel del modelo está referido al “individuo” y a las condiciones propias, como son el sexo, la edad, por ejemplo, los menores son más propensos a sufrir violencia física, y los niños sufren más violencia física que las niñas, por otro lado, en violencia sexual, es más común encontrarla en adolescentes y las niñas tienen mayor riesgo a sufrirlo. <sup>(8)</sup><sup>(13)</sup>

El segundo nivel “relación” está dirigido a las relaciones sociales y las personas más cercanas del individuo como familiares, amigos, etc. Los cuales pueden participar en la probabilidad de que exista algún tipo de maltrato. <sup>(8)</sup>

El tercer nivel se denomina “comunitario” en el cual se encuentran las relaciones sociales como lugar donde vive, escuela y entorno general donde se desarrolla niños en riesgo. <sup>(8)</sup><sup>(13)</sup>

El cuarto nivel, “sociedad” está destinado a características en la sociedad como son normas sociales, desigualdad económica falta de programas de protección a la niñez por parte del Estado. <sup>(13)</sup>

#### 1.4. Factores de riesgo.

Para comenzar, es importante mencionar qué es un factor de riesgo, de manera que Pita Fernández (15SIC), lo define como: "cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso."

Con ayuda de la investigación de Jorge A. Villatoro Velázquez, Laura Carolina Alarcón Forero, y Arturo Perea Martínez, se realizó el siguiente cuadro, donde se observan los diversos factores de riesgo que favorecen al maltrato infantil.

Por parte de padres o cuidadores.	Por parte del menor.
1. Trastornos emocionales y de la personalidad. 2. Bajo estrato socioeconómico. 3. Bajo nivel educativo. 4. Desempleo. 5. Padres adolescentes. 6. Embarazo no deseado. 7. Adicciones. 8. Expectativas poco realistas de los hijos. 9. Padres que exigen demasiado a sus hijos. 10. Autocontrol pobre. 11. Recursos y métodos inapropiados para la crianza, disciplina y estimulación.	1. Producto de gestación no deseada. 2. Portador de patología y/o discapacidad. 3. Alteración de los primeros vínculos, alteración del proceso de apego. 4. Bajo coeficiente intelectual. 5. Trastorno de conducta. 6. Deficiente rendimiento escolar. 7. Agresividad e impulsos no contenidos.
Contexto familiar	Ambiente social
1. Disfunción familiar. 2. Número elevado de integrantes de una familia. 3. Carencias económicas. 4. Violencia conyugal. 5. Aislamiento o incapacidad de solicitar ayuda. 6. Familias monoparentales en las que la responsabilidad recae en un solo miembro. 7. Familias con antecedentes de conductas violentas.	1. Insuficiente respuesta a las disposiciones de la Convención de los derechos del niño. 2. Subdesarrollo de los servicios de educación, salud y desarrollo social. 3. Falta de información, registro y supervisión de los casos de violencia. 4. Incapacidad e indiferencia de los profesionales responsables de la salud, educación y desarrollo de los menores.

**Cuadro. 3. Factores de riesgo de maltrato infantil. (16)(17)(18)**

## 1.5 Epidemiología.

Los casos de maltrato normalmente no son denunciados, muchas veces por la corta edad o vulnerabilidad en la que los niños se encuentran. Existen formas de violencia hacia los menores que en la sociedad son aceptadas y aparentemente no generan ningún mal hacia el menor argumentando que son acciones para educar, otros casos pueden no ser denunciados a causa de tener miedo al agresor, a ser juzgados, o bien por falta de conocimiento de derechos o desconfianza a las autoridades, por lo cual es difícil tener cifras exactas de esta situación, esto genera que la magnitud del problema sea subestimada, ya que no se encuentran los registros suficientes para creer que es un tema que debería tener más atención y resolverse a la brevedad ya que año con año niños mueren siendo víctimas de violencia, abusos y desatenciones.<sup>(19)</sup>

En 2017 UNICEF realizó un informe en el que se obtuvieron los siguientes datos:

<b>6 de cada 10 niños y adolescentes entre 1 y 14 años sufrieron de violencia por disciplina en sus hogares.</b>
<b>1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes sufrieron maltrato psicológico por parte de algún familiar.</b>
<b>1 de cada 15 niños niñas y adolescentes sufrieron de jalones de orejas, bofetadas, manotazos o golpes fuertes como castigo severo.</b>
<b>8 de 10 agresiones ocurren en la vía pública y el tercer lugar se encuentra el hogar.</b>
<b>1 de cada 10 niños y niñas entre los 10 y 17 años han sufrido agresión en el hogar.</b>
<b>7 de cada 10 niñas son las más afectadas por agresión en el hogar.</b>

Cuadro 4. <sup>(19)</sup>

Igualmente en el año 2019 la UNICEF recabó los siguientes datos.

<b>4 de cada 10 madres, y 2 de cada 10 padres, refieren pegarle o haberles pegado a sus hijas o hijos cuando sintieron enojo o desesperación.</b>
<b>Niñas y niños entre los 3 y 9 años suelen ser los más afectados por las agresiones psicológicas o por cualquier otro tipo de castigo físico.</b>
<b>2 de cada 10 mujeres reportan que sus esposos o parejas ejercen o han ejercido violencia física contra sus hijas o hijos.</b>
<b>5.1% de las niñas y niños menores de 5 años estuvieron solos o al cuidado de otro niño o niña menor de 10 años.</b>
<b>6% de las niñas y niños sufrieron maltrato psicológico, castigos físicos y, en último lugar, castigos físicos severos.</b>
<b>63% de las niñas y niños de entre 1 y 14 años han experimentado al menos una forma de disciplina violenta.</b>

Cuadro 5. <sup>(19)</sup>

En el año 2020, en México se tomaron algunas medidas a causa de la pandemia por coronavirus (COVID-19), las cuales provocaron limitaciones en la actividad económica, el cierre de escuelas, se redujeron los servicios de salud y se produjo un distanciamiento social físico, lo que llevó a un confinamiento en el hogar, en este último, la convivencia fue más difícil para los niños, niñas y adolescentes, se volvieron más vulnerables, ya que se encontraban constantemente expuestos a sufrir algún tipo de maltrato, los reportes de violencia aumentaron por las condiciones de estrés, ansiedad, problemas económicos, igualmente se convirtió en una situación en la que los niños y niñas estuvieron más expuestos en muchos casos con su abusador.<sup>(20)</sup>

Las discusiones y problemas en el hogar aumentaron 34.2% de enero a octubre 2020.	10% en edades de 14-17 años sufrió alguna forma de violencia sexual.	6 de cada 10 <u>niños y niñas</u> de entre 1 y 14 años han sufrido disciplina violenta en sus hogares.
Las niñas son más violentadas por sus familiares, entre los 14 y 15 años, sus principales agresores son madre (24.1%) y padre (20.7%).	Se han registrado 115,614 llamadas de emergencia al 911 por incidentes como abuso sexual, acoso sexual, violación, violencia de pareja y violencia familiar.	Reportes recibidos en marzo es 28% superior al de enero pasado y 22% mayor a febrero.

**Cuadro 6. (21)(22)**

Como menciona la UNICEF el 2021 ha sido un año de retroceso para los indicadores fundamentales de la infancia. “El número de niños que pasan hambre, están aislados, son víctimas del abuso, sufren ansiedad, viven en la pobreza y se ven obligados a contraer matrimonio ha aumentado. Al mismo tiempo, su acceso a la educación, la socialización y algunos servicios esenciales como la salud, la nutrición y la protección ha disminuido. Las señales de que los niños sufrirán las peores consecuencias de la pandemia durante años son inconfundibles”. (23)

## **2. Tipología del maltrato infantil.**

### **2.1 Maltrato físico.**

El maltrato físico hacia un menor de edad se define como la acción voluntaria del uso de la fuerza física produciendo un daño a la salud, supervivencia, desarrollo o la dignidad, incluso llegar a ocasionar la muerte de un niño, niña o adolescente. (13)(24)

Las formas de maltrato físico que se presentan en el menor son:

- Lanzar objetos
- Tirones de pelo, orejas.
- Golpes, patadas, palizas
- Mordiscos



- Estrangulamientos
- Quemaduras
- Envenenamientos
- Asfixia.
- Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos
- Heridas o excoriaciones en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Este tipo de maltrato es el más frecuente, es comúnmente utilizado por los padres como una manera para educar a sus hijos, castigando, corrigiendo y como forma de tener el control sobre el menor, por lo cual se pueden caer en excesos fácilmente. <sup>(13)</sup><sup>(24)</sup>

La severidad del maltrato físico cuenta con distintos niveles de gravedad, los cuales son descritos por McGree, Wolfe, Wilson y Carnochan en 1995.

El primer nivel es considerado “leve” este se refiere a situaciones que son más comunes ya que se relacionan con la disciplina, como son, nalgadas, sacudidas bruscas, etc., posteriormente es clasificado como “moderado” donde existe contacto físico que no pone en riesgo la vida, empujones, golpes, lanzar objetos, por último “severo” el cual son acciones agresivas las cuales pueden ser mortales para el menor, como golpear repetidas veces, lanzar o azotar bruscamente al menor, sacudir a un recién nacido, estrangular, utilizar armas. <sup>(24)</sup>

Dentro de este tipo de maltrato se encuentra “El síndrome del niño sacudido” se caracteriza porque el niño es tomado del tórax y es sacudido fuertemente algunas veces inclusive es azotado contra la pared, debido a estos movimientos la cabeza es agitada de adelante hacia atrás, lo que puede provocar la ruptura de vasos sanguíneos del cerebro y causar una hemorragia dentro del cráneo, causando daños neurológicos y visuales.

Este síndrome manifiesta síntomas dentro de las primeras 24 y 48 horas, el menor se muestra irritable y presenta llanto constante, sin apetito, y más sueño de lo normal. Esto para los padres no causa preocupación ya que parece algo normal, pero después de algunas horas puede comenzar con náuseas y vómitos, crisis convulsivas, pérdida de la conciencia y puede llegar a morir, hasta ese momento es cuando los padres buscan atención.

## **2.2 Maltrato psicológico/ emocional.**

El maltrato psicológico consta de actitudes que tiene un adulto hacia un niño, niña o adolescente, poco favorables, normalmente de forma verbal, es caracterizado por insultos, desacreditaciones, amenazas de sufrir daño físico, morir o ser abandonado, constantes burlas, críticas, ridiculizar, actos de aterrorizar, ignorar, ausencia de responsabilidad emocional; ignorar los intentos y necesidades del niño de interactuar fracaso en expresarle afecto, protección y amor y no mostrar emoción alguna en la interacción con él, aislar, abandono, así como no mostrar ningún tipo de afecto y tener actos de rechazo. Por otro lado, la sobreprotección, también es incluida en este tipo de maltrato debido a que impide al menor socializar adecuadamente.

(<sup>24</sup>)(<sup>25</sup>)(<sup>26</sup>)

El maltrato puede producirse de forma aislada, este es muy negativo para los niños ya que da lugar a depresión, ansiedad, baja autoestima o falta de empatía. (<sup>27</sup>)

### **2.3 Abuso sexual.**

Este tipo de maltrato es definido como el contacto e interacciones entre un niño y un adulto en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no existe conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o bien que transgreden leyes o normas sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que sean significativamente mayores en razón de su edad, estén en una posición de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima. <sup>(24)</sup> <sup>(28)</sup>

El abuso sexual es un problema grave en la sociedad, el cual se puede producir con o sin contacto físico este puede incluir penetración anal/vaginal, contacto orogenital, genito-genital, masturbación, insinuaciones, caricias o tocamientos, exhibicionismo visión forzada de la anatomía sexual y mostrar pornografía a un menor o utilizarlo en la producción de pornografía todo esto produce efectos negativos que frustran el desarrollo físico y psicológico de la víctima . <sup>(24)</sup><sup>(17)</sup><sup>(28)</sup>

La edad en la que ocurre con mayor frecuencia es entre los seis y los doce años, es más frecuente en niñas que en niños y normalmente el abusador suele tener una posición de poder, ser conocido del menor, el 25% de los casos es el padre quien comete este acto y el 5% de los niños que son abusados adquieren una enfermedad de transmisión sexual, lo cual es un indicativo para el personal de salud para percatarse de este acto ya que los niños no son capaces de comprender y detener el abuso, estos pueden presentarse con una gran variedad de sintomatología médica. <sup>(22)</sup><sup>(24)</sup>

El abuso sexual se clasifica según donde ocurre como 1) Intrafamiliar y 2) extrafamiliar.

Según Alejandra Requena <sup>(11)</sup> entre el 80 y 90% el causante de este abuso es de tipo intrafamiliar, el 20% extrafamiliar, pero conocido de la familia y el 10% es provocado por un desconocido.

<b>Indicadores de abuso sexual</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• lesiones en área genital o anal.</li> <li>• Enfermedades de transmisión sexual.</li> <li>• Embarazo no planeado.</li> <li>• Hematuria.</li> <li>• Dolor al defecar.</li> <li>• Leucorrea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia contada detalladamente de encuentro sexual con un adulto.</li> <li>• Curiosidad por algún tema sexual.</li> <li>• Presencia de pesadillas, miedos, aislamiento social, bajo rendimiento escolar.</li> </ul>

**Cuadro. 7. Indicadores de abuso sexual. <sup>(29)</sup>**

En el año 2000 se describió una clasificación del abuso sexual donde puede dividirse según, Echeburúa y Guerricaechevarría, en agudo, normalmente producido por algún desconocido y una sola vez, y crónico, el agresor abusa continuamente durante mucho tiempo, la mayoría de las veces es por alguien del mismo entorno.

#### **2.4 Maltrato infantil por negligencia.**

La negligencia es definida como la desatención y abandono de parte del cuidador encargado de proporcionar salud, educación, estabilidad emocional, alimentación, vivienda, así como vivir con protección y en condiciones seguras para establecer una formación adecuada en el desarrollo físico y psicológico del menor. <sup>(13)</sup>

Igualmente, la Comisión Nacional de Derechos Humanos define la negligencia como: “el fracaso repetido de no proporcionar al niño(a) los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales. <sup>29</sup>

Por otra parte, legalmente se considera como un delito la de la omisión en la atención y protección de los menores de edad. La Organización de las Naciones Unidas, indica que la negligencia es un problema que puede desarrollarse debido a diferentes factores, por lo cual requiere una atención multifacética y esta debe ser realizada de inmediato debido a las consecuencias en la salud tanto física como emocional del menor. <sup>(30)</sup>

Es considerado como negligencia <sup>(19)</sup>:

- Abandonar.
- Descuidar alimentación, vivienda, vestimenta, higiene, salud.
- Exponer al uso indebido de drogas o alcohol.
- Ignorar desempeño escolar, amistades, pasatiempos, emociones, necesidades afectivas.
- No vigilar.
- Rechazar atención médica.

Principales formas de negligencia del cuidador hacia el menor <sup>(12)</sup><sup>(30)</sup>:

- Falla alimentaria: Peso, talla altos o bajos considerando la edad son indicadores de una alimentación deficiente.
- Falla en la higiene personal: La vestimenta es inapropiada con el clima, edad, las prendas suelen estar en mal estado.
- Negligencia médica: No existen actitudes preventivas ante enfermedades, cuando está enfermo no hay una pronta atención y no se realiza seguimiento al incumplir con las prescripciones médicas o dejar de asistir a citas que ayuden a su recuperación, esquema de vacunación incompleto, no hay una vigilancia a una crecimiento y desarrollo adecuado.

- Negligencia en la supervisión: El menor queda sin vigilancia insuficiente o suele ser cuidado por algún hermano, o alguien ajeno al núcleo familiar.

## **2.5 Síndrome de Munchausen por poder.**

Richard Asher describe este síndrome en 1951, el cual se caracteriza cuando un progenitor, generalmente madre, fabrica estados de enfermedad inexistentes o induce al menor a tener enfermedades, algunas otras veces el menor es sometido a investigaciones médicas, operaciones, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios para obtener un beneficio, todo esto alegando síntomas inexistentes o generados y proporcionando a los médicos información falsa a cerca de la salud de su hijo. <sup>(12)</sup><sup>(25)</sup>

Indicadores del síndrome de Munchausen<sup>(25)</sup>.

1. Invención de antecedentes.
2. Provocación de síntomas.
3. Alteración de muestras de laboratorio.
4. Alteración de mediciones de temperatura.
5. Presentación novedosa y exótica de enfermedades.
6. Continúa la farsa aun el niño hospitalizado.
7. El cuidador consigue la atención del personal sanitario o de su familia.
8. El niño no responde al tratamiento.
9. Afecta sobre todo a niños que no han desarrollado la función de hablar.

### **3. Diagnóstico Clínico.**

#### **3.1 Métodos de diagnóstico**

##### **3.1.1 Expediente Clínico**

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012<sup>(31SIC)</sup>, define el expediente clínico como: Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Dentro del expediente se encuentra la historia clínica, es fundamental realizarla completa ya que en esta debemos analizar todos los antecedentes y los hallazgos encontrados, debido a que sirve como indicador para llegar a un correcto diagnóstico, el cual en el caso del maltrato infantil puede aumentar las sospechas que pudiéramos tener al examinar clínicamente a nuestro paciente.

Es importante ser muy minuciosos en el momento de realizar nuestra anamnesis puesto que es una buena herramienta para detectar la presencia de un delito hacia el menor.

Especialmente en la historia clínica de odontopediatría tenemos apartados en donde podemos recabar datos de manera lógica y ordenada para la valoración del estado de salud general y dental en el que se presenta cada paciente. En estos es importante registrar todos los antecedentes referidos, los hallazgos que se encuentren a la hora de realizar la revisión, y con esto, contar con métodos de diagnóstico como apoyo, radiografías, fotografías y respuestas referidas por la presencia de las lesiones.

De acuerdo con la figura 8 debemos recabar la información general del paciente, algunos datos nos ayudan a esclarecer nuestras sospechas.

No. de expediente \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA**

**HISTORIA CLÍNICA**



Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL** Fecha     
Día Mes Año

Nombre del paciente ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento    Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad   Años Meses Sexo  M  F

Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle No. Colonia Delegación o Municipio

Teléfonos \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo padre Trabajo madre

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Ocupación de los padres: 1) Obrero 2) Empleado 3) Comerciante 4) Técnico 5) Profesionista 6) Estudiante 7) Hogar 8) Jubilado 9) Desempleado 10) Otro \_\_\_\_\_  
Madre  Padre

Edades de los hermanos \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra o del médico familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Motivo principal de la consulta: 1) Dolor 2) Revisión 3) Prevención 4) Caries 5) Extracción 6) Maloclusión 7) Traumatismo 8) Otro \_\_\_\_\_

¿Es la primera visita al dentista? 1) Sí 2) No

1. Edad.
2. Nombre de la escuela y grado.
3. Ocupación de los padres.
4. Personas con las que vive.
5. Motivo de la consulta.
6. Primera visita al dentista.

**Fig. 8. Inspección general. (32)**

En el siguiente cuadro se mencionará la importancia de los datos señalados anteriormente, ante un caso de sospecha de maltrato infantil.

<b>Edad.</b>	La edad permite determinar si su edad cronológica corresponde a los demás aspectos de su desarrollo.
<b>Nombre de la escuela y grado.</b>	Con estos datos se sabe si el menor tiene acceso a la educación, lo cual es un derecho para todos los niños.
<b>Ocupación de los padres.</b>	Es información que se obtiene en relación con las creencias culturales y el nivel socioeconómico.
<b>Personas con las que vive.</b>	Conocer su entorno, el cual puede ser un indicador en caso de algún tipo de maltrato en el hogar.
<b>Motivo de la consulta.</b>	Identifica la causa por la que se presenta a consulta.
<b>Primera visita al dentista.</b>	Se recomienda acudir al dentista a la erupción del primer diente, de lo contrario igualmente podrían caer en negligencia al solo acudir en caso de urgencias.

**Cuadro 10. Información general. (33)**



2. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	
<b>2.1 Gestación</b>	
El embarazo fue: 1) Normal 2) Alto riesgo 3) Otros _____	<input type="checkbox"/>
¿Tomó algún medicamento? 1) Sí 2) No ¿Cuál? _____ Motivo _____	<input type="checkbox"/>
<b>2.2 Nacimiento</b>	
1) Parto eulócico 2) Parto distócico 3) Por cesárea	<input type="checkbox"/>
<b>2.3 Etapa neonatal</b>	
1) Prematuro 2) A término 3) Post-término	<input type="checkbox"/>
Peso al nacer: _____ Rango: 1) Bajo < 2.5kg 2) Medio 2.5 a 3.5 kg. 3) Alto > 3.5 Kg Talla: _____	<input type="checkbox"/>
Presentó: 1) Hipoxia 2) Dificultad de succión 3) Ninguna 4) Otras _____	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas: 1) Sí 2) No ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>

De acuerdo con la figura 9 debemos realizar la interrogación de la historia clínica médica por aparatos y sistemas, algunos datos nos ayudan a esclarecer nuestras sospechas.

1. Gestación
2. Etapa neonatal.

**Fig.9. Historia clínica médica e interrogatorio por aparatos y sistemas. (32)**

En el siguiente cuadro se menciona la importancia de conocer los datos anteriores ante un posible caso de maltrato infantil.

<b>Gestación.</b>	Encontrar información donde se indagará sobre el embarazo, la cual puede ser indicador de si la madre del menor tuvo o no un embarazo deseado y los cuidados que hubieron. Recordando que las adicciones durante la gestación traen graves consecuencias, que van desde un desarrollo y crecimiento deficientes, hasta ocasionar la muerte.
<b>Etapa neonatal.</b>	El peso es uno de los indicadores que ayudan a evaluar el estado de nutrición al nacer.

**Cuadro 11. Historia clínica médica e interrogatorio por aparatos y sistemas. (33)**

De acuerdo con la figura 10, es importante analizar el apartado de infancia y adolescencia ya que se registra las enfermedades más frecuentes durante estos periodos, algunos antecedentes nos orientan a esclarecer nuestras sospechas.

2.4 Infancia y Adolescencia							
Presenta o ha presentado:	1) Sí	2) No	Edad	Presenta o ha presentado:	1) Sí	2) No	Edad
Reflujo				Hepatitis			
Padecimientos renales				VII			
Cianosis al esfuerzo				Fiebres eruptivas ¿Cuáles?			
Fiebre reumática				Exantema súbito			
Hemorragias espontáneas				Escarlatina			
Diabetes				Varicela			
Trastornos del lenguaje				Sarampión			
Epilepsia				Rubéola			
Parotiditis				Mononucleosis infecciosa			
Difteria				Otros:			

¿Su hijo tiene diagnóstico de asma? 1) Sí 2) No

¿Actualmente está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad? 1) Sí 2) No Motivo

¿Qué medicamentos toma regularmente?

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? 1) Sí 2) No ¿A cuál?

¿Tiene su esquema de vacunas completo? 1) Sí 2) No

¿Tiene problemas de aprendizaje? 1) Sí 2) No ¿Cuáles?

¿Presenta o ha presentado alguna discapacidad? 1) Sí 2) No 3) Física 4) Sensorial 5) Neurológica 6) Psicológica

Intervenciones quirúrgicas: 1) Sí 2) No ¿Cuáles y a qué edad?

¿Ha recibido una transfusión? 1) Sí 2) No 3) Sangre 4) Plaquetas 5) Plasma

Adolescentes:

1. Estado de salud del menor.

2. Esquema de vacunación.

3. Problemas de aprendizaje.

Fig. 10. Infancia y adolescencia. (32)

De acuerdo con la figura 11, es fundamental indagar respecto a los antecedentes personales del menor, específicamente el que nos corresponde es a la higiene.

4.2 Higiene	
¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal con su hijo? 1) Sí 2) No	<input type="checkbox"/>
¿Quién lo realiza? 1) Padres 2) Paciente 3) Ambos 4) Otros _____	<input type="checkbox"/>
¿Con qué? 1) Cepillo 2) Gasa 3) Otros _____	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia? 1) Una vez al día 2) Dos veces al día 3) Tres veces al día	<input type="checkbox"/>
¿Desde cuándo? 1) Antes de la erupción de los dientes 2) A la erupción de los primarios 3) A la erupción de los secundarios	<input type="checkbox"/>

Fig.11. Higiene. (32)

En el siguiente cuadro se menciona porque es importante conocer los datos anteriores.

<b>Higiene</b>	En este apartado se valora el aspecto de si el menor cuenta con la atención necesaria por parte de sus padres o cuidadores en cuanto a la higiene personal y bucal.
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 12. Higiene. (33)

De acuerdo con la imagen 12 es importante observar la inspección corporal, ya que al registrar la mayor cantidad de datos podemos crear una imagen que refleje el estado de salud general.

<b>5. INSPECCIÓN CORPORAL</b>		
Peso actual: _____	Talla actual: _____	Temperatura: _____
Observaciones: _____		

**Fg.12. Inspección corporal. (32)**

En cuadro siguiente señala porque la necesidad de recabar tales datos.

<b>Peso actual.</b>	Es un indicador que ayuda a evaluar el estado de nutrición.
<b>Talla actual.</b>	Es un indicador que permite evaluar si el crecimiento, desarrollo y nutrición son adecuados para el menor.

**Cuadro 13. Inspección corporal. (33)**

<b>5.1 Exploración de cabeza y cuello</b>	
Articulación temporomandibular en apertura y cierre: 1) Derecha 2) Izquierda 3) Normal 4) Desviación 5) Crepitación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuello: Presencia de ganglios inflamados: 1) Si 2) No 3) Cadena Submentoniana 4) Cadena Submandibular 5) Cadena Retroauricular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5.2 Exploración bucal</b>	
<b>5.2.1 Tejidos blandos</b>	
<b>Labios:</b>	
• Superficie externa: 1) Labio superior 2) Labio inferior 3) Sin alteración 4) Reseco 5) Queilitis 6) Fovéola 7) Úlcera herpética secundaria 8) Úlcera aftosa 9) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Superficie interna: 1) Labio superior 2) Labio inferior 3) Sin alteración 4) Úlceras 5) Mucoccele 6) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frenillo labial: 1) Superior 2) Inferior 3) Inserción normal 4) Alta 5) Media 6) Baja 7) Doble 8) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mucosa yugal y fondo de saco: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Sin alteración 4) Gránulos de Fordyce 5) Úlceras 6) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frenillo bucal: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Múltiple / Inserción: 4) Alta 5) Media 6) Baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lengua: 1) Sin alteración 2) Saburral 3) Fisurada 4) Pilosa 5) Glositis Migratoria Benigna 6) Glositis Romboides Media 7) Úlcera de Riga-Fede 8) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frenillo lingual: Inserción: 1) Sin alteración 2) Corto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Piso de la boca: 1) Sin alteración 2) Ránula 3) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mucosa alveolar y encía: 1) Sin alteración 2) Úlceras 3) Abscesos 4) Fístulas 5) Fenestración 6) Dehiscencia 7) Gingivitis 8) Periodontitis 9) Nódulos de Bohn 10) Quistes de erupción 11) Quistes de lámina dental 12) Hematoma de la erupción 13) Pericoronitis 14) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Paladar duro: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Perlas de Epstein 5) Úlceras 6) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Paladar blando: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Úlceras 5) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Faringe: Amígdalas palatinas: 1) Sin alteración 2) Ausentes 3) Presentes 4) Hipertróficas 5) Ulceradas 6) Hiperémicas 7) Otros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Úvula: 1) Sin alteración 2) Bífida 3) Inflamada 4) Ulceradas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

La historia clínica igualmente cuenta con un apartado, en el cual es importante realizar una exploración bucal cuidadosamente para detectar características que permitan la identificación de distintas enfermedades, ya que podrían ser el mayor foco indicador en el cual se podría sospechar de un caso de abuso o maltrato.

Fig.13. Exploración bucal. (32)

<b>7. CONDUCTA Y ACTITUD</b>	
Respuesta conductual inicial del niño: 1) Grado 0 2) Grado 1 3) Grado 2 4) Grado 3	<input type="checkbox"/>
Actitud de los padres: 1) No cooperador 2) Potencialmente cooperador 3) Cooperador	<input type="checkbox"/>

Fig. 14. Conducta y actitud (32)

El objetivo principal de este apartado es identificar la conducta del niño para determinar el procedimiento más adecuado para su atención, aunque también sirve como herramienta para poder detectar algún comportamiento fuera de lo normal que pueda generar alguna sospecha de que el menor está sufriendo alguna forma de maltrato.



6. ¿El paciente presenta alguna forma de descuido?
7. ¿El paciente presenta alguna limitación al moverse, caminar o sentarse?
8. Dato adicional de importancia. \_\_\_\_\_

### 3.1.2 Indicadores de comportamiento del paciente pediátrico.0

COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL MENOR
<b>MALTRATO FÍSICO</b> 1. Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes. 2. Hiperactividad. 3. Apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malo. 4. Cauteloso al contacto físico con un adulto. 5. Se muestra aprensivo cuando otros niños o niñas lloran. 6. Muestran conductas extremas. 7. Miedo a sus padres 8. Informa que su padre o madre le ha causado alguna lesión.
<b>MALTRATO PSICOLÓGICO.</b> 1. Deterioro en el desarrollo físico, emocional e intelectual. 2. Apatía, aislamiento, depresión, poco expresivos, tímidos. 3. Sensación de no ser queridos o de ser rechazados. 4. Bloqueo emocional. 5. Parece excesivamente complaciente, pasivo.
<b>ABUSO SEXUAL</b> 1. Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. 2. Parece reservado, rechazante. 3. Comete acciones delictivas o se fuga. 4. Manifiesta conductas sexuales extrañas o inusuales a su edad. 5. Dice que ha sido atacado por un padre o cuidador. 6. Pudor inexplicable y exagerado en la exploración médica y general. 7. Exceso de interés o de evitación en lo relativo a temas sexuales. 8. Conductas, conocimientos sexuales inapropiados a su edad. 9. Agresividad sexual hacia otros niños/as, masturbación en sitios públicos.
<b>NEGLIGENCIA</b> 1. Retraimiento, apatía, depresión, timidez. 2. Asistencia irregular a la escuela, con bajo rendimiento escolar. 3. Participa en acciones delictivas, pide o roba comida. 4. Dice que no hay nadie que lo cuide. 5. Conductas para llamar la atención. 6. Trabajos inadecuados a su edad.

**Cuadro 14. Indicadores de comportamiento del paciente pediátrico. <sup>(4)</sup>(34)**

### 3.1.3 Indicadores de comportamiento del tutor o cuidador.

COMPORTAMIENTO POR PARTE DEL CUIDADOR
<b>MALTRATO FISICO</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Incapaces de controlar sus impulsos.</li><li>2. Se observan enojados.</li><li>3. Responden con agresión física al más mínimo estímulo.</li><li>4. Frustración, hostilidad.</li><li>5. Antecedente de haber sido maltratado.</li></ol>
<b>MALTRATO PSICOLOGICO.</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Constantemente amenaza o aterroriza al menor.</li><li>2. Exigen más de lo que el niño puede hacer o tiene una idea distorsionada de él.</li><li>3. Poco tolerante.</li><li>4. No presta atención ni dedica tiempo al niño.</li><li>5. Problemas de adicción.</li></ol>
<b>ABUSO SEXUAL</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estimula o excita sexualmente al menor.</li><li>2. Algún tipo de adicción.</li><li>3. Tienden al aislamiento.</li><li>4. No se auto reconocen como maltratadores.</li></ol>
<b>NEGLIGENCIA</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apático.</li><li>2. Desinteresado, ve al menor como una carga.</li><li>3. Problemas en la relación de pareja.</li><li>4. Problemas económicos.</li><li>5. Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual.</li><li>6. Muestra poca preocupación por la higiene, el vestuario, la alimentación y los controles sanitarios del niño/a.</li><li>7. Seguimiento inadecuado de las enfermedades del niño/a.</li></ol>

Cuadro 15. Indicadores de comportamiento del padre o cuidador. (4)(34)

### 3.2 Exploración clínica.

La valoración por parte del odontólogo comienza desde que el menor entra al consultorio, logrando obtener una impresión general del niño, podremos observar la higiene personal, desarrollo, estatura, relación menor-cuidador, forma de andar, etc.

Igualmente se observarán las superficies corporales expuestas en la piel en busca de marcas inusuales.

Si observamos alguna limitación de movimiento se puede estar ante un caso más delicado, posiblemente esto indique lesiones más graves De manera que es importante tener el ojo clínico bien desarrollado para la identificación de un paciente con lesiones no accidentales ya que al estar ante esto se convierte en una emergencia en la que se debe actuar a tiempo ya que la vida del menor puede estar en peligro, estos niños pueden resultar

heridos o incluso corren el riesgo de morir si se omite nuestro diagnóstico.  
(<sup>5</sup>)

### **3.2.1 Características clínicas extraorales.**

La exploración clínica extraoral se realiza observando y analizando las zonas expuestas de nuestro paciente, una inspección detallada nos permitirá encontrar signos de sospecha, comúnmente las zonas más frecuentes donde se pueden encontrar lesiones a causa de maltrato son cabeza, cara, cuello, extremidades superiores e inferiores.

### **Manifestaciones cutáneas.**

Las manifestaciones cutáneas del maltrato incluyen:

1. Moretones o hematomas.
2. Contusiones.
3. Quemaduras.
4. Mordeduras.
5. Alopecia traumática.

### **Hematomas**

Los hematomas son el signo clínico más frecuente debido al maltrato infantil. Son un hallazgo común en los niños, por eso se debe saber identificar cuáles lesiones son debido a un accidente y cuales son provocadas.

Normalmente los hematomas accidentales se encuentran encima de las prominencias óseas, sobre todo en rodillas, región pretibial, codos y en la frente. Mientras que los provocados por algún tipo de maltrato se sitúan en regiones típicamente protegidas o blandas como son; nalgas, espalda, tronco, brazos, genitales, cara interna de muslos, orejas, mejillas y cuello. (<sup>35</sup>)



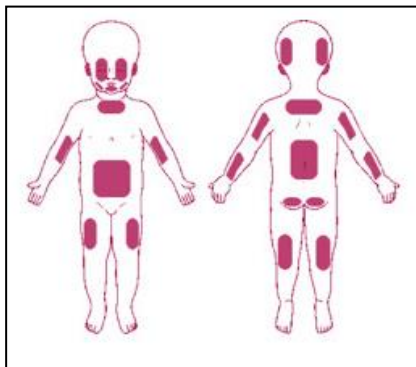


Fig.17.Hematomas accidentales. (36)

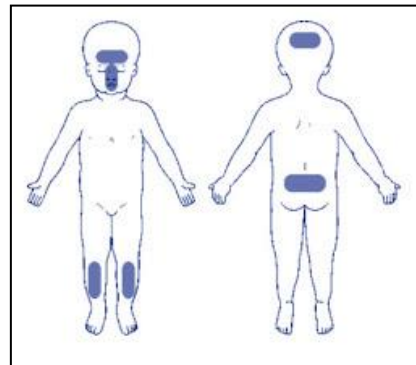


Fig. 18. Hematomas no accidentales. (36)

Así mismo la forma de los hematomas puede hacernos sospechar que el niño está expuesto a maltrato, a veces presentan la “imagen en espejo”, es decir, reflejan la forma del objeto utilizado con el que agresor los golpeo.

<p><b>Lineales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Producidos por cuerdas, cordones, algún alambre.</li> <li>2. En forma de los dedos.</li> </ol>	<p><b>Circunferenciales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alrededor del cuello, tobillos o muñecas, por ataduras o estrangulación.</li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro. 16. Forma de los hematomas. (37)

La presencia de hematomas en distintos estadios evolutivos es un signo que debemos conocer, el aspecto y los cambios de coloración que tiene ya que esto nos da pistas de cuándo se produjo la lesión.

Tiempo	Aspecto/ color
0-2 días	Zona tumefacta e hipersensible, eritematosa.
2-5 días	Rojo-azulado o púrpura
5-7 días	Verde/amarillo
7-10 días	Amarillo/marrónáceo
10-14 días	Pardo
1-3 semanas	Desaparición (variable)

Cuadro. 17. Evolución del hematoma. (35)

## Quemaduras

Las quemaduras constituyen de un 6 a 20% de los maltratos físicos en las cuales los niños menores de 3 años se consideran los más afectados, estas provocan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. <sup>(35)</sup> <sup>(38)</sup>

Se puede considerar que una quemadura es accidental, aunque podría deberse a una falta de supervisión o abandono que también se debe tomar en cuenta. Hablamos de una quemadura por inmersión, cuando es producida a causa de mantener a la fuerza al menor en agua caliente, en estas la lesión se observa delimitada entre la piel quemada y la sana en la que se presentan como calcetín o guante, así como una profundidad uniforme, por esto las quemaduras simétricas tienden a ser señal de maltrato.

Por otro lado, las que son a causa de salpicadura suelen estar ausentes, salvo cuando un niño se introduce de forma inadvertida en agua caliente.

Las marcas suelen reflejar la forma del instrumento. Se debe evaluar el grado de sospecha de un caso de maltrato infantil cuando hay antecedentes de quemaduras que sean geométricas, pares, simétricas o de diversas fases evolutivas o tipos, o bien si se sitúan en zonas relativamente protegidas del cuerpo, cuando no se atendió la urgencia en menos de dos horas. <sup>(39)</sup>

ESCALDADURA		QUEMADURA POR OBJETO CALIENTE	
INTENCIONAL	ACCIDENTAL	INTENCIONAL	ACCIDENTAL
-BORDES 1. NITIDOS. 2. BIEN DELIMITADOS.  -FORMA 1. GUANTE (MANOS). 2. CALCETIN (PIES). 3. CASQUETE (GLÚTEOS).  -PROFUNDIDAD HOMOGENEA.  -SIMETRÍA (BILATERALES).	-BORDES 1. DIFUSOS. 2. IRREGULARES.  -FORMA 1. NO DEFINIDA.  -PROFUNDIDAD HETEROGENEA.  -SIMETRÍA UNILATERALES.	-BORDES 1. NITIDOS. 2. PRECISOS. 3. LINEALES.  -FORMA: PUEDEN ADOPTAR LA FORMA DEL INSTRUMENTO UTILIZADO.  1. PLANCHA. 2. TENEDOR. 3. CIGARRILLO.	-BORDES DIFUSOS.  -FORMA: SIN FORMA ESPECÍFICA.

**Cuadro 18.**  
**Características**  
**clínicas de las**  
**quemaduras de**  
**acuerdo con la**  
**intencionalidad.**  
<sup>(35)</sup><sup>(39)</sup>.

Otra manera de observar las quemaduras provocadas por objetos calientes es a través de instrumentos para provocar lesiones que dejan marcado en la piel los patrones que representan al objeto.

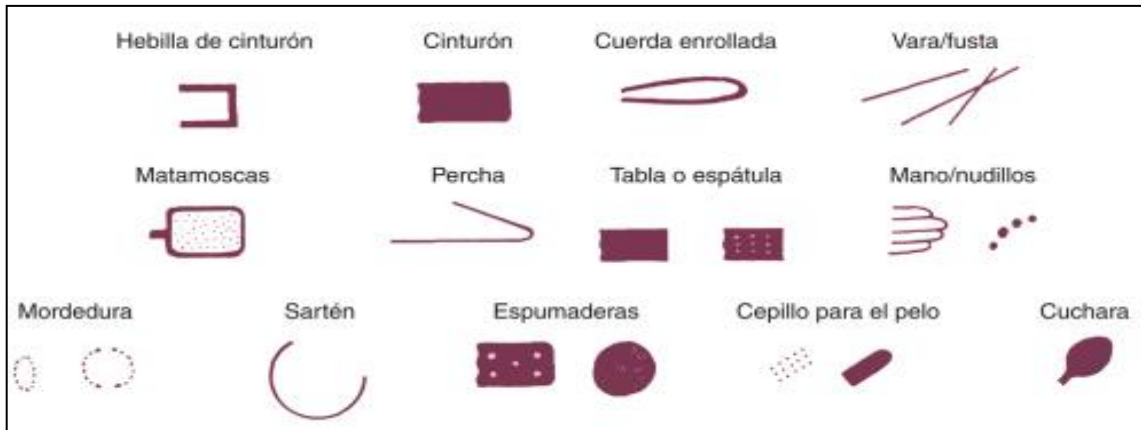


Fig. 20. Marcas de instrumentos. (39)

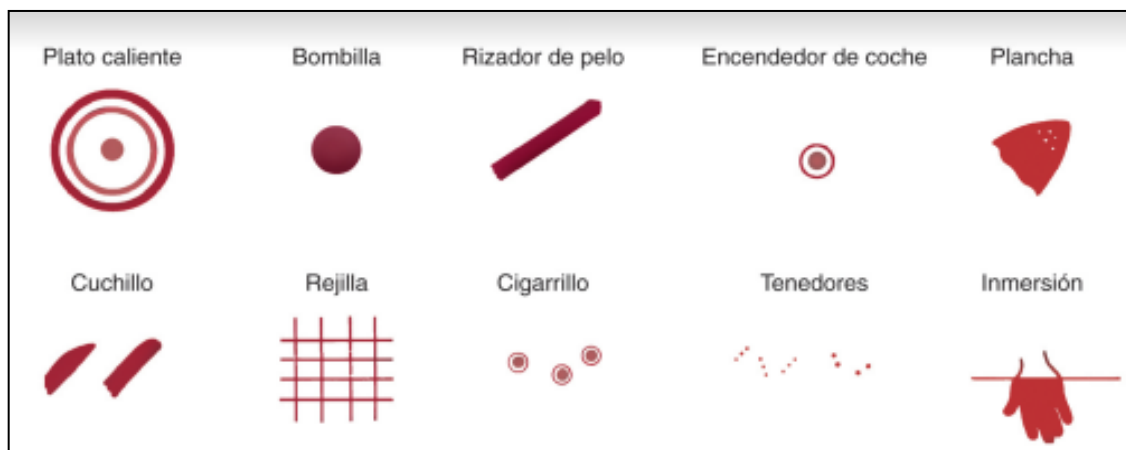


Fig. 21. Marcas de quemaduras. (39)

### Mordeduras.

Las mordeduras son otra señal de sospecha del maltrato infantil, estas lesiones se pueden relacionar con maltrato físico y con abuso sexual.

Son de forma elíptica u ovoidea, y superficiales, tienen un patrón característico de 1-2 arcos opuestos se puede diferenciar cuando son producidas por un adulto u otro niño valorando la distancia de los caninos, mayor a 3mm cuando un adulto la produce. (35)(39)

La forma de la mordedura puede apreciarse mejor antes de las 24 horas, ya que después es probable que se pierdan los detalles y disminuyan los

signos entre un 50 y 60%, normalmente se encuentran en zonas con más facilidad de aprehensión como son: la oreja, nariz, pecho.

En algunos casos cuando la intensidad de la mordedura es demasiado agresiva está mejorará la visión de la mordedura al segundo o tercer día.

Según Juan López Palafox <sup>(40)</sup>, el mecanismo en cómo se produce una mordedura puede ser:

1. Abrasión producida por el diente al morder.
2. Presión de la lengua y labios en la zona mordida.
3. Por la suma de las acciones anteriores.

SEGÚN LA FORMA	SEGÚN LA INTENSIDAD
1. Marcas de succión: Zona central equimótica. 2. Marcas lineales: Acción directa de los dientes.	Dependiendo del grado de la lesión.  Succión al tiempo de la mordedura: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona enrojecida.</li> <li>• Situada al interior de las marcas dentarias.</li> </ul>

Fig.22. Lesión por mordedura. <sup>(40)</sup>

### Alopecia traumática

Otro de los signos presentes en el maltrato infantil, aunque menos frecuente es la alopecia, al producir un arrancamiento del cabello de manera brusca. Clínicamente se presentan zonas alopécicas, y se observa con más recurrencia en la región frontal y parietal, también pueden observarse petequias cercanas al área de las raíces del cabello de la zona afectada, normalmente equimóticas de bordes irregulares con presencia de hematomas subcutáneos. <sup>(38)(41)</sup>

### 3.2.2 Características clínicas intraorales.

El cirujano dentista debe realizar un examen en la cavidad bucal como parte de la elaboración de cualquier diagnóstico, en este se pueden encontrar diversos signos de alerta los cuales serán de gran importancia ante una posible situación de maltrato infantil.

Es importante reconocerlo a tiempo, ya que se puede encontrar en cualquier sector de la población, al diagnosticarlo a tiempo podemos evitar lesiones graves o incluso que el menor llegue a morir. Cuando un niño es maltratado por su cuidador no es común que sea llevado a una consulta médica ya que no quieren que la situación sea descubierta y muchas veces acuden al odontólogo en busca de tratamiento para lesiones menos graves sin saber que se hallarán características de tal problema.

Cuando se realiza un examen de la cavidad oral se pueden encontrar lesiones tanto en tejidos blandos como en tejidos duros.

Como expresa Luis Raziel Martagón Cabrera ( <sup>42</sup>SIC):” La cavidad bucal y sus estructuras adyacentes son con frecuencia los sitios que más sufren daños en los pacientes que sufren maltrato infantil, particularmente por su significado psicológico; el niño habla, llora y come por medio de la boca. De esta manera, se utiliza la violencia para silenciar al niño, dando como resultados indicadores clínicos de abuso y maltrato.”

### **Tejidos blandos.**

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, en muchas de estas partes anatómicas de la cavidad oral, hallaremos lesiones como son: (<sup>43</sup>)

1. Contusiones, hemorragia submucosa sin desgarro.
2. Laceraciones, lesión donde existe un desgarro.
3. Abrasiones, lesión superficial por desgarramiento de mucosa acompañado de sangre y deja una superficie áspera.
4. Quemaduras.
5. Petequias.
6. Eritema.
7. Infecciones de transmisión sexual.

## **1. Lesiones por contusiones, laceraciones y abrasiones.**

Un primer aspecto para considerar son las laceraciones, contusiones y abrasiones.

Es importante tener presente la edad del menor ya que entre los seis a dieciocho meses estos están aprendiendo a caminar, es común que puedan caer accidentalmente y provocar una herida, distinto a niños menores de seis meses que aún no son capaces de estar de pie, así como niños mayores de dos años que ya tienen mayor habilidad al caminar. <sup>(38)</sup>

Algunas veces las lesiones ayudan a diferenciar si nos encontramos ante un caso de maltrato infantil, normalmente estos traumas son generados por golpes directos, y son provocados generalmente por los padres o cuidadores del menor.

Este acto violento es debido a diversas situaciones como son: querer silenciar bruscamente con la mano a un niño que se encuentra gritando; jalar el labio; realizar algún acto de introducir violentamente objetos en niños (biberón, cucharas, tenedor, lápiz); también se encuentran lesiones que son significativas para sospechar que el menor ha sido forzado a realizar sexo oral. <sup>(41)(44)</sup>

Comúnmente estas lesiones se localizan: <sup>(45)</sup>

1. Labios.
2. Encía.
3. Frenillo lingual.
4. Frenillo labial.
5. Mucosa yugal, gingival o palatina.

## **2. Lesiones por quemaduras**

También podemos encontrar quemaduras en la cavidad bucal, estas causan enrojecimiento y ulceraciones dependiendo de la gravedad, se ubican en la mucosa o lengua. Estas están provocadas comúnmente por ingerir líquidos o comidas muy calientes ya sea por descuido de los padres o provocado, también las quemaduras por cigarrillo son muy frecuentes. <sup>(41)</sup><sup>(44)</sup>

Estas quemaduras representan del 6 al 20% de las lesiones encontradas en la boca, cuando el odontólogo se percata de estas, debe tomar en cuenta la edad del paciente, el grado de severidad de la quemadura y la historia relatada por los padres y el niño, de ser posible, preguntarles por separado para estar seguro de que estas coincidan. <sup>(35)</sup>

## **3. Lesiones por maltrato infantil sexual.**

Así mismo podemos encontrar eritemas o petequias, esta lesión se localiza donde el paladar duro converge con el blando, es difícil tener una explicación para este signo lo cual nos hace sospechar que se genera cuando el menor ha sido forzado a realizar sexo oral, está normalmente va acompañada de una laceración en el frenillo lingual. <sup>(45)</sup>

### **Tejidos duros.**

#### **1. Trauma dentoalveolar.**

El odontólogo podría ser el profesional de la salud que pueda detectar con más frecuencia el maltrato infantil, ya que los traumatismos dentales llegan a ser frecuentes, las lesiones dentales son las segundas más frecuentes de las lesiones bucales, las edades más comunes son de 1 a 3 años en la que generalmente se deben a accidentes, pero muchas otras veces causadas por maltrato infantil. <sup>(46)</sup>

## 2. Caries dental.

Por otro lado, tenemos también la negligencia de parte del cuidador hacia el menor como un tipo de maltrato, ya que puede tratarse de un caso de abandono, su presencia debe ser un signo de alerta para el odontólogo debido a que el estado de salud nos permite crear una idea de la calidad de vida que tiene el menor, muchas veces el odontólogo se encuentra con pacientes que han sido desatendidos y llegan con problemas graves al consultorio dental.

Entre estos se encuentran con: caries de infancia temprana extensas y múltiples, esta se presenta frecuentemente entre los dos años y medio y los siete años de edad, pérdida prematura de piezas dentales y como consecuencia tener maloclusiones, todo esto ocasionando dolor, infecciones, abscesos, fistulas, múltiples restos radiculares, patología pulpar, alteraciones funcionales y estéticas, lo cual no permite un desarrollo adecuado, cuando existe un caso con estos problemas, el odontólogo no debe limitarse al conteo de caries, ya que con la presencia de una sola pieza dental en una condición fuera de salud si atención genera un impacto negativo y de descuido. <sup>(44)</sup><sup>(47)</sup>

Igualmente es importante tener en cuenta la placa dentobacteriana cuando cubra más de dos tercios de la superficie dental, exista sangrado gingival, cuando exista irresponsabilidad en la búsqueda de atención o no se cumplan con las indicaciones del tratamiento. <sup>(12)</sup><sup>(44)</sup>

“La Academia Americana de Odontología Pediátrica define descuido dental como: "Caries dental, enfermedades periodontales y otras condiciones bucales, si no son tratadas pueden causar dolor, infección y pérdida de la función". Las consecuencias no deseadas pueden, en forma adversa afectar el aprendizaje, la comunicación, la nutrición, la socialización y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal.”<sup>( 5)</sup>



## **4. Aspectos Legales**

### **4.1 Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes**

(48)

1. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad.
2. Derecho a una protección especial para que puedan crecer física, mental y socialmente sanos y libres.
3. Derecho a una protección especial para que puedan crecer física, mental y socialmente sanos y libres.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas.
5. Derecho a educación y atenciones especiales para los niños y niñas con discapacidad.
6. Derecho a comprensión y amor por parte de las familias y de la sociedad.
7. Derecho a una educación gratuita. Derecho a divertirse y jugar.
8. Derecho a atención y ayuda preferentes en caso de peligro.
9. Derecho a ser protegido contra el abandono y el trabajo infantil.
10. Derecho a recibir una educación que fomente la solidaridad, la amistad y la justicia entre todo el mundo.
- 11.

### **4.2 Normatividad en favor de los niños, niñas y adolescentes.**

En nuestro país contamos con instrumentos jurídicos que tienen por objeto regular la conducta y el respeto a los derechos de las personas dentro de la sociedad. Dichos instrumentos son de carácter obligatorio para las personas, así como para las autoridades.

En ese sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos, la norma de mayor importancia en México señala en su artículo 1 que todas las personas gozan de los derechos humanos establecidos en la misma y en los tratados internacionales de los cuales el Estado Mexicano es parte, y desde luego protegen a los menores de edad. Por otro lado, el párrafo 2 establece que las normas que protegen derechos humanos se deben

interpretar en todo momento aplicando la que favorezca más a la persona, en este caso a cualquier niño, niña o adolescente. <sup>(49)</sup>

Por otra parte, también en México contamos con leyes que protegen los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Al respecto, el artículo 5 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes señala que para efectos de esa ley son niñas y niños los menores de 12 años, mientras que los mayores de 12 y menores de 18 años se catalogan como adolescentes.

Para efectos de los tratados internacionales y la mayoría de edad, son niños los menores de 18 años. En caso de que exista duda si se trata de una persona mayor de 18 años, se presumirá que es menor de edad, y en caso de duda de si se trata de persona mayor de 12 años, se presumirá que es niña o niño. <sup>(50)</sup>

Al respecto, todos los menores de edad gozan de los mismos derechos que el resto de las personas, dado que no hay disposición con la que se limite de manera general el goce de los derechos a una edad específica, todo esto con excepción de aquellos casos en los que el ejercicio del derecho está reservado de manera específica a personas que haya cumplido la mayoría de edad.

No obstante, lo anterior, los menores de edad se encuentran en una situación de vulnerabilidad respecto del resto de las personas, por el hecho de contar con una menor experiencia y conocimientos, así como por encontrarse en una etapa de desarrollo físico y mental, por lo cual el marco jurídico constitucional e internacional prevén disposiciones específicas dirigidas a su protección, así como las medidas para garantizar su adecuado desarrollo.

A nivel internacional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece en su artículo 19 el derecho de los niños a que se les apliquen medidas de protección debido a su condición de minoría de edad. <sup>(51)</sup>

Por su parte, la Declaración de los Derechos del Niño sirvió como referencia para la creación de la Convención sobre los Derechos del Niño, en la cual se establecen diversos derechos en favor de los niños, incluidos, el deber de las autoridades a atender el interés superior del menor, el deber de los Estados de tomar las medidas administrativas y legislativas para garantizar que los niños gocen de sus derechos, el derecho a la vida, el derecho a garantizar en la máxima medida su supervivencia y desarrollo, y de manera destacada en relación con el tema que nos ocupa, el artículo 19 establece el deber de los Estados de adoptar las medidas legislativas, administrativas, educativas y sociales que sean apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, representante legal o cualquier otra persona. <sup>52</sup>

Dichas medidas deben comprender procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Por su parte, el artículo 4, párrafo noveno, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.” En atención a lo anterior, la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, establece en el artículo 6, fracciones VI y XIII, el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo, así como de tener una vida libre de violencia. <sup>(53)</sup>

Así como, el artículo 13, fracciones I, VII y VIII, de la citada Ley General prevé el derecho a la vida, la paz, supervivencia y el desarrollo, a vivir en condiciones de bienestar y a un desarrollo integral, así como el derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal.

Esto mismo sucede en los artículos 43 a 45 de la referida Ley General, los cuales establecen que tienen derecho a vivir en un medio ambiente sano y sustentable y en condiciones favorables para su correcto desarrollo, bienestar, crecimiento saludable y armonioso, tanto físico, como mental, material, espiritual, ético, cultural y social. Así como la obligación de quienes ejercen la patria potestad, tutela o guardia y custodia de las niñas, niños y adolescentes de proveer, dentro de sus posibilidades y medios económicos de las condiciones de vida suficientes para su sano desarrollo.

Por su parte, las autoridades de los distintos ámbitos de gobierno, dentro de sus respectivas competencias, están obligadas a tomar las medidas necesarias para prevenir, atender y sancionar los casos en que niñas, niños y adolescentes se vean afectados por cualquier forma de violencia, considerando cualquier otra circunstancia por la que dichos menores se encuentren además en algún otro grupo vulnerable. <sup>(54)</sup>

A este respecto, los artículos 11 y 12 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, establecen el deber de la familia, la sociedad, el Estado y todos los integrantes de la sociedad, el respeto y auxilio para la protección de los derechos de niñas, niños o adolescentes, así como para garantizar un nivel adecuado de vida, y la obligación de toda persona que tenga conocimiento de que un menor sufra o haya sufrido una violación a sus derechos debe hacerlo saber a las autoridades competentes, para que pueda integrarse la investigación correspondiente para que puedan tomarse las medidas convenientes.

Derivado de lo anterior, el personal de salud que en la prestación de sus servicios a un menor de edad detecte signos de maltrato, es necesario que lo haga saber a las autoridades competentes.

En este sentido, el artículo 148, fracción I, de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, establece que, constituye una infracción, sancionable con multa, cuando el personal de salud, por motivo de sus funciones o actividades, conozcan de una violación a los derechos de las niñas, niños o adolescentes e indebidamente se abstengan de hacerlo del conocimiento de la autoridad competente. <sup>(54)</sup>

Por su parte, el artículo 325 del Código Penal Federal establece que al médico que, habiéndose hecho cargo de la atención de un lesionado, deje de prestar el tratamiento sin dar aviso inmediato a la autoridad competente, o no cumpla con las obligaciones que le impone la legislación de la materia, se le impondrán de tres a siete años de prisión y de cien a trescientos días multa, y en caso de que se trate de un menor las sanciones señaladas se triplicarán.

Si bien dicha disposición se podría entender como que las obligaciones a que se refiere son exclusivamente las relativas a la prestación de los servicios de salud, lo cierto es que no hay limitación expresa a ese respecto, y podría considerarse que también lo son aquellas obligaciones conexas a la prestación de esos servicios, como lo es el deber de informar a las autoridades competentes de la violación a los derechos del menor, por lo que los médicos tienen la obligación de dar aviso a las autoridades competentes, en cuanto tengan conocimiento de una negligencia de salud, imputable a la persona que se encargue del cuidado del menor.<sup>(55)</sup>

Ahora bien, en caso de que un menor presente signos de maltrato, es posible que el mismo sea víctima de maltrato familiar, y, por lo que se refiere a la Ciudad de México, es pertinente señalar que el Código Civil del Distrito Federal prevé en su artículo 323, el deber de quien haya incurrido en violencia familiar de reparar los daños y perjuicios que se ocasionen con dicha conducta. <sup>(56)</sup>

### **4.3 Actuación del odontólogo ante la sospecha de maltrato infantil.**

#### **4.3.1 Tratamiento en el consultorio.**

Dentro de la consulta odontológica se deben tener en cuenta técnicas de manejo de conducta principalmente con niños y niñas, pero estando frente un posible caso de maltrato es importante reforzarlas aún más para fortalecer la seguridad del niño, creando un ambiente de confianza y de esta manera el niño no se sienta agredido evitando que tenga miedo al operador. Las técnicas que se pueden emplear son: técnica- decir- mostrar- hacer, técnica de control a través de la voz, sedación consciente, anestesia general, se debe evitar técnicas de restricción física ya que se puede crear un ambiente traumático para el paciente. <sup>(57)</sup>

Ahora bien, cuando se reconoce un caso de maltrato infantil ya sea porque el odontólogo detecto una situación fuera de lo normal o el paciente voluntariamente habla de lo sucedido, el niño puede no estar preparado para que alguien ajeno conozca la situación que está viviendo, ya que muchas veces creen que serán juzgados o culpabilizados.

Teniendo en cuenta la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 es importante que el odontólogo sea prudente y tenga una reacción adecuada que permita al menor sentirse apoyado, ya que esto ayudará a que el niño, niña o adolescente se sienta en protegido y pueda revelar información que puede servir posteriormente para ayudarlo. Por lo cual, se debe mantener la calma, no reaccionar de una manera que pudiera generar un escándalo, repulsión o indignación, tratar al menor con respeto y dignidad, evitando gestos o expresiones, permitir al niño desahogarse y expresar lo que siente, escuchar atentamente y procurar no corregir o poner en duda su relato, después de esto es importante hacer sentir bien al menor destacando que ha sido valiente en contando lo sucedido. <sup>(58)</sup>

Existen fases establecidas ante la detección de un caso: <sup>(5)</sup>

- Detección y notificación.
- Investigación.
- Evaluación.
- Toma de decisiones y planificación de la intervención.
- Intervención.
- Seguimiento.
- Cierre del caso.

El cirujano dentista tiene lugar en la primera fase detectando y notificando a las autoridades competentes para que ellas realicen las acciones pertinentes.

Ahora bien, habiendo realizado una correcta historia clínica y recabando evidencias como relatos del menor, fotografías y/o radiografías y teniendo un diagnóstico claro, se debe evaluar la situación de violencia éticamente, y valorar que acciones tomar, en la actualidad no existe un protocolo a realizar ante un caso de maltrato infantil en la consulta odontológica, pero podemos guiarnos por lo que nos marca la NOM 046, por lo cual se proponen los siguientes posibles pasos a seguir.

Cuando no se tiene certeza si el niño, niña o adolescente está sufriendo de malos tratos o bien las zonas corporales a revisar no son visibles el odontólogo no puede hacer un examen clínico descubriendo el torso, zonas íntimas, ni extremidades inferiores, por lo cual se debe realizar una interconsulta con un médico explicando la situación para obtener un diagnóstico más preciso.

Evaluando la situación es necesario decidir qué acción debe tomarse debido al grado de severidad en la violencia que se está ejerciendo sobre el menor y el grado de riesgo que este tiene de seguir sufriendo malos tratos, si bien cualquier tipo de violencia es negativa, hay algunas acciones a tomar cuando el riesgo es bajo en las que es posible formar un diálogo con los padres o responsable para hacer notar la falla que se está cometiendo, creando un compromiso a corto plazo, procurando citar al paciente a consulta frecuentemente para dar seguimiento a esto, por ejemplo en un caso de negligencia dental, esto siempre con sutileza, pero



marcando que pudiera llegar a ser un delito si continúa la situación, ya que no se debe perder de vista que la persona podría ser el causante de violencia, se debe explicar el motivo y la necesidad de conocer lo ocurrido, no debe existir confrontación, ni acusar directamente, evitar que el adulto responsable culpe a alguien más, incluso al equipo de trabajo del consultorio.

Como alternativa ante casos no urgentes, donde la vida del menor no corra riesgo podemos canalizar el caso ante el DIF ya que es una institución cuya naturaleza jurídica tienen la facultad para representar a los menores y ayudarlos a restablecer sus derechos, al tomar el caso investigan, inician los trámites ante la autoridad judicial y el seguimiento de los trámites necesarios en representación del menor hasta su conclusión.

La NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005 <sup>(58)</sup> en su apéndice 6.5.3. “Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público.”

Mientras que si estamos ante un caso grave de maltrato en el cual corre riesgo la integridad del menor de edad, se deben tomar acciones como llamar al número de emergencia 911 para dar aviso, ellos podrán enviar una patrulla y realizar el traslado al Ministerio Público donde se realizará la denuncia.

Con base en las leyes antes mencionadas, los odontólogos ante el reconocimiento de un caso de maltrato infantil tienen la obligación de denunciar a las autoridades competentes, ya que al identificar esta situación se debe priorizar el bienestar del niño, niña o adolescente.

Este se realizará cuando exista cualquiera de las siguientes situaciones:

(<sup>59</sup>)

- Si existe indicador de abuso sexual
- Cuando se confirme alguna Infección de transmisión sexual.
- Cualquier signo o lesión y la información proporcionada por el niño o el cuidador no corresponda a la situación.
- Ante la presencia de abandono grave, esto se puede detectar con base a la experiencia o el menor lo manifieste.

Según la NOM mencionada, se estipula en su apéndice 5.10. que:” Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato establecido de esta Norma, para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar”.(<sup>58</sup>)

El documento debe ser presentado ante el Ministerio Público (procuraduría de la defensa del menor), y debe de quedar una copia para el expediente clínico de nuestro paciente.

En la Ciudad de México se puede realizar la denuncia ante el Ministerio Público como se marca en la normal o bien en el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la familia y Dirección Ejecutiva de la Defensoría de los Derechos de la infancia (DIF) ubicado en Prol. Xochicalco 1000 Edif. B Col. Santa Cruz Atoyac, Del. Benito Juárez, C.P. 03310, teléfono: 5604-0127 extensión 6000, con un horario de atención de lunes a viernes 9 a 15 horas., o bien se puede realizar por otra vía telefónica al (55) 3003 2200 en las extensiones 4424, 4425 o 4426 proporcionando los datos necesarios como datos de identificación, breve relato y denuncia, con servicio de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas. Realizado esto se debe mantener el seguimiento del caso.<sup>60</sup>



Figura. 23. Protocolo ante el maltrato infantil en el consultorio dental. (61)

## **5.Conclusiones**

El maltrato infantil es un problema médico social de gran importancia en México, el cual pese a su gravedad ha sido minimizado y normalizado.

Muchas veces los pacientes que llegan a nuestro consultorio están siendo víctimas de algún delito contra su persona y por su condición de vulnerabilidad no son capaces de luchar por su bienestar o simplemente son tan pequeños que desconocen que la situación que están atravesando sea mala, por lo cual, como profesionales de la salud se tiene la responsabilidad de conocer el tema, los tipos de maltrato, los factores que ponen en riesgo a los niños, niñas y adolescentes, estar muy alertas para poder detectar, pero aún más importante no ser indiferente y hacer caso omiso de una situación que pudiera poner en riesgo la vida de nuestro paciente.

Es necesario hacer una historia clínica completa recabar datos e información relevantes en la cual podamos conocer el entorno general de nuestro paciente, de su familia, así como realizar una exploración clínica intra y extraoral.

Las lesiones sin explicación creíble son signos que deben hacer sospechar al odontólogo de algún tipo de maltrato.

Conocer los derechos de los niños, así como respetarlos y hacerlos valer.

El cirujano dentista debe conocer las leyes establecidas por el Estado Mexicano para saber cómo debe dirigirse y actuar tanto social como profesionalmente.

Es importante tener un protocolo a seguir durante la consulta dental y bajo qué circunstancias es necesario notificar a las instituciones competentes y

bajo cuales existen otras alternativas, siempre anteponiendo el bienestar del niño, niña y adolescente.

Ante el conocimiento de esta información considero que como principio ético o moral debo manifestar bajo protesta en mi carácter de Cirujano Dentista denunciar ante las autoridades competentes y o tomar las medidas pertinentes necesarias para salvaguardar la integridad de la salud mis pacientes menores de edad ante el evidente y notorio maltrato del que pudiera estar siendo objeto por parte de sus padres, tutores y/o de cualquier otra persona.

---

<sup>1</sup> Del Bosque Garza Jesús. IV. Historia de la agresión a los niños. Gac Méd Méx. [Internet]. 2003 [consultado 9 febrero 2021]; 139 (4): 368-371.

<sup>2</sup> Francia Reyes María Elena. Maltrato infantil un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integr.[Internet]. 2003 [consultado 9 febrero 2021]; 19 (1).

<sup>3</sup> De Bonis María Cristina. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales, actuales en nuestro país. Revista Nuestro Hospital. [Internet].1996 [consultado 9 febrero 2021]; 2 (2): 1-8Pp.

<sup>4</sup> Santana-Tavira R et al. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex. [Internet]. 1998 [consultado 9 febrero 2021];40 (1): 1-8 Pp

<sup>5</sup> Morante Sánchez et al. El odontólogo frente al maltrato infantil". Rev. Estomatol. Herediana. [Internet]. 2009 [consultado 9 febrero 2021]; 19 (1): 50-54.

<sup>6</sup> Loredo Abdalá A et al. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2005 [consultado 10 febrero 2021]; 26 (3): 137-140.

<sup>7</sup> Instituto de la Salud Pública. Maltrato infantil un problema mundial. CESOP. [Internet]. 2005[consultado 10 febrero 2021]; 40 (1): 3-4.

<sup>8</sup> Pinheiro PS. INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS Y NIÑAS. [Internet]. Geneva: UNICEF; 2006. [consultado 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://uni.cf/3fFWFW>.

<sup>9</sup> Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad. med. Forense. [Internet]. 2010 [consultado 11 febrero 2021]; 16(1-2): 53-63.

---

<sup>10</sup> Pérez Cabrera Carmen Laura et al. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. Rev Hum Med.[Internet]. 2017 [consultado 11 febrero 2021]; 17(2): 415-435.

<sup>11</sup> Requena Mendoza Alejandra et al. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2014 [consultado 11 febrero 2021]; 8(1): 167-173 Pp.

<sup>12</sup> Peraza Gutiérrez Lissette. El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. MEDICIEGO. [Internet 12 febrero 2021]. 2016 [consultado]; 22 (4): 60-70 Pp.

<sup>13</sup> Ministerio de Salud de Chile. GUÍA CLÍNICA: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Chile: UNICEF; 2013. [consultado 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://uni.cf/3nY1vy7>.

<sup>14</sup> Butchart Alexander et al. Prevención de Maltrato Infantil Que hacer, y cómo obtener evidencias. [Internet]. 1era edición. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009. [Consultado 17 febrero 2021].

<sup>15</sup> Pita Fernández S. et al. Determinación de factores de riesgo. Cad Aten Primaria. [Internet].1997 [consultado 17 febrero 2021]; 4: 75-78.

<sup>16</sup> Villatorio Velázquez Jorge A. et al. Contexto actual del maltrato infantil. En: Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados, editor. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? [Internet]. México: INMUJERES E INPRFM; 2006. Capítulo 1. Contexto actual del maltrato infantil [consultado 17 febrero 2021];13-36.

---

<sup>17</sup> Perea Martínez Arturo et al. Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2007 [consultado 17 febrero 2021]; 28 (5): 193-197.

<sup>18</sup> Laura Carolina Alarcón Forero. Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. Med UNAB. [Internet]. 2010 [consultado 18 febrero 2021]; 13 (2): 103-111.

<sup>19</sup> Álvarez Gutiérrez Martín G. PANORAMA ESTADÍSTICO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO. [Internet]. 1era edición. México: UNICEF; 2019 [consultado 4 marzo 2021]. Disponible en: <https://uni.cf/3q3qtOv>.

<sup>20</sup> UNICEF. Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19. [Internet]. México: CEPAL; Noviembre 2020. [Consultado 4 marzo 2021].

<sup>21</sup> Pérez García Juan Martín , El año de la sindemia y el abandono de la niñez en México. [Internet]. México : REDIM; Agosto 2020. [Consultado 4 marzo 2021].

<sup>22</sup> Bindra Tanya. Protección de la niñez ante la violencia Respuestas durante y después de COVID-19. [Internet]. México: UNICEF; Mayo 2020. [Consultado 5 marzo 2021].

<sup>23</sup> Fore Henrietta. Principales indicadores de infancia se han estancado a nivel mundial producto de la pandemia. [Internet]. México: UNICEF; 15 de Marzo del 2021. [Consultado 18 febrero 2021].

<sup>24</sup> Martínez Pérez Antonia María. Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características



---

y Comorbilidad. [Tesis doctoral en internet]. España: Universidad de Murcia. Facultad de Psicología; 2015 [consultado 19 marzo 2021].

<sup>25</sup> Guerrero Cazares María Felicitas. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hosp Jua Mex. [Internet].2012 [consultado 19 marzo 2021]; 79(1): 43-47.

<sup>26</sup> Velázquez Rodríguez Diana Pamela. Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso. Arch Inv Mat Inf. [Internet].2018 [consultado 19 marzo 2021]; 9(2):70-75 Pp.

<sup>27</sup> Nathanson M. Maltrato infantil y en la adolescencia. [Internet]. Edición 46. España: EMC – Pediatría. Elsevier Masson SAS; 2011 [consultado 19 marzo 2021].

<sup>28</sup> Vicente Manuel C. Detectando el abuso sexual infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet]. 2017 [consultado 20 marzo 2021]; 19 (26): 39-47.

<sup>29</sup> Guerrero Cazares María Felicitas. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hosp Jua Mex. [Internet]. 2012 [consultado 17 febrero 2021]; 79(1): 43-47.

<sup>30</sup> Rodríguez González Mónica. Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2019 [consultado 29 febrero 2021];40(2):85-92.

<sup>31</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

<sup>32</sup> Departamento de Odontopediatría. Historia clínica de odontopediatría. México: Facultad de Odontología, UNAM.

<sup>33</sup> Hirose M, et al. Guía para la Elaboración de la Historia Clínica de Odontopediatría. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2008. pp 1-19.

- 
- <sup>34</sup> Pérez Candás José Ignacio et al. Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. [Internet]. 1era edición. España: Dirección General de Salud Pública; 2006 [consultado 19 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guiamaltratoinfantil.pdf>
- <sup>35</sup> Pau Charles I. et al. Signos cutáneos del maltrato infantil. Actas Dermosifiliogr. [Internet]. 2012 [consultado 19 febrero 2021]; 103 (2). 94-99.
- <sup>36</sup> Pérez Candás JI et al. Formas clínicas del maltrato infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. [Internet]. 2017 [consultado 6 marzo 2021]; 10: 182-92.
- <sup>37</sup> Palacios-López C. Maltrato infantil en México. Dermatol Rev Mex. [Internet 6 marzo 2021]. 2016 [consultado 7 marzo 2021]; 60(4):326-333 Pp.
- <sup>38</sup> Pacheco Santiesteban R.. Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. Ciencias Clínicas. [Internet]. 2013 [consultado 7 marzo 2021]; 14 (2): 51-55.
- <sup>39</sup> Howard Dubowitz y Wendy G. Tratado de Pediatría. [Internet]. Barcelona: Kliegman; 2020. Capítulo 16. Malos tratos y abandono en la infancia. [Consultado 7 marzo 2021]; 98-110 Pp.
- <sup>40</sup> López Palafox Juan et al. Guía práctica de odontología forense. [Internet]. Portugal: Maxillaris; 2001. Capítulo 13. Síndrome del niño maltratado. Estudio de las lesiones por mordedura de origen humano o animal; 54-64 Pp.
- <sup>41</sup> Mariño Míguez Jesús. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. Cad Aten Primaria. [Internet]. 2009 [consultado 8 marzo 7 marzo 2021];.16: 28-36 Pp.

---

<sup>42</sup> Raziel Martagón Luis Cabrera. Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana. [Internet]. 2016 [consultado 9 marzo 2021]; 20 (2): 98-106 Pp.

<sup>43</sup> Naranjo Zaldívar Héctor A. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. Rev. Estudiantil 16 de Abril. [Internet]. 2017 [consultado 9 marzo 2021]; 56 (265): 113-118 Pp.

<sup>44</sup> Doria AM, Navarro MI, La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ Odontol. [Internet]. 2016 [consultado 12 marzo 2021]; 35(74): 1-40.

<sup>45</sup> Susan A. Fisher-Owens. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. PEDIATRICS. [Internet]. 2017 [consultado 23 marzo 2021]; 140 (2): 1-10.

<sup>46</sup> Vineet Dhar. Tratado de pediatría. [Internet]. Barcelona: Kliegman; 2020. Capítulo 340. Traumatismos dentales. [Consultado 13 marzo 2021]; 1922-1923 Pp.

<sup>47</sup> Tello Guerrero Yvette Giannina. CALIDAD DE VIDA Y SU ASOCIACION CON LA NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DENTAL EN PREESCOLARES. Rev Cient Odontol. [Internet].2019 [consultado 16 marzo 2021]; 7 (1): 89-102.

<sup>48</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. [Internet 20 marzo 2021]. Ecuador: UNICEF; 2014. [Consultado 25 de noviembre de 2020].

<sup>49</sup> Tesis Jurisprudencial P; Estados Unidos Mexicanos; Abril de 2014. [Consultado 20 marzo 2021] Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5.

---

<sup>50</sup> LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES; Estados Unidos Mexicanos, Marco Normativo CNDH; 2014. [Consultado el 19 de marzo 2021].

<sup>51</sup> Convención Americana sobre Derechos Humanos; Estados Unidos Mexicanos; 7 de mayo de 1981 [Consultado 20 marzo2021].

<sup>52</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Convención de los derechos del niño. [Internet]. Madrid: UNICEF; 2006. [Consultado 23 marzo 2021].

<sup>53</sup> Artículo 4. Párrafo reformado DOF 06-06-2019. CPEUM [Internet]. 1917 [consultado 23 marzo 2021]; 25p.

<sup>54</sup> LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES; Estados Unidos Mexicanos, Marco Normativo CNDH; 2014. [Consultado el 19 de marzo 2021].

<sup>55</sup> Artículo 325. Última reforma publicada DOF 19-02-2021 CÓDIGO PENAL FEDERAL [Internet] 1931. [Consultado 20 marzo 2021].

<sup>56</sup> Artículo 323. CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL [Internet] 1928. [Consultado 20 marzo].

<sup>57</sup> Ortega Hachity et al. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odontología Pediátrica: Caso Puebla. [Internet 28 marzo 2021]. 2014 [consultado]; 26 (2): 51-59.

<sup>58</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES. CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN. CNDH. [Internet]. 2009 [consultado 27 marzo 2021]; 1-19 Pp.

---

<sup>59</sup> Marchetti Lamagni Raquel. Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. [internet]. 1era edición. México: Personal Operativo de Salud. 2006. [Consultado 25 marzo 2021].

<sup>60</sup> Poder Judicial Ciudad de México ¿DÓNDE HACER UNA DENUNCIA POR MALTRATO INFANTIL? [Internet] México: PJCDMX; 2021 [Consultado 25 marzo 2021].

<sup>61</sup> Lozano Fernanda et al. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 1era edición. Uruguay: UNICEF; 2019 [Consultado 25 marzo 2021].