



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES PREDISPONENTES AL MALTRATO
INFANTIL Y SU INFERENCIA EN
ODONTOPEDIATRÍA.

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:

LILIANA PONCE JUÁREZ

TUTORA: Mtra. PATRICIA DÍAZ COPPE V_{o.}B_{o.}

Patricia Díaz Coppe.

MÉXICO, Cd. Mx.

2022



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.

A mi abuelito Goyo, por haberme enseñado perseverancia, fuerza y amor. Un abrazo hasta el cielo, la promesa sigue intacta y no te defraudaré, espero y estés orgulloso de mí.

A mi mamá, porque gracias a ti soy todo lo que soy. Eres un pilar importante en mi vida. Siempre te estaré agradecida por todo tu amor incondicional Te amo mucho, este logro es de las dos.

A mi papá por apoyarme en todo lo que he necesitado, por estar incondicionalmente para mí. Este logro lo comparto contigo con toda la emoción como la que ambos sentimos cuando entré a esta carrera. Te amo mucho.

A mis abuelitas Lilia y mamá Gela, por su apoyo y amor puro que me han entregado. Sin ustedes no estaría aquí.

A mis tíos y primos que me han apoyado, desde ser mis primeros pacientes, motivarme y por palabras de aliento.

A mis amigos... sin ustedes, este pasaje hubiera sido tedioso y aburrido. Gracias por todos los momentos de risas, desveladas juntos, fiestas, ser mis pacientes y aventuras. Estoy segura de que volaremos lejos, porque cada uno de nosotros tenemos muchas cualidades que compartir, los quiero ver triunfar, chicos.

A la Esp. Fabiola Lizette Durán Foster, por ser mi mentora y confiar en mí desde el día uno. Le agradezco todas las enseñanzas que me ha brindado. Alexis y Ceci, gracias por acompañarme.

A la Mtra. Patricia Díaz Coppe, por su paciencia, disposición y amor por la enseñanza. abrió mi panorama al mundo de la odontología (y algo más).

A mi alma máter la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme un espacio, experiencia y amistades a lo largo de mi estadía.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. ANTECEDENTES	7
2. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL	10
2.1 DEFINICIÓN	10
2.2 EPIDEMIOLOGÍA	10
3. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y SU DIAGNÓSTICO EN ODONTOPEDIATRÍA	13
3.1 MALTRATO FÍSICO	14
3.1.1 LESIONES ORALES GENERALES ASOCIADAS A MALTRATO FÍSICO	15
3.1.2 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	17
3.1.3 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A NEGLIGENCIA.....	18
3.1.4 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER.....	20
3.1.5 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS AL MALTRATO PSICOLÓGICO.....	22
3.2 MALTRATO PSICOLÓGICO	23
3.2.1 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO FÍSICO	24
3.2.2 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	26
3.2.3 SECUELAS PSICOLÓGICAS DE NEGLIGENCIA.....	27
3.2.4 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER.....	28

4. FACTORES PREDISPONENTES	29
4.1 FACTORES PREDISPONENTES DE MALTRATO INFANTIL RELACIONADOS CON LOS NIÑOS.....	30
4.1.1 HIJO CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	30
4.1.2 HIJO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	33
4.1.3 HIJO CON ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	34
4.1.4 HIJO NO DESEADO	35
4.2 FACTORES PREDISPONENTES DE MALTRATO INFANTIL RELACIONADOS CON LOS PADRES Y CUIDADORES.....	36
4.2.1 EMBARAZO NO DESEADO	38
4.2.2 PADRES CON TRASTORNO MENTAL.....	39
4.2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE MALTRATO INFANTIL	40
4.2.4 PADRES NO BIOLÓGICOS.....	41
4.2.5 ADICCIÓN A LAS DROGAS	42
4.3 FACTORES CIRCUNSTANCIALES	43
4.3.1 BAJA ESCOLARIDAD.....	43
4.3.3 MIGRACIONES.....	44
4.3.4 DISCRIMINACIÓN	45
4.3.5 DELINCUENCIA.....	46
4.3.6 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD (ENCARCELAMIENTO).....	48
 5. REGISTRO DE FACTORES PREDISPONENTES Y LESIONES ORALES ASOCIADAS AL MALTRATO INFANTIL	 49
5.1 HISTORIA CLÍNICA	50
5.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	56

6. INTERVENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL.....	59
6.1 ASPECTOS LEGALES	60
CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	75

INTRODUCCIÓN

La infancia es una etapa trascendental en la vida del ser humano, donde desarrolla habilidades intelectuales, físicas y emocionales para enfrentar la vida adulta; el maltrato infantil conlleva secuelas físicas y emocionales a lo largo de la vida, el cual no tiene distinción social y posición económica.

La violencia se caracteriza por tener carácter cíclico e intensidad creciente, el ciclo de violencia infantil es inconstante; el niño maltratado desde su seno familiar, lo hace vulnerable a la violencia en otros ambientes, las manifestaciones de maltrato infantil pueden ser físicas o psicológicas teniendo secuelas concomitantes.

Como Cirujanos Dentistas es importante saber reconocer e identificar los factores predisponentes de maltrato dentro del consultorio y saber cuáles son los canales para intervenir, buscando siempre el bienestar integral del niño.

Los padres que ejercen violencia a sus hijos suelen ser cautelosos para ocultar las lesiones físicas, sin embargo, éstas cuando se presentan en cabeza y cuello son siempre evidentes; no siendo tan cautelosos en las lesiones orales características de la negligencia.

El presente trabajo tiene como objetivo familiarizarnos con el concepto de maltrato infantil para poder identificar las lesiones, tipos de maltrato, factores predisponentes circunstanciales y los relacionados con: los niños, padres y cuidadores.

1. ANTECEDENTES

El maltrato infantil es considerado un resultado natural de la agresividad humana, ha existido desde tiempos remotos hasta nuestros días. La idealización de la “infancia feliz”, no ha permitido poner el interés suficiente al estudiar el trasfondo del maltrato infantil a lo largo de los años.

En la antigüedad (4000 a.C. al siglo V), no existía el concepto de maltrato infantil, las medidas disciplinarias eran severas y muy comunes; en la antigua Grecia, Aristóteles (400 a.C) consideraba a los niños como una propiedad, justificando que cualquier acción que se le realizara estaría correcta; ya que no los respetaban como seres individuales. También podían ser víctimas de infanticidio por nacer con defectos congénitos o ilegitimidad. ¹ (Figura 1)



Figura 1. Pederastia en la antigua Grecia. ²

En la Edad Media (siglos V a XV), los castigos físicos eran muy comunes. Petrarca y Pestalozzi maestros humanistas lo aprobaban; en el siglo XIII, existía una Ley que mencionaba “si se azota a un niño hasta hacerle sangrar, el niño lo recordará, pero si se le azota hasta causarle la muerte, se aplicará la Ley”. ¹

En el Renacimiento (siglos XV a XVI), se aconsejaba moderar los castigos físicos. Se utilizaba el proverbio “quien no usa la vara, odia a su hijo” en el siglo XV. De igual manera, tenían la creencia que los niños tenían una tendencia natural en convertirse en seres totalmente malvados, por ende, se les ataba con fajas apretadas. ¹ (Figura 2)



Figura 2. Niño amarrado en el renacimiento. ³

El maltrato infantil fue descrito por primera vez en 1868 por el patólogo Ambrosio Tardieu, pero solo hasta el siglo pasado el papel del odontólogo se tornó relevante para diagnosticar el síndrome. ⁴

En 1874 se reportó y documentó el caso de Mary Ellen McCormack por maltrato infantil, el cual fue enviado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad de los Animales en Nueva York, que intercedió a su favor. ^{5,6} (Figura 3)



Figura 3. Mary Ellen McCormack. ⁶

Posterior a este hecho, el 27 de abril de 1875 se fundó la Sociedad Americana de Prevención de Crueldad a los Niños con sede en Nueva York, la cual tenía como propósito: “rescatar a los niños pequeños de la crueldad y desmoralización que engendran el descuido, el abandono y el trato indebido”.^{5,6} (Figura 4)



Figura 4. Sede en Nueva York para la Prevención de la Crueldad contra los Niños.⁶

Según del Bosque-Garza J, en el siglo XX los movimientos revolucionarios, cambiaron paulatinamente la dinámica familiar, la inclusión del varón a la crianza minimizaron la violencia, aún existente en muchos casos.¹ (Figura 5)



Figura 5. Inclusión del varón en la crianza.⁷

El confinamiento por COVID-19 provocó en las relaciones sociales tuvieron un vuelco significativo teniendo consecuencia directa un estado de emergencia infantil: la prevalencia de maltrato infantil ascendió; se estima que en el año 2020 un poco más de la mitad de la población infantil fueron sometidos a algún tipo de violencia.⁸

2. GENERALIDADES DEL MALTRATO INFANTIL

Es un comportamiento fuera de las normas morales y de conducta e implica riesgo invariable que causa daño físico o emocional a un niño, se reconocen 4 tipos de maltrato: físico, psicológico, sexual y negligencia. El diagnóstico se basa en los antecedentes, examen físico, pruebas de laboratorio, diagnóstico radiográfico y fotográfico. ⁹

2.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define “como los abusos y desatenciones de las cuales son objeto los menores de 18 años...”, e incluye los cuatro tipos mencionados anteriormente. ⁹

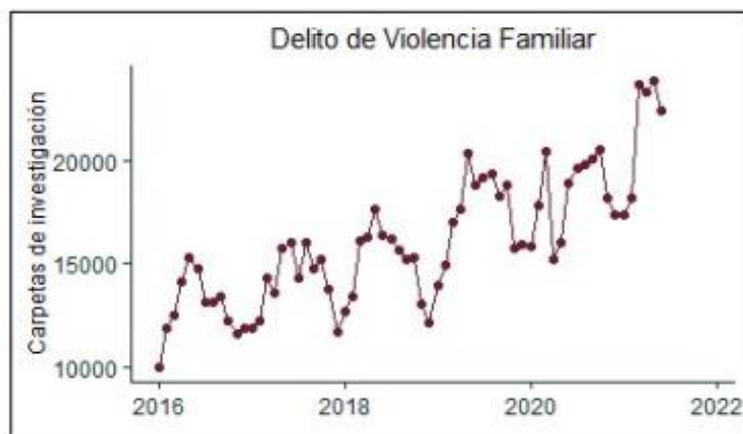
Los niños se encuentran susceptibles sufrir o reproducir un acto de violencia en estar en un entorno constante en cualquier lugar, incluyendo las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Culturalmente, se han normalizado costumbres consideradas aceptables pero abusivas o negligentes. ¹⁰

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La UNICEF señalan la existencia de tres tipos de regularidades. La primera menciona que cualquier niño maltratado en el hogar, también será proclive a ser maltratado en otro entorno (escuela, instituciones, etc.), pues están expuestos a combinaciones de agresiones normalizadas por ellos mismos. La segunda señala que el ser víctima de cualquier tipo de agresión, hace susceptible a la revictimización. Por último, la tercera menciona en que la violencia ocurre en ciertos tiempos y lugares. ¹⁰

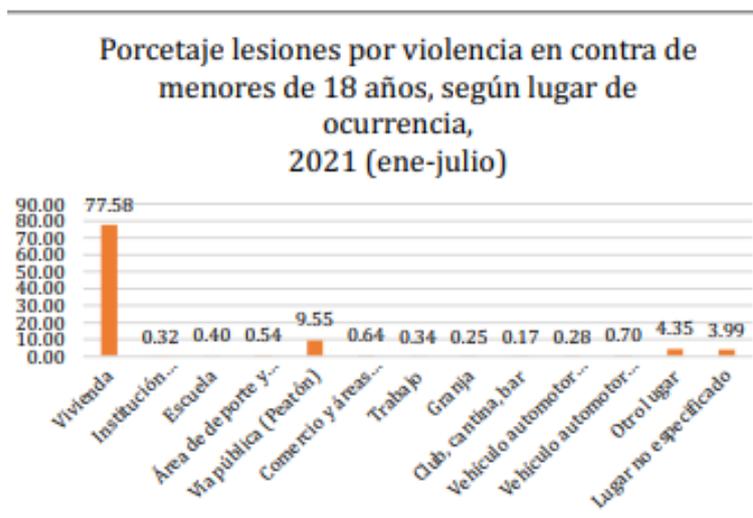
En México, la pandemia por COVID-19, en 2021 hubo un incremento significativo de violencia familiar teniendo picos históricos en junio. Durante el primer semestre tuvo un aumento del 24% con respecto al mismo periodo

del año pasado, se registraron 129,020 carpetas de investigación de violencia familiar. ¹¹ (Gráfica 1)



Gráfica 1. Carpetas de investigación de violencia familiar. ¹¹

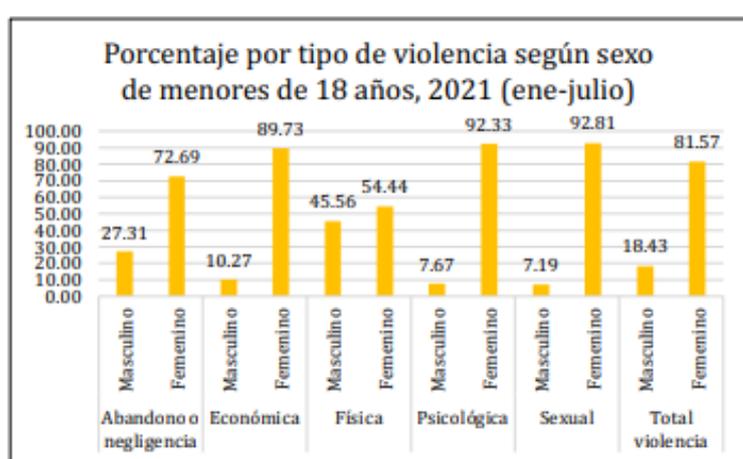
En 2020, el 75.78% de las lesiones a menores de 18 años ocurrieron en el hogar, de los cuales, el 73.29% de estos casos fueron perpetrados por una persona con parentesco a la víctima. El 81% de las víctimas fueron niñas y mujeres adolescentes. ¹¹ (Gráfica 2)



Gráfica 2. Porcentaje lesiones por violencia en contra de menores de 18 años, según su lugar de ocurrencia, 2021. ¹¹

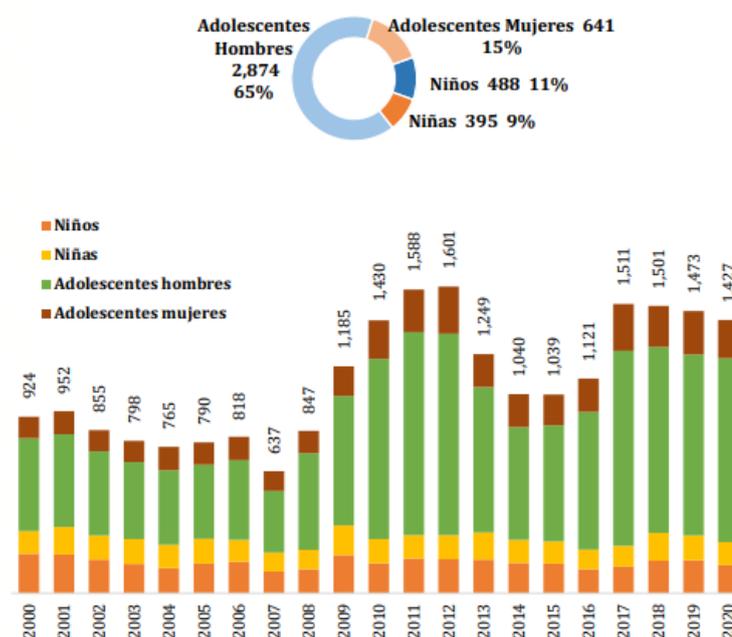
En el primer semestre del 2021 los tipos de violencia más frecuente fue la psicológica (37.85%), seguido de violencia sexual (29.69%), física

(26.33%), negligencia (4.51%) y económica (1.63%). La población más afectada fueron las niñas y adolescentes con un 92.81%. ¹¹ (Gráfica 3)



Gráfica 3. Tipos de violencia ejercidos a menores de 18 años, 2021. ¹¹

En 2020 se registraron 1,420 homicidios de niños y adolescentes, siendo la primera causa de defunción en adolescentes hombres (961) de entre 15 a 17 años, la tercera (146) y la sexta (120) causa en niños y niñas respectivamente entre 1 a 14 años. ¹¹ (Gráfica 4)



Gráfica 4. Homicidios de niños y adolescentes. ¹¹

3. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y SU DIAGNÓSTICO EN ODONTOPEDIATRÍA

Es importante que el Cirujano Dentista esté atento y conozca los signos y síntomas de maltrato y negligencia infantil, también del cómo actuar ante esta situación. Diversas lesiones en diferentes etapas de la curación o una diferencia en la historia clínica deben despertar sospechas, siendo el principal objetivo evitar que el niño sufra más lesiones.

El papel del Cirujano Dentista puede ser primordial en la detección de evidencia de abuso infantil, documentar dicha evidencia y reportar los hallazgos al personal médico y de servicios sociales apropiado, mediante el examen intraoral y perioral cuidadoso y completo. ⁵

El tener en cuenta que la presencia de uno a más tipos de maltrato aparece en distintas etapas del desarrollo del niño permite identificar con más facilidad características particulares como el agresor, género, frecuencia, daños, entre otros; las distintas manifestaciones de violencia incrementan o varían de acuerdo con la edad del niño, aunque no siempre es regla y no son excluyentes a otros tipos. ¹⁰ (Tabla 1)

0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	> 18 años
Descuidos y castigos corporales			
	Hostigamiento, intimidación, acoso		
		Violencia sexual	
			Daño o robo de pertenencias
		Matrimonio infantil	
			Suicidio
			Homicidio

Tabla 1. Tipos de violencia infantil en México de acuerdo con la edad. ¹⁰

El maltrato infantil se caracteriza por la violencia y presenta características clínicas, físicas y psicológicas, éstas englobadas en subtipos específicos: abuso sexual, negligencia, Síndrome de Münchhausen. ¹² (Figura 6)

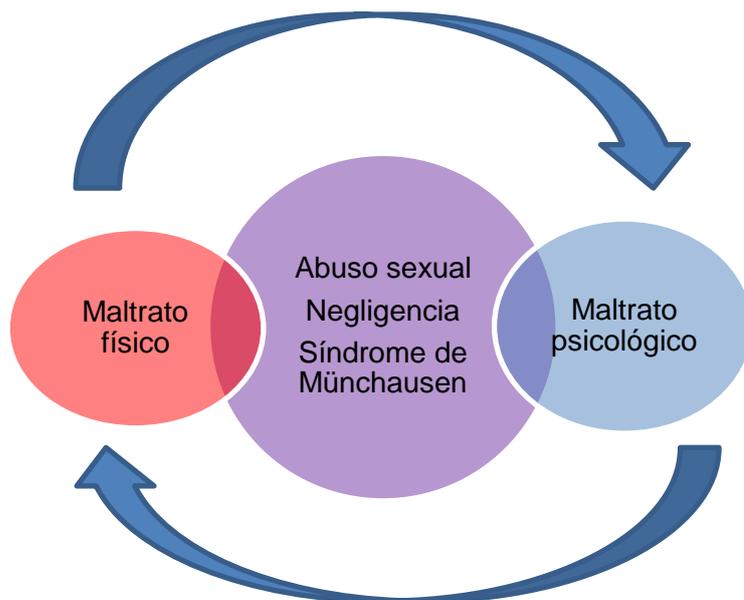


Figura 6. Tipos de maltrato infantil y sus relaciones con los subtipos. ¹²

3.1 MALTRATO FÍSICO

El maltrato físico es cualquier uso de la fuerza mortal y no mortal en contra de cualquier ser humano, debido a una acción no accidental por una persona mayor que coloca en grave riesgo al agredido; manifestándose con castigos corporales, tratos o penas crueles, inhumanos, degradantes, intimidación física y torturas. ^{5, 10}

Es difícil distinguir el maltrato físico del castigo físico “razonable” que realizan algunos padres con la concepción de que esta es la manera de enseñar a sus hijos. Cuando el castigo provoque: equimosis o excoriaciones, requiera atención médica y odontológica, emplee instrumentos romos, se aplique en zonas del cuerpo que no sean las nalgas, manos o piernas, que se aplique a un niño antes de que haya aprendido a caminar, etc, debe ser investigado por tratarse de maltrato físico más que castigo físico razonable. ⁴

3.1.1 LESIONES ORALES GENERALES ASOCIADAS A MALTRATO FÍSICO

En general el 50 a 60% de las lesiones son encontradas en la región de cabeza y cuello, de las cuáles más de la mitad son ocasionadas por maltrato infantil. A pesar de ello, éstas se observan en un 12 a 31% de los casos y las lesiones intraorales se observan en un 2 a 12%, por lo que pueden llegar a pasar desapercibidos. ^{5, 13} (Figura 7)



Figura 7. Trauma dentoalveolar. ¹⁴

Las lesiones infligidas orofaciales requieren de una exploración cuidadosa, el sitio anatómico como labios, mucosa oral, dientes, encías, lengua y articulación temporomandibular pueden sugerir la frecuencia y objetos utilizados. (Tabla 2)

- Lesiones en labios, paladar, mucosa y piso de boca: Laceraciones, hematomas y quemaduras indicadores de trauma repetitivo por instrumentos, dedos, dientes del agresor o del propio niño, cigarrillos, alimentación forzada, ligaduras.
- Lesiones en la lengua: Hematomas, laceraciones, ablaciones totales o parciales causadas con la mano o algún instrumento punzocortante.
- Lesiones en el frenillo: Desgarramientos, indicadores de un golpe en un intento de silenciar a un niño que grita. ⁴

- Dientes: Caries dental y trauma dentoalveolar, indicadores de negligencia y contusiones respectivamente.
- Articulación temporomandibular: Luxaciones, subluxaciones que pueden derivar a maloclusiones y fracturas óseas. ⁴

Lesión	Causa aparente
Hematomas y laceraciones.	Trauma directo, contusiones, alimentación forzada.
Quemaduras.	Alimentación forzada con alimentos a temperaturas extremas, cigarrillos.
Cicatrices en comisura labial.	Silenciar al niño con ligaduras.
Traummas dentoalveolares.	Trauma directo.
Necrosis pulpar.	Traummas constantes.
Mordeduras autoinfligidas.	Tensión emocional al maltrato físico.
Úlceras persistentes.	Infligidas para tener atención sanitaria.
Lesiones faríngeas.	Infligidas para tener atención sanitaria.
Ablaciones totales o parciales de la lengua.	Infligidas con objetos punzocortantes.
Luxación y subluxación de articulación temporomandibular.	Traumatisms repetitivos sugestivos a maltrato infantil.
Fracturas óseas.	Traumatisms repetitivos sugestivos a maltrato infantil.
Lesiones patrones.	Marcas en el cuerpo con objetos como bastones, correas o cinturones.

Tabla 2. Lesiones orales de sospecha de maltrato físico. ^{4, 13}

Es importante considerar que ninguna lesión oral es patognomónica de maltrato físico, ya que las lesiones de manera accidental son frecuentes en la infancia. Se debe considerar la naturaleza de la lesión, la edad del niño, periodos de cicatrización y relato del presunto agresor. ¹³

3.1.2 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso o agresión sexual es cualquier contacto sexual no deseado, forzado o por presión a un menor. Según el Consejo de Europa, uno de cada cinco niños es víctima de abusos sexuales, pudiendo llevarse a cabo entre un adulto a un niño, niño mayor o adolescente a niño menor.

El abuso sexual infantil es más frecuente en niñas que en niños. Desafortunadamente los abusadores suelen ser alguien conocido o formar parte del entorno del menor. ^{10, 15}

La cavidad oral es un sitio frecuente de este tipo de abuso, sin embargo, las lesiones son poco frecuentes y difíciles de detectar; las únicas lesiones orales patognomónicas de abuso sexual son infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*.

La infección oral por *Neisseria gonorrhoeae* es frecuente en adolescentes en tasas de hasta un 12%; se manifiesta como úlceras múltiples acompañadas de una mucosa oral eritematosa con una pseudomembrana blanca; los signos más frecuentes son la faringitis, amigdalitis, gingivitis, estomatitis o glositis; asintomática, pero a veces causa picazón, ardor y dolor. ¹³ (Figura 8)



Figura 8. Amigdalitis causada por *Neisseria gonorrhoeae*. ¹⁶

La infección oral por *Treponema pallidum* es rara, manifestada como una úlcera asintomática e indurada con bordes sobreelevados que dura

entre 3-6 semanas. Localizada en las amígdalas, faringe con adenopatías ipsilaterales. ¹³ (Figura 9)



Figura 9. Sífilis adquirida en amígdalas. ¹⁷

Otras lesiones sugerentes de abuso sexual, pero no son patognomónicas:

- Infección por virus del papiloma humano (tipos: 6, 11, 16 y 18).
- Infección por virus del herpes simple (tipos 1 y 2).
- Petequias, eritema y/o erosiones en región intraoral. (Figura 10)
- Mordeduras dentro de la boca causadas por sus dientes.
- Mordeduras de adulto con equimosis. ¹³



Figura 10. Petequias en el paladar por abuso sexual. ⁴

3.1.3 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A NEGLIGENCIA

La negligencia es la falta de cuidado de una persona, con la falla en la cobertura de las necesidades físicas o psicológicas de niños y

adolescentes, así como en la protección contra los peligros o en el abastecimiento de servicios cuando está a cargo del menor. ¹⁰

Es común en familias de bajo nivel socioeconómico donde puede existir la ignorancia por parte de los padres o tutores sobre las necesidades de sus hijos; sin embargo, pueden tener medios y conocimientos y aun así deciden no hacerlo. El niño suele presentar problemas asociados a la higiene personal deficiente, desnutrición, seguridad (falta de vigilancia, antecedentes de accidentes prevenibles, exposición a adicciones), atención primaria (revisiones, vacunación) y educación. ^{10, 13}

La negligencia dental es la acción deliberada de no seguir el tratamiento dental del niño para garantizar un nivel de salud oral óptimo sin dolor e infecciones.

Los signos y síntomas que pueden sugerir negligencia en la salud oral son: (Figura 11)

- Caries en número abundantes no tratadas.
- Ausencias dentales.
- Flemones o abscesos repetidos.
- Granulomas o enfermedad periodontal.
- Pérdida de color normal de los dientes.
- Índice de placa dentobacteriana (O'Leary) alto. ¹³



Figura 11. Caries severa de la infancia temprana. ¹⁸

En 2021, TioI Carrillo mencionó la importancia de considerar el nivel socioeconómico y conocimientos de los padres o tutores ante la

importancia de la salud oral del niño; la existencia de ideas erróneas como el argumentar que los dientes están dañados por ingesta de ciertos fármacos, complicaciones en el embarazo o que los dientes temporales no son importantes ya que “son de leche y se van a caer”, son comunes.¹⁹

De igual modo, considerar los hábitos de salud adquiridos (dieta) y padecimientos similares (caries, enfermedad periodontal) de los padres que influyan en la salud oral del niño. Los factores que pueden determinar un diagnóstico de negligencia dental son:^{13, 19}

- Niño que haya sufrido daño (dolor, infección, entre otras) o con alto riesgo a su a sufrir por falta de atención odontológica.
- Padres o tutores entendidos de la información dada por el profesional acerca de la patología del niño y tienen acceso a la atención odontológica oportuna.
- Padres o tutores entendidos de los beneficios del tratamiento sobre su padecimiento.
- Falta de seguimiento por parte de los padres.¹³

3.1.4 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS A SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER

El término Síndrome de Münchausen fue introducido en 1977 por Roy Meadow que lo describe, referido a adultos, como “pacientes que presentan unas historias clínicas espectaculares, llenas de mentiras e invenciones, en un presumible intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica”, otorgándole el nombre del barón von Munchausen, alemán del siglo XVI que relataba extraordinarias historias sobre sus hazañas como soldado y deportista.^{20, 21}

El síndrome de Münchhausen por poder es una modalidad del trastorno mental del mismo nombre, el cual ocurre cuando una persona induce de manera repetitiva síntomas o enfermedades a otra que se encuentre bajo su cuidado.

Las agresoras son mayoritariamente las madres, las cuales buscan estar cerca con el personal sanitario para recibir simpatía, solidaridad y compasión, este síndrome se puede clasificar en:

- Leve: la madre lleva al niño asintomático al médico inventando síntomas.
- Moderado: el cual la madre induce síntomas leves, sin poner en riesgo la vida del niño.
- Grave: el cual la madre induce síntomas graves poniendo en riesgo la vida del niño.²⁰ (Figura 12)

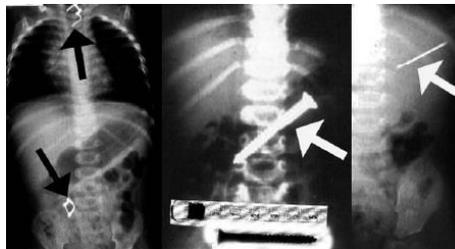


Figura 12. Cuadro de Síndrome de Münchhausen por poder por ingestión de objetos extraños.²¹

Las lesiones orales asociadas con este síndrome son provocadas por el consumo forzado de sedantes, sustancias tóxicas u objetos extraños o por oclusión de vías respiratorias, con el objetivo de causar síntomas de patologías locales o sistémicas; presentan historial de hermanos con patologías similares e inclusive fallecimientos.

Las estructuras orales más afectadas son: mucosa orofaríngea, encías, lengua, paladar y labios.^{20, 21} (Tabla 3)

Causa	Lesiones y síntomas comunes
Ingestión forzada de sustancias tóxicas u objetos forzados.	Mucositis, descamación, sangrado, gingivitis erosiones, edema, coloración púrpura, disfagia, sialorrea, hematemesis.
Sofocación manual.	Petequias, equimosis, desinserción de frenillo.

Tabla 3. Lesiones orales provocadas por Síndrome Münchhausen por poder más comunes. ²⁰

3.1.5 LESIONES FÍSICAS ASOCIADAS AL MALTRATO PSICOLÓGICO

Un niño con maltrato psicológico puede presentar hábitos parafuncionales (succión digital, mordedura de labio, onicofagia, bruxismo, tricotilomanía, dermatilomanía, etc.) acciones con trasfondo emocional por proporcionar placer y seguridad.

La atención integral de la corrección de hábitos es primordial, incluyendo la salud mental del niño. ²² (Figura 13)



Figura 13. Niño con hábito de succión digital. ²³

3.2 MALTRATO PSICOLÓGICO

El maltrato infantil es naturalmente una conducta psicológica abusiva que manda un mensaje de rechazo y altera el concepto del “yo” en un niño; derivando en un aplanamiento emocional, limitaciones para experimentar placer, estado de alerta constante, baja autoestima, dificultad de hacer vínculos afectivos, depresión, dificultad para socializar y bajo rendimiento escolar. ²⁴

La OMS informa que el 36% de los niños a nivel mundial sufren maltrato psicológico; se caracteriza con acciones atemorizantes, rechazo, aislamiento, discriminación, humillación, intimidación verbal, amenazas, entre otras. Asimismo, por la exposición de violencia doméstica y negligencia. ^{10, 25}

La salud mental está relacionada directamente con la violencia interpersonal, el constante abuso puede afectar en la mente del niño en las etapas de desarrollo, considerando que cualquier forma de maltrato puede producir estrés postraumático, depresión y ansiedad a la edad adulta, derivándose algunas veces en suicidio.

El maltrato psicológico puede alterar el desarrollo de recompensa cerebral y los sistemas de oxitocina en los niños; el distanciamiento emocional de los padres, traen problemas de conducta y dificultades académicas. ²⁵

En la consulta odontológica, los niños sometidos a maltrato infantil presentan dificultad de regular sus emociones con expresiones de irritabilidad, hiperactividad, aprehensión a niños llorando e inquietud; los padres suelen inculcar miedo a la atención dental mediante amenazas de dolor y tratamientos invasivos; el manejo adecuado de la conducta y empatía es primordial para la evolución del tratamiento del niño. ²⁶ (Figura 14)



Figura 14. Ejercicio de empatía. ¹⁸

3.2.1 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO FÍSICO

La familia es un sistema social que idealmente provee un espacio para el afecto, los vínculos afectivos entre padres e hijos son una expresión de unión, facilitando la comunicación, seguridad, autoestima. ²⁷

La infancia es una etapa vulnerable caracterizada por una plasticidad neuronal, la cual se puede ver afectada por varios factores ambientales adversos, entre ellos el maltrato infantil. Las consecuencias de este trastocan la madurez cerebral desembocando en déficits cognitivos persistentes incluso en la vida adulta.

El maltrato infantil causa inhibición de la neurogénesis, pérdida de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización y alteraciones del proceso natural de la poda neuronal. Los factores protectores como las variables psicológicas (resiliencia afectiva, estilo atribucional, estadio del desarrollo cognitivo) y ambientales (figuras de apego no violentas o la temprana detección del maltrato) compensan las experiencias adversas tempranas. ²⁸

El perfil de un niño maltratado contiene una serie de alteraciones en las áreas de memoria y atención, lenguaje, capacidad visoespacial,

regulación emocional, dificultades en la cognición social, desarrollo intelectual y en las funciones ejecutivas. De igual manera, presenta problemas de trastornos internalizantes (depresión, ansiedad) y externalizantes (impulsividad y agresividad) relacionados a la falla de regulación emocional, de los cuales contribuyen a problemas de adaptación social, escolar y presencia de sintomatología psiquiátrica. ²⁸ (Figura 15)

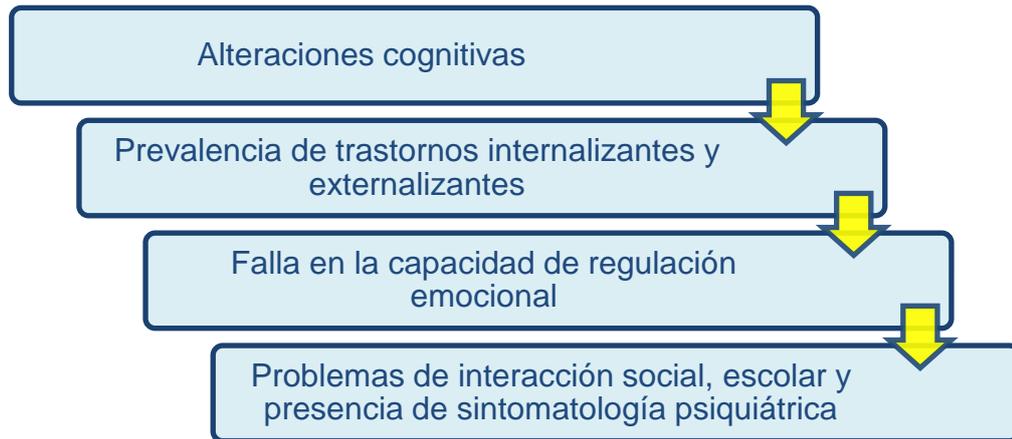


Figura 15. Perfil psicológico del niño maltratado. ²⁸

- Memoria y atención: Frecuente en niños víctimas de abuso sexual y maltrato psicológico.
- Lenguaje: Frecuente en niños víctimas de negligencia, maltrato psicológico y físico.
- Regulación emocional: Frecuente en niños con trastornos internos y externos.
- Cognición social: Frecuente en todos los tipos de maltrato. Vinculada al correcto comportamiento social.
- Desarrollo intelectual: Frecuente en niños víctimas de maltrato físico. Dependiente de la cronicidad y la severidad de este. ²⁸ (Figura 16)



Figura 16. Secuelas psicológicas del maltrato infantil. ²⁹

3.2.2 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil es una experiencia traumática para los niños, se asocia a trastornos mentales debido al efecto negativo a su desarrollo con secuelas a la vida adulta de la víctima con inferencia en su bienestar integral.

La OMS en 2006 menciona que, además el ámbito psicológico, el abuso sexual tiene secuelas en otros, alterando habilidades cognitivas, conductuales e incluso sociales, por lo que las víctimas requerirán tratamiento integral.

- Ámbito cognitivo: Retraso en el desarrollo, aprendizaje y déficit atencional.
- Ámbito conductual: Masturbación compulsiva, conductas sexualizadas, conocimientos de sexualidad no frecuentes a su edad, negatividad con cierta persona, cambios bruscos de conducta, retractación (amenazas por parte del agresor, culpabilidad, etc).
- Ámbito social: Aislamiento social, abuso de otros menores, desconfianza, consumo de sustancias tóxicas. ¹⁵

La atención del niño con sospecha de abuso sexual debe ser sutil y con empatía sin subestimar a la víctima si esta relata algún indicio de este,

ya que es poco probable la mentira. Se debe considerar medidas de protección necesarias que garanticen la detención del abuso: alejarlo del abusador y de la dinámica relacional abusiva.

Si el niño no es llevado por su agresor, se debe hablar primero con la familia sin el niño presente, para remitir el caso a una atención médica y psicológica. ¹⁵ (Figura 17)



Figura 17. Dibujo de una niña víctima de abuso sexual. ³⁰

3.2.3 SECUELAS PSICOLÓGICAS DE NEGLIGENCIA

La manifestación común de la negligencia se desarrolla en familias de forma consciente o inconsciente como manifestación de ignorancia, pobreza o incapacidad parental para proteger y criar a sus hijos.

Los niños manifiestan conductas externalizantes como hiperactividad, agresividad y distracción, presentan problemas en el desarrollo cognitivo, lingüístico y social. ³¹ (Figura 18)



Figura 18. Abandono infantil. ³²

3.2.4 SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER

Los signos y síntomas se caracterizan por no corresponder al malestar determinado que refiere el perpetrador.

El perfil de las madres agresoras se caracteriza por ser amas de casa, madres solteras, están expuestas violencia doméstica, tuvieron embarazos no deseados.

En 2003 Rodríguez Cely y cols. mencionaron que la madre es motivada a llegar a tal extremo por una sensación de pérdida temprana representada por un rechazo a la maternidad y por la carencia de amor y atención; puede iniciarse desde la fase de gestación, el rechazo y la no aceptación hacia el niño conlleva a acciones que buscarán deshacerse de él de alguna manera.

Las secuelas psicológicas del niño son devastadoras, aprenden a ser merecedores de amor materno condicionado al comienzo de su enfermedad, por lo que cooperan en el engaño por miedo al abandono. Tienen el riesgo de convertirse en un paciente de Síndrome Münchausen, siendo él mismo su propio perpetrador y repita esto con sus hijos.

Otras secuelas son: ansiedad intensa, comportamiento hiperactivo, sensación de debilidad. Suelen tener baja autoestima, ya que se creen responsables de sus enfermedades.³³ (Figura 19)



Figura 19. Gypsi Rose Blanchard, víctima de Síndrome de Münchausen por poder.³⁴

4. FACTORES PREDISPONENTES

Los factores y componentes que predisponen para que se presente maltrato infantil, afecte el desarrollo y aumente el riesgo a la exposición de la violencia en los niños, deben ser reconocidos para tomar las medidas pertinentes de protección mediante la obtención de toda la información.

El ciclo de violencia infantil es inconstante con intensidad creciente, el cual es desencadenado por una crisis (factores predisponentes) siguiendo tres fases:

- Acumulación de tensión.
- Episodio agudo.
- De "luna de miel".²⁴ (Figura 20)



Figura 20. Ciclo de violencia infantil.²⁴

El ciclo de violencia puede romperse por dos vías:²⁴

1. Cuando la violencia es extrema, llevando al niño a ser hospitalizado o que cause la muerte, los padres o tutores tendrán consecuencias legales.
2. Apartar al niño del hogar con apoyo de la familia o en su defecto con la Institución DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias).

Existen los Factores Predisponentes que son los comportamientos y las condiciones que reducen los riesgos antes descritos; son recursos materiales e inmateriales que median o sirven de barrera contra factores de riesgo específicos o contra los efectos negativos de las experiencias de maltrato. ²⁴

4.1 FACTORES PREDISPONENTES DE MALTRATO INFANTIL RELACIONADOS CON LOS NIÑOS

Son aquellas características, comportamientos, condiciones o cualidades de las personas, comunidades y el entorno social; asociadas a una probabilidad de aumentar el riesgo a que se produzca maltrato infantil y los efectos negativos. ²⁴

4.1.1 HIJO CON DISCAPACIDAD O ENFERMEDADES CRÓNICAS

La discapacidad es la falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona, un niño con discapacidad forma parte de grupos marginados y excluidos de la sociedad enfrentando estereotipos, estigma, violencia, abuso y aislamiento. La enfermedad es definida como la alteración del estado de salud de cualquier ser vivo causado por factores intrínsecos como extrínsecos. ^{35, 36}

La enfermedad cuando es crónica perturba en gran medida la vida del paciente, así como la de todas las personas de su entorno, exigiéndoles necesidad de adaptarse, ya que supone todo un desafío y desorganización en el contexto familiar, dando lugar a una situación mucho más vulnerable y dolorosa remarcando posibles problemas ya existentes.

Los factores negativos asociados a las enfermedades crónicas y la discapacidad pueden repercutir a nivel emocional en el paciente con: angustia, ansiedad, aprensión a lo desconocido, intranquilidad, dolor, hospitalizaciones, cuidados diarios rutinarios, pérdida de autonomía, cambio en las relaciones familiares y sociales, prejuicio social, inseguridad e incluso, temor a la muerte; derivando en la afectación del desarrollo integral.³⁶ (Figura 21)



Figura 21. Niña con discapacidad motora.³⁷

El diagnóstico de un niño con discapacidad o enfermedad crónica es percibido por la familia como un acontecimiento extraordinario, inesperado e incomprensible, las expectativas e ideales cambian abruptamente. La inquietud e incertidumbre perturban la dinámica familiar con un largo proceso de afrontamiento doloroso que la mayoría trata con estrés e inadecuadamente.^{36, 38, 39}

Dicho proceso se compone de tres fases:

1. **Desintegración:** Comprende emociones de shock, culpabilidad y angustia.^{36, 38}

2. Ajuste: Es toma de decisiones.
3. Reintegración: Incorporar el padecimiento al núcleo familiar. ^{36, 38} (Figura 22)

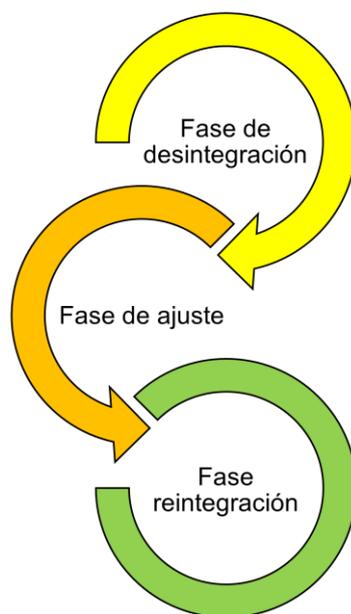


Figura 22. Proceso de afrontamiento de duelo familiar. ^{36, 38}

Un procesamiento de duelo inadecuado no permite un compromiso con responsabilidad compartida para la atención y cuidado que requiere el niño, los hermanos de los niños con discapacidad o enfermedad crónica también sufren una serie de emociones y cambios de vida, por lo que su propio desarrollo social. ^{36, 39}

Los signos de un procesamiento de duelo inadecuado derivan a un apego excesivo, sobreprotección, trato negligente, poca participación en el proceso de rehabilitación de niño, actitud desafiante, altos niveles de ansiedad y depresión crónica; la familia se encuentra desorganizada e incapaz de atender las necesidades del niño. ³⁸

El involucrarse emocionalmente en el proceso de afrontamiento del duelo, permite apostar la voluntad para la recuperación y se abrirá un camino para que el padecimiento no invada, ni neutralice sus vidas; la cooperación familiar es necesaria para reducir radicalmente la carga

emocional de los padres, pudiendo satisfacer las demandas de cuidados, supervisión y afectivas. ^{36, 38}

4.1.2 HIJO CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es una afección crónica con una combinación de problemas para mantener la atención, hiperactividad e impulsividad, el riesgo de padecer Trastorno Negativista Desafiante se incrementa en un 75% aumentando la sintomatología y la agresividad.

Requiere de tratamiento psiquiátrico y conductual, sin embargo, los vínculos afectivos de los padres hacia el niño con TDAH deben ser constantes para otorgarle recursos de socialización, educación y protección y en la expresión de afecto, ya que influyen positivamente en el desarrollo integral de este.

Un niño con TDAH presenta dificultades con la memoria de trabajo, inhibición motora, planeación y organización las cuales favorecen la impulsividad y a la poca tolerancia a la frustración entorpeciendo la relación con su familia y comunidad. El cual puede provocar un estrés parental y sentimientos de incompetencia o prejuicio.

Las repercusiones del estrés parental pueden llegar a comportamientos de rechazo, haciendo de la crianza del niño a base de castigos restrictivos o físicos excesivos. ⁴⁰ (Figura 23)



Figura 23. Niño con TDAH. ⁴¹

4.1.3 HIJO CON ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo psicomotor es el fenómeno evolutivo de la adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia, caracterizado por ser gradual y continuo, se identifican etapas de creciente nivel de complejidad inician desde la concepción y culminan en la madurez con una secuencia similar en todos los niños, pero con ritmo variable.

Un desarrollo psicomotor normal permite al niño adquirir habilidades adecuadas para su edad. Las variaciones individuales de cada niño pueden confundir entre cambios que pudiesen considerarse esperables o retraso de maduración; si dicha alteración no se normaliza se diagnostica con una cierta patología.

Las patologías son originadas por dos causas:

1. Déficit en la estimulación por parte del entorno familiar y social.
2. Enfermedad crónica. ⁴² (Figura 24)



Figura 24. Niña con Síndrome de Tourette. ⁴³

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV incorpora los problemas del desarrollo como Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia con un amplio grupo de problemas desde el inicio en la primera o segunda infancia, de curso estable. ⁴² (Tabla 4)

Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia
Retraso mental.
Trastornos del aprendizaje.
Trastornos de las habilidades motoras.
Trastornos de la comunicación.
Trastornos generalizados del desarrollo.
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez.
Trastornos de tics.
Trastornos de la alimentación.
Otros.

Tabla 4. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia según el DSM

IV. ⁴²

Los cuidados de estos trastornos requieren de una atención integral de todos los ámbitos de salud, no sólo del niño, también de la familia, ya que puede repercutir el trato al niño por períodos prolongados de estrés basados en castigos físicos y negligencia. ⁴²

4.1.4 HIJO NO DESEADO

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados; desafortunadamente no es así, dando como resultado embarazos no deseados, que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere tener hijos. Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura, la ideología y difieren según el grupo social y el contexto histórico.

El rechazo parental, el trato rudo o errático y falta de supervisión es común en niños no deseados, creciendo en un ambiente desfavorable y se asocian a maltrato infantil y abandono. ⁴⁴ (Figura 25)



Figura 25. Rechazo parental en niños no deseados. ⁴⁵

El niño no deseado, puede tener cubiertas sus necesidades básicas, sin embargo, crecerá con carencias afectivas que repercutirán en su desarrollo emocional durante toda su vida, la desestabilidad emocional es un factor de exposición para las actividades riesgosas como las delictivas y adictivas. ⁴⁴

4.2 FACTORES PREDISPONENTES DE MALTRATO INFANTIL RELACIONADOS CON LOS PADRES Y CUIDADORES

La familia es un sistema social con dinámica propia, un espacio para el afecto y participación a través de los roles conyugales, parentales y fraternales. El vínculo afectivo es una expresión de la unión entre padres e hijos que va más allá del parentesco; fundamental para la sobrevivencia, brindando un sentido de seguridad, desarrollo, identidad, proporciona recursos para el afrontamiento de problemas e incidiendo en la manera de relacionarse con los demás. ^{27, 46}

El vínculo afectivo es el factor en la calidad de vida, siempre y cuando la forma de convivir, las características de los patrones de interacción recurrentes y el tipo de comunicación son llevados a cabo. ²⁷ (Figura 26)



Figura 26. Vínculo afectivo. ⁴⁷

La dinámica familiar ha experimentado grandes cambios en los últimos años y más debido a la pandemia por COVID-19, por transformaciones económicas, tecnológicas, sociales, culturales con modificaciones de roles, manejo de autoridad, afectando la calidad de vida y el vínculo afectivo no se está formando de una manera adecuada, por lo que los niños quedan en situación de indefensión. ²⁷

Los niños ante separaciones prolongadas o repetidas pasan por tres fases:

1. Protesta.
2. Desesperación.
3. Desconexión. ⁴⁸ (Figura 27)

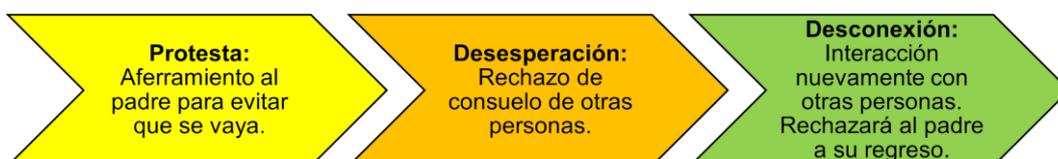


Figura 27. Fases del desapego. ⁴⁸

Los niños que no cuentan con un apoyo de sus iguales, familia o comunidad sienten a sus padres como seres distantes, convirtiéndose la mayoría de las veces en sus cuidadores al igual que con los hermanos pequeños, sintiendo culpabilidad, fidelidad y apego hacia ellos, dificultando su autonomía, crecimiento personal e independencia. ⁴⁸

Son diversos los factores que predisponen a los padres para imponer un distanciamiento a sus hijos, los cuales tienen en común el desapego, indiferencia, negligencia, maltrato, rechazo, patrones de aprendizaje; por lo tanto, no se forma un vínculo afectivo entre las partes, éstas son:

1. Embarazo no deseado.
2. Padres con trastorno mental.
3. Antecedentes de maltrato infantil.
4. Padres no biológicos.
5. Adicción a las drogas. ^{24, 27, 48}

4.2.1 EMBARAZO NO DESEADO

Es aquel que ocurre en un momento no favorable, inoportuno o en una persona que no desea embarazarse. Las causas más comunes son: desear menos hijos que resultan naturalmente del ejercicio de una vida sexual activa, falta de planificación familiar, relaciones sexuales no deseadas (violación) y falla de métodos anticonceptivos.

Este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: bajo nivel socioeconómico, inmadurez física y emocional, falta de atención prenatal, hábitos inadecuados relacionados con la salud, nutrición, tabaquismo, drogadicción, derivando en menores oportunidades de desarrollo personal y educacional debido al alto grado de abandono escolar, y la gran mayoría de las veces tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas.

Las consecuencias que afrontan las mujeres con embarazos no deseados son someterse a dos decisiones difíciles:

1. Aborto inducido.
2. Continuar con el embarazo no deseado. ⁴⁴ (Figura 28)



Figura 28. Embarazo adolescente. ⁴⁹

4.2.2 PADRES CON TRASTORNO MENTAL

Un trastorno mental es la alteración de tipo emocional, cognitiva o de comportamiento, donde se encuentran afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, sensaciones, aprendizaje, lenguaje, etc. Las enfermedades mentales son muy comunes, muchos niños crecerán con un padre que, en algún momento, sufrirá una enfermedad mental, pocos vivirán con un padre que tiene un trastorno mental severo como puede ser la esquizofrenia o el trastorno bipolar. ⁴⁸ (Figura 29)



Figura 29. Día mundial de la salud mental. ⁵⁰

Un padre con enfermedad mental se encuentra en un estado caótico y a menudo es incapaz de proveer un desarrollo adecuado del niño por falta de apego al mismo, es común que el padre sano se aleja de los hijos por proteger su propia cordura y la ignorancia de cómo poder afrontar la enfermedad de su compañero, recayendo la responsabilidad en el padre

enfermo, que puede dar pequeñas demostraciones cálidas de afecto irregularmente. ⁴⁸

4.2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE MALTRATO INFANTIL

Los factores de riesgo para que un niño sea maltratado se derivan muchas veces de los padres agresores ya que su historial es de antecedentes de maltrato, por alcoholismo, drogadicción de algún miembro de la familia o por la convivencia con los padres no biológicos. Por lo tanto, sufrir actos de maltrato en la infancia se asocia con un autoconcepto perturbado, baja autoestima y depresión en la vida adulta, que lleva a repetir el mismo patrón.

Una persona víctima de maltrato, tiene alteraciones en su propio autoconcepto, interiorizan conductas abusivas dando lugar a una mala adaptación; los padres que sufrieron maltrato tienen menor capacidad de regulación emocional y autonomía, los cuales son más propensos a experimentar ira y agresividad. ⁵¹

Los padres que tienen poca regulación emocional presentan más estrés en la crianza y empatía hacia sus hijos favoreciendo en ellos sintomatología depresiva y estrategias inadecuadas de regulación emocional; el tipo de crianza que adoptan es rígido e inflexible a las necesidades del hijo. ^{51, 52} (Figura 30)



Figura 30. Violencia intergeneracional. ⁵³

4.2.4 PADRES NO BIOLÓGICOS

La pérdida de uno o de los dos padres por fallecimiento, divorcio, abandono, provoca cambios significativos de roles familiares. La pérdida materna incrementa el riesgo de mortalidad infantil y la paterna está ligada a problemas durante la adolescencia como la falta de recursos financieros o predisposición a la delincuencia.

La capacidad adaptativa de los padres no biológicos muchas veces deriva en la poca atención para con los hijos no biológicos, priorizando las necesidades de los hijos biológicos, por lo que los hijos adoptivos tienen mayor riesgo de maltrato físico, negligencia, e inclusive incrementa la posibilidad de mortalidad. ⁵⁴

La inclusión de niños en familias adoptivas o albergues tiene la intención de protegerlos de situaciones de desamparo y garantizar la cobertura de sus necesidades básicas; los niños que se encuentran bajo acogimiento tienen dificultades de control de emociones, inserción social, adaptación, además de desconfianza, entre otros problemas. Desafortunadamente el cuidado en familias adoptivas o albergues no siempre es supervisado y los niños corren riesgo de reincidir en violencia con otros agresores o perder la vida. ⁵⁵ (Figura 31)



Figura 31. Abuso por parte de padres no biológicos. ⁵⁶

4.2.5 ADICCIÓN A LAS DROGAS

Se desconoce la causa exacta del consumo de drogas, aunque se sugiere que existe una predisposición genética, presión social, sufrimiento emocional, ansiedad, depresión y el estrés ambiental pueden ser factores que participan fuertemente para caer en una adicción.⁵⁷

La adicción a las drogas es el consumo frecuente de estupefacientes a pesar de saber las secuelas que producen, modificando el funcionamiento del cerebro y su estructura, alterando la regulación la toma de decisiones y el control inhibitorio: provocan en el usuario dedicar su tiempo en su búsqueda y consumo de ellas.^{57, 58}

Los hijos de padres adictos tienen de dos a nueve veces mayor riesgo de convertirse en consumidores de sustancias; los fenotipos heredados: déficits cognitivos como el déficit juvenil de estrés o déficits cognitivos prefrontales en el razonamiento verbal, reducen la capacidad del niño para entender las conductas erráticas de sus padres son consecuencia de las drogas y no del comportamiento de sus hijos.

Los hijos de padre, madre o ambos adictos sin protección y apoyo familiar viven en ambientes negativos caracterizados por desorganización y rituales familiares trastocados. El ambiente psicológico se caracteriza por constante estrés y ansiedad, ya que sus padres no invierten tiempo en ellos siendo negligentes y autoritarios con métodos de crianza a base de castigos corporales.⁵⁷ (Figura 32)



Figura 32. Adicción en los padres.⁵⁹

4.3 FACTORES CIRCUNSTANCIALES

Los factores predisponentes circunstanciales están asociados a desigualdades socioeconómicas por la distribución dispar de oportunidades. Influyen en la dinámica familiar, ya que la desigualdad puede provocar situaciones precarias, dándole prioridad a cubrir necesidades básicas, antes que el bienestar familiar.⁶⁰

Los problemas económicos pueden estar presentes aun cuando se tienen cubiertas las necesidades básicas (ropa, comida y vivienda), repercuten y deterioran las relaciones sociales. Esta situación desemboca en la exclusión y el alejamiento a la participación cívica de un individuo por la percepción de vergüenza al no poder vivir como los demás; estos factores son:

1. Baja escolaridad.
2. Migraciones.
3. Discriminación.
4. Delincuencia.
5. Personas privadas de la libertad (encarcelamiento).⁶¹

4.3.1 BAJA ESCOLARIDAD

El afecto y la comunicación con tolerancia y diálogo son claves para establecer un apego seguro permitiendo al niño tener mejores habilidades sociales y escolares. El nivel educativo se relaciona con el nivel de ingresos, los padres con mayor nivel educativo son menos directos, tienen mejor capacidad de tener expresiones verbales y de ser más tolerantes con los errores de sus hijos.

Por el contrario, los padres con menor nivel educativo tienden a no invertir tiempo con sus hijos (mayoritariamente por cuestiones laborales), resultando una menor interacción con ellos y una respuesta negativa de ellos ante los errores cometidos por sus hijos.⁶²

Los métodos de crianza son también influenciados por el nivel educativo de los padres. Un padre con mayor nivel educativo utiliza el diálogo y el razonamiento ante los castigos físicos, tendencia de los padres con menor nivel. ⁶² (Figura 33)



Figura 33. Educación para adultos. ⁶³

4.3.3 MIGRACIONES

La migración es el movimiento de población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región. Es un fenómeno humano que genera desafíos enormes por las distancias, incertidumbre, adaptación e intermediación cultural, enfrentando barreras lingüísticas, sistemas legales e institucionales del lugar destino.

Es una suma de experiencias humanas, temporales o permanentes como:

- Viajar con intención de conquistar.
- Huir de una guerra o represión política.
- Buscar nuevas oportunidades laborales.
- Retornar a un lugar de origen.
- Mover por desplazamiento forzado o deportaciones. ⁶⁴

El migrar es una acción caracterizada de gran vulnerabilidad, implica cambiar de lugar, recrear redes sociales y de readaptación cultural para todos los involucrados. Lleva a los migrantes a ser víctimas de estafa,

violencia o valerse de una red esperada o inesperada de contactos familiares y de la solidaridad de desconocidos. ⁶⁴ (Figura 34)



Figura 34. Migración de niños y adolescentes. ⁶⁵

4.3.4 DISCRIMINACIÓN

La discriminación es un comportamiento social que provoca el trato desigual y perjudicial a una persona por motivos de raza, género, política, religión, discapacidad u otro tipo de diversidad.

La discriminación es causada por una emoción colectiva caracterizada por vergüenza, ridiculidad, intolerancia a los parámetros diversos y diferentes de lo que se ha establecido en una sociedad. Dicha emoción no siempre es originada por ignorancia, sino también por conductas o proyecciones aprendidas.

La mayor parte de los individuos afectados por este fenómeno social pertenecen a las minorías, grupos diversos y diferentes, existen un sin número de acciones discriminatorias normalizadas en todas partes del mundo, en algunos lugares se han tratado de beneficiar a las víctimas con el objetivo de igualar sus derechos.

La justicia social busca la libre accesibilidad de oportunidades de educación, sustento, salud, entre otras para todos los individuos independientemente de sus características. Depende de la capacidad de deconstruir, conocer, analizar, informar y trabajar constantemente para la inclusión de la diversidad social. ⁶⁶ (Figura 35)



Figura 35. Inclusión.⁶⁷

4.3.5 DELINCUENCIA

La delincuencia es cualquier conducta que violente la ley o acuerdos sociales, es marcada culturalmente como íconos de la peligrosidad e inseguridad. Las conductas que se consideran delictivas son: consumo de sustancias ilícitas, agresiones, asaltos, entre otros.^{68, 69}

Es un fenómeno multifactorial que requiere de una perspectiva multidisciplinaria. Los factores de riesgo inciden a las personas desde su juventud a delinquir, los cuales, deben ser estudiados en niveles para permitir su estudio en todas las áreas.

Estos niveles estudian desde factores individuales, hasta factores ambientales, clasificándolos en cinco: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.⁶⁸ (Figura 36)

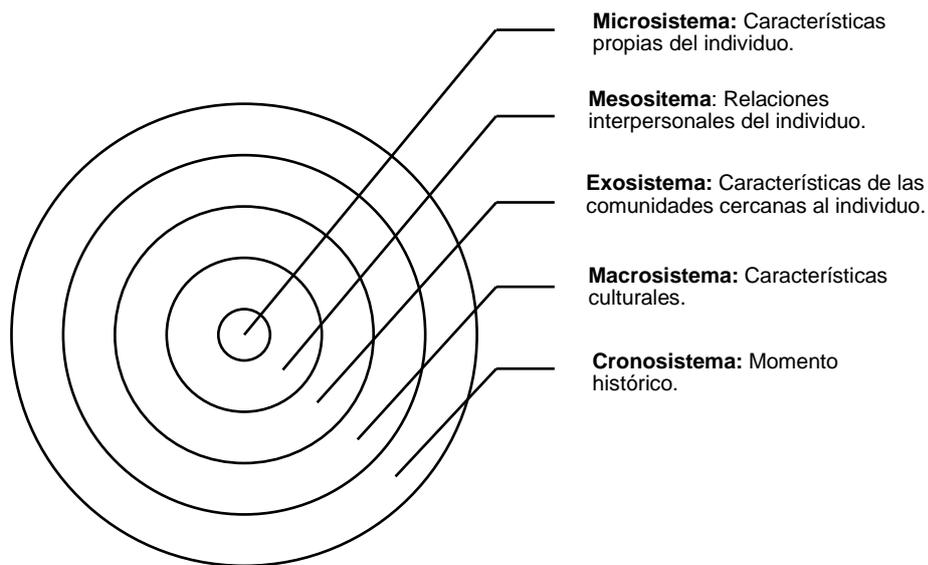


Figura 36. Factores predisponentes a la delincuencia de acuerdo con sus niveles de estudio. ⁶⁸

Los programas preventivos se enfocan en intervenir sobre los factores de riesgo desde la infancia por ser una etapa uniforme, posible y necesaria. ^{69, 70}

El entendimiento es clave para la prevención de la delincuencia, la presencia de niveles bajos de empatía se relaciona directamente con conductas ilícitas. Enfocar en lograr que la persona llegue a comprender y entender los estados internos de los demás, así como tener la capacidad de experimentar por ellos mismos estados emocionales de los demás permitirá frenar dichas conductas. ⁷⁰ (Figura 37)



Figura 37. Delincuencia. ⁷¹

4.3.6 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD (ENCARCELAMIENTO)

Las familias con personas privadas de su libertad sufren sentimiento de ambigüedad y estigma de otras personas de su comunidad. Los hijos sufren una pérdida de sus padres o familiares a cargo de ellos teniendo un daño colateral hacia ellos. ⁷² (Figura 38)



Figura 38. Niña viviendo con su madre privada de su libertad. ⁷³

Los factores de riesgo en sí mismos, no pueden considerarse como elementos del maltrato, son de riesgo alto cuando se combinan con otros elementos en los padres o menores. ²⁷

5. REGISTRO DE FACTORES PREDISPONENTES Y LESIONES ORALES ASOCIADAS AL MALTRATO INFANTIL

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

La NORMA Oficial Mexicana (NOM) son las regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.

NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Criterios para la prevención y atención menciona la importancia de identificar a las posibles víctimas de violencia familiar en la consulta ambulatoria y hospitalaria, es importante realizar una entrevista y examen físico describiendo de forma detallada, clara y precisa para registrarla en el expediente clínico; incluyendo: nombre de la o el usuario afectado, el tiempo que refiere de vivir en situación de violencia, el estado físico y mental que se deriva del examen y la entrevista, la descripción minuciosa de lesiones o daños relacionados con el maltrato, causas probables que las originaron. ⁷⁴

NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

Define el expediente clínico como un conjunto de información y datos personales de un paciente, integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos y de otras

tecnologías. Constata diferentes momentos del proceso de la atención médica: intervenciones, estado de salud, datos de bienestar físico, mental y social del mismo. ⁷⁵

NOM-013-SSA2-2006 para la prevención y control de enfermedades bucales.

El expediente clínico odontológico debe de contener: historia clínica, notas de evolución, notas de interconsulta, carta de consentimiento informado, auxiliares de diagnóstico fotográfico y radiográfico, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, no patológicos y factores de riesgo.

Para la detección de lesiones asociadas a maltrato infantil se deben considerar varios aspectos requeridos a la NOM-013, los cuales mencionan que debe documentarse el estado inicial del paciente en la historia clínica y apoyarse con auxiliares de diagnóstico como: fotografías, radiografías, modelos de estudio, etc. ⁷⁶

5.1 HISTORIA CLÍNICA

En la historia clínica se deben de reportar los signos que nos den sospecha de maltrato tomando en cuenta los factores predisponentes y las lesiones sugerentes a este; dicha información es útil para poder intervenir de la manera correcta. ⁷⁴

El interrogatorio se enfoca en conocer los aspectos invisibles: factores predisponentes, antecedentes prenatales y perinatales. El prestar atención a las conductas de posibles agresores es importante, puesto que presentan conductas muy características. ^{4, 5, 74}

Enfocan su atención en ocultar lesiones, por lo tanto, presentan incoherencia en sus explicaciones y desinterés en el cuidado; también realizan acciones específicas para justificarse como hablar mal del niño,

creer en los castigos físicos como medidas de disciplina, presentar falta de control de impulsos, baja autoestima, inmadurez, etc. ^{4, 5, 13}

Con frecuencia, los agresores acuden a atención para evitar sospechas o por sentimiento de culpa, en el interrogatorio presentan agresividad. Al preguntarle al niño, el padre puede contestar con premura o él puede contestar lo que el cuidador mencione por miedo o por lealtad a ellos. ¹²

En la ficha de identificación, muestra información general del niño podremos poner atención en su domicilio y notar acerca de zonas socioeconómicas de bajo ingreso, la información acerca de sus padres (ocupación, escolaridad, edad) es vital para el manejo del paciente. ⁷⁶

Documentar el motivo de la consulta es clave para poder enfocar la atención en un posible caso de maltrato infantil; observar la conducta de los padres si refiere que su hijo tuvo experiencias desagradables con otros odontólogos por un supuesto mal servicio para evitar sospechas. ¹² (Figura 39)



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 Sexo M F
Día Mes Año Años Meses

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) Profesionalista Madre
6) Estudiante 7) Hogar 8) Jubilado 9) Desempleado 10) Otro 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

Si hubo una experiencia anterior, ¿cómo fue? 1) Indiferente 2) Agradable 3) Desagradable

Describala _____

Remitido por _____ Teléfono _____

Figura 39. Ficha de identificación. ⁷⁷

Los antecedentes personales patológicos, en el apartado del embarazo, observaremos algún factor predisponente asociado al niño, si

vemos que éste presenta una discapacidad derivados por problemas en el embarazo o parto. De igual manera, podemos indagar cuidados prenatales que pudo tener la madre para descartar sospecha de un embarazo no deseado. ⁷⁷ (Figura 40)

2. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

2.1 Gestación

El embarazo fue: 1) Normal 2) Alto riesgo 3) Otros _____

¿Tomó algún medicamento? 1) Sí 2) No ¿Cuál? _____ Motivo _____

2.2 Nacimiento

1) Parto eutócico 2) Parto distócico 3) Por cesárea

2.3 Etapa neonatal

1) Prematuro 2) A término 3) Post-término

Peso al nacer: _____ Rango: 1) Bajo < 2.5kg 2) Medio 2.5 a 3.5 kg. 3) Alto > 3.5 Kg Talla: _____

Presentó: 1) Hipoxia 2) Dificultad de succión 3) Ninguna 4) Otras _____

Anomalías congénitas: 1) Sí 2) No ¿Cuáles? _____

Figura 40. Gestación, nacimiento, etapa neonatal. ⁷⁷

En el apartado de Infancia y adolescencia podemos observar antecedentes heredofamiliares y patológicos personales. Allí podremos observar factores predisponentes asociados a los padres y al niño. Se observarán enfermedades o alguna discapacidad. ⁷⁷

El historial de enfermedades sistémicas puede ser un signo de una negligencia por deficiencia en la atención primaria, ya que muchas enfermedades pueden ser prevenibles mediante la vacunación. De igual manera, observar si consume algún medicamento no coherente al estado de salud del niño, sospecha de Síndrome de Münchausen. ^{13, 20, 28, 77}

La alimentación, higiene, peso corporal y talla inadecuados pueden ser otros signos de negligencia. Considerando una dieta, una higiene dental incompletas y no vigiladas son factores de riesgo para enfermedades infecciosas como la caries dental y enfermedad periodontal. ^{12, 76, 77} (Figuras 41 y 42)

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				VIH			
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:

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre

Madre

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

¿Se alimenta o alimentó? 1) Por seno materno 2) Por biberón 3) Ambos 4) Otros

¿Hasta qué edad? Seno materno Biberón

¿Cuántas veces al día? 1) Libre demanda 2) Número de veces

¿Endulza o endulzó su leche? 1) Sí 2) No

¿Con qué? 1) Azúcar 2) Miel 3) Otros

¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? 1) Sí 2) No 3) Una vez 4) Dos veces 5) Tres veces 6) Cuatro o más

¿Hasta qué edad?

Figura 41. Infancia, adolescencia y alimentación. ⁷⁷

¿Utiliza pasta dental? 1) Sí 2) No ¿Cuál?

¿Utiliza hilo dental? 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Diario 4) Ocasionalmente

¿Se cepilla los dientes antes de dormir? 1) Sí 2) No

¿Se le ha administrado fluoruro? 1) Sí 2) No

¿De qué tipo? 1) Colutorio 2) Barniz 3) Gel 4) Tabletas 5) Gotas

¿Desde cuándo? 1) Antes de la erupción de los dientes 2) Al erupcionar los primarios 3) Al erupcionar los secundarios

¿Dónde? 1) Casa 2) Escuela 3) Consultorio 4) Sector Salud

Figura 42. Higiene. ⁷⁷

En la exploración de cabeza y cuello podremos documentar algún signo de maltrato físico evidente y abuso sexual: hematomas, quemaduras, traumatismos dentoalveolares, mordeduras, úlceras infligidas (Síndrome de Münchausen) o por una infección de transmisión sexual. Es importante documentar las localizaciones específicas de las lesiones, tamaño y texturas. ^{13, 14, 26, 76, 77} (Figuras 43 y 44)

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: 1) Derecha 2) Izquierda
3) Normal 4) Desviación 5) Crepitación

--	--	--	--	--

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: 1) Sí 2) No 3) Cadena Submentoniana
4) Cadena Submandibular 5) Cadena Retroauricular

--	--

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

• **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 _____

--	--	--	--	--

• **Superficie interna:** 1) Labio superior 2) Labio inferior 3) Sin alteración 4) Úlceras
5) Mucocele 6) Otros _____

--	--	--	--	--

Frenillo labial: 1) Superior 2) Inferior 3) Inserción normal 4) Alta 5) Media
6) Baja 7) Doble 8) Otros _____

--	--	--	--	--

Mucosa yugal y fondo de saco: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Sin alteración
4) Gránulos de Fordyce 5) Úlceras 6) Otros _____

--	--	--	--	--

Frenillo bucal: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Múltiple / Inserción: 4) Alta 5) Media 6) Baja

--	--	--	--	--

Lengua: 1) Sin alteración 2) Saburral 3) Fisurada 4) Pilosa 5) Glositis Migratoria
Benigna 6) Glositis Romboidea Media 7) Úlcera de Riga-Fede 8) Otros _____

--	--	--

Frenillo lingual: Inserción: 1) Sin alteración 2) Corto

Piso de la boca: 1) Sin alteración 2) Ránula 3) Otros _____

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 _____

--	--	--	--	--

Paladar duro: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Perlas de Epstein
5) Úlceras 6) Otros _____

Paladar blando: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Úlceras 5) Otros _____

Faringe: Amígdalas palatinas: 1) Sin alteración 2) Ausentes 3) Presentes 4) Hipertróficas
5) Ulceradas 6) Hiperémicas 7) Otros _____

--	--

Úvula: 1) Sin alteración 2) Bífida 3) Inflamada 4) Ulceradas

--

Figura 43. Exploración de cabeza y cuello. ⁷⁷

5.2.2 Traumatismos

Dentición: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Ambas

--

¿Cómo ocurrió? _____

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? 1) Casa 2) Parque 3) Escuela 4) Transporte 5) Otros _____

Pérdida de conciencia: 1) Sí 2) No Tiempo: _____

Vómito: 1) Sí 2) No

Hemorragia: 1) Sí 2) No 3) Nariz 4) Oídos

Otros: _____

Diagnóstico: 1) Concusión 2) Subluxación 3) Luxación lateral
4) Luxación intrusiva 5) Luxación extrusiva 6) Avulsión 7) Fractura

--	--	--

Observaciones _____

Figura 44. Traumatismos. ⁷⁷

Los hábitos perniciosos en su mayoría, pueden ser signos de sospecha de maltrato psicológico debido al matiz emocional. De igual manera es importante observar y reportar la respuesta conductual del niño.^{22, 77} (Figura 45)

6. OCLUSIÓN Y ALINEACIÓN		
Línea media: 1) Superior 2) Inferior 3) Normal 4) Desviada der. 5) Desviada izq.		<input type="checkbox"/>
Planos terminales: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Vertical o recto 4) Mesial 5) Distal 6) Mesial exagerado		<input type="checkbox"/>
Espacios primates: 1) Sí 2) No 3) Superior 4) Inferior		<input type="checkbox"/>
Baume: 1) Tipo 1 2) Tipo 2 3) No registrable		<input type="checkbox"/>
Clase de Angle: 1) Clase I 2) Clase II 3) Clase II, división 1 4) Clase II, división 2 5) Clase III 6) Derecho 7) Izquierdo		<input type="checkbox"/>
Diastema: 1) Sí 2) No		<input type="checkbox"/>
Borde a borde: 1) Sí 2) No		<input type="checkbox"/>
Mordida cruzada: 1) Sí 2) No 3) Anterior 4) Posterior 5) Derecha 6) Izquierda 7) Bilateral		<input type="checkbox"/>
Sobremordida: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No		<input type="checkbox"/>
Traslape horizontal: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No		<input type="checkbox"/>
Mordida abierta: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No		<input type="checkbox"/>
6.1 Hábitos nocivos		
Succión:		
Dedo: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente		<input type="checkbox"/>
Chupón: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente		<input type="checkbox"/>
Labio: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente		<input type="checkbox"/>
1) Otros _____ Frecuencia: 2) Todo el día 3) Al dormir 4) Ocasionalmente		<input type="checkbox"/>
Mordedura de labio: 1) Sí 2) No 3) Superior 4) Inferior 5) Ambos		<input type="checkbox"/>
Onicofagia: 1) Sí 2) No		<input type="checkbox"/>
Bruxismo: 1) Sí 2) No		<input type="checkbox"/>
Deglución atípica: 1) Sí 2) No 3) Con proyección lingual		<input type="checkbox"/>
Respiración bucal: 1) Sí 2) No		<input type="checkbox"/>
Otros _____		<input type="checkbox"/>
7. CONDUCTA Y ACTITUD		
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"/>

Figura 45. Oclusión y alineación, conducta y actitud.⁷⁷

En el examen dental se documentan signos de maltrato físico y negligencia, anotar, alteraciones dentales que pueden ser asociadas a maltrato: traumatismos dentoalveolares, ausencias, número de caries con su extensión (número de cara involucradas) y grado (ICDAS), así como las secuelas de estas (dientes de Turner). Anotando hallazgos radiográficos.^{13, 76, 77} (Figura 46)

Hallazgos radiográficos significativos: _____

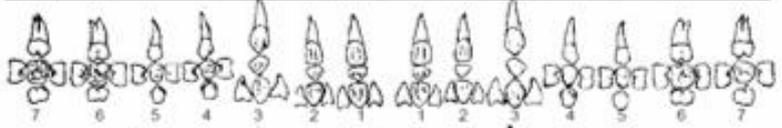
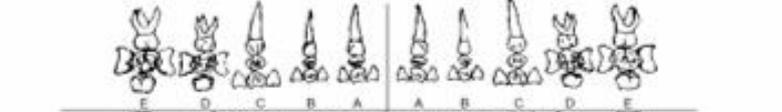
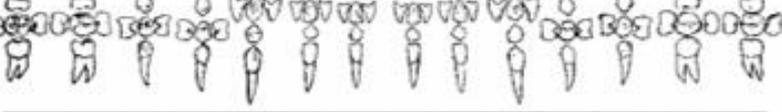
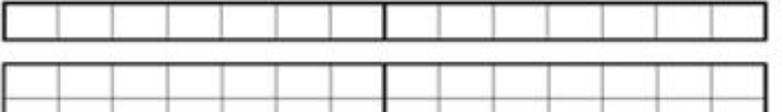
		12 Orden de tratamiento <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 1 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 2 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 3 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 4 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 5 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 6 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 7 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 8 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 9 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> 10 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>
		
		
		
		
		
		

Figura 46. Examen dental. ⁷⁷

5.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Las fotografías extraorales e intraorales podemos documentar algún signo de sospecha de maltrato físico evidente o de abuso sexual: hematomas, quemaduras, traumas dentoalveolares, mordeduras, úlceras autoinfligidas (Síndrome de Münchhausen) o por una infección de transmisión sexual. También podemos documentar signos de negligencia como caries múltiple, ausencias dentales, abscesos o acumulación de placa dentobacteriana y algún hábito pernicioso con sospecha de maltrato psicológico. ^{5, 13, 15, 20, 22, 76} (Figuras 47 y 48)



Figura 47. Fotografías extraorales. ¹⁴



Figura 48. Fotografías extraorales. ¹⁴

Las radiografías nos permiten descartar diagnósticos diferenciales, se pueden observar signos de maltrato físico debido a un traumatismo o negligencia por alguna patología detectada y no tratada. Los modelos de estudio son otros auxiliares de estudio, podemos observar maloclusiones originadas por hábitos perniciosos, secuela de caries de la infancia temprana. ^{5, 13, 15, 20, 22, 76} (Figuras 49 y 50)



Figura 49. Radiografía dentoalveolar. ¹⁴



Figura 50. Modelos de estudio. ¹⁸

6. INTERVENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

En México, la complejidad de la atención integral de una niña, niño o adolescente víctima de cualquier modalidad de maltrato infantil requiere el conocimiento jurídico indispensable para su manejo integral.

El maltrato infantil es considerado como un problema médico, social y legal, por lo que es de interés multidisciplinario; competen de acciones legales con responsabilidad del personal de salud y jurídico; el personal de salud tiene la obligación de poseer los conocimientos adecuados de los signos, factores e indicadores de sospecha de maltrato infantil, de los protocolos de intervención y aspectos legales.⁷⁸ (Tabla 5)

Acciones responsabilidad del personal de salud.	Acciones responsabilidad del área jurídica.
No tener conocimientos necesarios para establecer el diagnóstico de maltrato infantil al ser el primer contacto con la supuesta víctima.	No tener conocimientos de la variedad, expresión clínica y entorno social del maltrato infantil.
No tener conocimientos en la intervención legal, aún con un diagnóstico de maltrato infantil.	No otorgar protección adecuada requerida por el menor por la ausencia de manifestaciones físicas o evidencias clínicas poco específicas.
No invertir tiempo en denunciar al Ministerio Público, aun teniendo el diagnóstico de maltrato infantil y conocimientos en la intervención legal.	No dar una valoración adecuada al caso por la influencia de prejuicios.
No cumplir las expectativas del personal de salud de la acción jurídica ante los casos de maltrato infantil.	No aceptar la vigilancia a corto, mediano y largo plazo que el personal de salud propone.
No aceptación de la autoridad de las sugerencias de emplear la red familiar o institucional que ha sido precisada por el grupo tratante.	No establecer vigilancia obligatoria para la evaluación y validación de las medidas de protección impuestas para el menor.
No tener un adecuado manejo de comunicación con la víctima y los posibles agresores.	No considerar aspectos sociales, culturales, ambientales, religiosos o presencia de trastornos mentales de la familia.
	No considerar la opinión del menor.
Presencia de temor a las posibles represalias por parte de los agresores.	No evitar la revictimización del paciente.
	No conocer protocolos de actuación emitidos por la Suprema Corte de Justicia o de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de Delito, entre otros.

Tabla 5. Acciones responsabilidad del personal multidisciplinario que pueden entorpecer la notificación de maltrato infantil.⁷⁸

El principio general del derecho menciona: “el desconocimiento de la ley no exime la responsabilidad de su cumplimiento” marcado en el artículo 6 del Código Civil, es obligatorio la notificación al Ministerio Público o DIF ante sospechas de maltrato infantil. Cuando el personal del sector salud no denuncia sospechas de maltrato infantil tendrá repercusiones jurídicas como, la pérdida del ejercicio de la actividad profesional, sanción económica o pérdida de la libertad personal. ^{74, 78}

Si los profesionales de salud no cuentan con apoyo institucional, pueden hacer una denuncia anónima o de confesión voluntaria vía telefónica, escrita o directa al Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF). ⁷⁸

6.1 ASPECTOS LEGALES

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4 constitucional consagra de manera textual el preservar el derecho a los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, con leyes secundarias vigiladas por instituciones públicas. ⁷⁸

En 2005 el Diario Oficial de la Federación mencionó modificaciones de la en 2005, en el Diario Oficial de la Federación mencionó modificaciones en la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que finalmente quedó como NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres establece criterios a observar la detección, prevención, atención médica y orientación a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual; los niños, niñas y mujeres se encuentran más vulnerables, representando un problema en materia de salud pública. ^{74, 78}

La NOM-046-SSA2-2005 establece que debe realizarse la entrevista en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad. La exploración física debe constatar en el expediente clínico de forma detallada, clara y precisa, incluyendo el estado físico y mental de la víctima. ^{74, 78}

El reporte al Ministerio Público o al DIF donde las lesiones u otros signos sean asociados a maltrato infantil serán reportados en formatos de los cuales se guardarán copias del reporte en el expediente. Debe informarse al afectado su estado de salud al paciente y al representante legal, siempre y cuando no sea el posible agresor para evitar conflicto de intereses. Se debe notificar a la instancia de procuración de justicia correspondiente al tratarse de menores de edad. ⁷⁸

La atención odontológica al caracterizarse por ser ambulatoria debe notificarse en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000 y se deberá llenar el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual. ⁷⁴ (Figuras 51, 52 y 53)

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO
(APENDICE INFORMATIVO 1)

		Folio				
Nombre, razón o denominación social del establecimiento						
Institución			Localidad			
Municipio						
C.P.		Entidad federativa				
Servicio		Cama		Fecha de elaboración		
			Día	Mes	Año	
Usuario (a) o afectado (a) de violencia					Sexo	
				M	F	
Nombre (s)				Edad		
Apellido Paterno			Apellido Materno			
Domicilio						
	Calle	Número Exterior	Número Interior	Barrio o colonia		
Domicilio						
	Localidad	Municipio	Entidad federativa			
Fecha de atención médica				Hora de recepción del usuario (a) afectado (a).		
	Día	Mes	Año	Horas	Minutos	
Motivo de atención médica						
Diagnóstico (s)						
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:						
Plan:						
a) Farmacoterapia						
b) Exámenes de laboratorio						
c) Canalización				Referencia		
Seguimiento del caso:						
Área de trabajo social			Área de psicología			
Área de medicina preventiva			Área de asistencia social			
Pronóstico						
Notificación				Agencia del Ministerio Público		
	Día	Mes	Año			
Nombre y cargo del receptor						

Figura 51. Registro para el Ministerio Público. ⁷⁴

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Unidad Médica Folio

Nombre Institución

Localidad Municipio Entidad

CLUES

USUARIO (A) AFECTADO (A)

1.Nombre 3.Edad 4.Sexo 5.Está embarazada 6.Discapacidad 7.Derechohabientia

Apellido (Paterno Materno Nombres) años 1. Masculino 1.sí 2.no 1.sí 2.no

2.CURP

8.Domicilio

Calle Número Exterior Número Interior Barrio o Colonia

Localidad Municipio Entidad Federativa

EVENTO MAS RECIENTE

1.Fecha de ocurrencia 3.Prevalencia 5.Fue en día festivo 6.Sitio de ocurrencia

Día Mes Año 1.Primeravez 2.Subsecuente 1.sí 2.no

2.Tipo de violencia 4.Día de las semana en que ocurrió

1.Física 2.Sexual 3.Psicológica 4.Abandono 1.lunes 2.martes 3.miércoles 4.jueves 5.viernes 6.sábado 7.domingo

7.Consecuencia Resultante 8.Agente de la lesión 9.Lugar del cuerpo afectado

1. Contusión
2. Luxación
3. Fractura
4. Herida
5. Asfixia mecánica
6. Ahorcamiento
7. Quemadura
8. Cicatrices
9. Aborto
10. ITS
11. Embarazo
12. Depresión
13. Trastornos de ansiedad
14. Trastornos psiquiátricos
15. Defunción
16. Otra

1. Fuego, flama, sustancia caliente
2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas
3. Objeto punzo-cortante
4. Objeto contundente
5. Golpe contra piso o pared
6. Pie o mano
7. Arma de fuego
8. Amenaza y violencia verbal
9. Múltiple
10. Otra
11. Se ignora

1. Cabeza o cuello
2. Cara
3. Brazos y manos
4. Tórax
5. Columna vertebral
6. Abdomen y/o pelvis
7. Espalda y/o glúteos
8. Piernas y/o pies
9. Área genital
10. Múltiple

PROBABLE AGRESOR(A)

1.Edad 2.Sexo

Años 1. Masculino 2. Femenino

3.Parentesco con la o el afectado

1. Padre 5. Cónyuge o pareja conviviente
2. Madre 6. Otro pariente
3. Padrastro 7. novio o pareja eventual
4. Madrastra 8. Sin parentesco - conocido
9. Sin parentesco - desconocido

ATENCIÓN

1.Fecha de ocurrencia 3.Atenciones Otorgadas 3.Destino después de la atención

Día Mes Año 1. Tratamiento médico 1. Domicilio
2.Servicios de atención 2. Tratamiento quirúrgico 2. Consulta externa
1. Consulta externa 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 3. Hospitalización
2. Urgencias 4. Otro 4. Traslado a otra unidad médica
3. Hospitalización 5. Grupos de autoayuda mutua
4. Otros servicios 6. Refugio o albergue
7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual
8. DIF
9. Otro

Notificación fecha

Día Mes Año

Notificante Nombre Firma

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MEDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.



Figura 52. Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual. 74

CONCLUSIONES

Art. 6 Código Civil “El desconocimiento de la ley no exime la responsabilidad de su cumplimiento”, por lo que el Cirujano Dentista tiene la obligación de registrar la epidemiología de casos y reportarlos.

Los distintos tipos de maltrato incrementan y varían de acuerdo con la edad del niño.

Los factores predisponentes son clave para su diagnóstico, debido a que muchas lesiones asociadas a maltrato infantil no son patognomónicas de éste.

Cuando un menor presenta lesiones, independientemente de su origen, debe notificarse por medio de la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión.

El Cirujano Dentista al no contar con apoyo Institucional en la consulta privada y que sospeche de maltrato, podrá hacer una denuncia anónima al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El reporte de lesiones orales y factores predisponentes deben ser mediante el expediente clínico de acuerdo con las Normas 004, 013 y 046.

Desafortunadamente, no se cuenta con una hoja de registro específica de lesiones orales asociadas a maltrato infantil en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Bosque-Garza J. Historia de la agresión a los niños. Gac Méd Méx. 2003;139(4):368-370.
2. Pederastia en la Antigua Grecia [Internet]. España: Wikipedia, The Free Encyclopedia [Citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/1DkWgGI>
3. Cronología de El niño en el renacimiento [Internet]. Londres, Reino Unido: Líneas de tiempo de Timetoast [Citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/3DkWPx9>
4. Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ Odontol [Internet]. 2016 [Citado el 19 de enero de 2022];35(74):49-63. Disponible en: <https://cutt.ly/oDkWG6z> doi: 10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi
5. Aparicio Ramírez AC, Canizales Gutiérrez L, Monge Figueroa MC, Yanes Acosta TS. Identificación de lesiones bucales como elemento de diagnóstico en la detección de maltrato infantil en pacientes con trauma bucal, 2003 [Tesis de doctorado]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2004. 57 p.
6. Hmong.es.tok wiki. Sociedad de Nueva York para la Prevención de la Crueldad contra los Niños [Internet]. España: Hmong.es.tok.wiki; [Citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/vDkW4RR>
7. Porporatto M. Importancia de la paternidad responsable [Internet]. Mónica Porporatto 2020 - [Citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/VDkEoKP>
8. Morales Carrero JA. Maltrato infantil. Una mirada al interior de la familia en tiempos de confinamiento social. InterAm J Med Health [Internet]. 2021 [Citado el 16 de marzo de 2022];4(1):1-5. Disponible en: <https://cutt.ly/xDkEDlo> doi: 10.31005/iajmh.v4i.177
9. Maltrato infantil [Internet]. México: Organización Mundial de la Salud [Citado el 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/pDZV2Fe>

10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. México: UNICEF; 2019. p. 1-15.
11. Impacto de la pandemia en niñas y niños [Internet]. México: Gob.mx. 2021 [Citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/NDkENwl>
12. De la Rosa Santana JD, Almeida Almeida AK, Reina Gregorich E, Guerra Frutos L, Vázquez Gutiérrez GL. Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica. *Revodosdic*. 2020;3(1):39-46.
13. Oliván Gonzalvo G, de la Parte Serna CA. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23:15-23.
14. Fuente directa. Archivo personal Mtra. Patricia Díaz Coppe. Profesora de Odontopediatría, Facultad de Odontología, UNAM.
15. De Manuel Vicente C. Detectando el abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2017;(26):39-47.
16. Web E. ¿Sexo oral contribuye a la súper gonorrea? [Internet]. Michoacán: Web E. 2020 - [Citado el 24 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/aDkRizM>
17. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde [Internet]. Buenos Aires: Slideplayer.es. [Citado el 24 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/MDkRjoR>
18. Fuente directa. Liliana Ponce Juárez. Alumna del seminario de titulación en áreas básicas y clínicas (Odontopediatría) Sexagésima séptima promoción, Facultad de Odontología, UNAM.
19. Tiol-Carrillo A. Caries en niños. ¿Maltrato infantil o ignorancia parental? *Rev ADM* [Internet]. 2021 [Citado el 25 de enero de 2022];78(4):205–8. Disponible en: <https://cutt.ly/aDkRnrU> doi: 10.35366/101074
20. Bravo RL, Lagos TD, Borquez VP, Vicente PJ. Lesiones orales en víctimas de Síndrome de Munchausen por poder. *Asoc Costa MedLegal DiscAfin*. 2018;35(2):37–44.
21. Cerda Ojeda F, De la Goñi González T, Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2006

- [Citado el 01 de marzo de 2022];43(44):47-55. Disponible en: <https://cutt.ly/ADkRYiy>
22. Pacheco-Morffi PM, Hernández-Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. *Oral*. 2019;20(62):1698-1704.
 23. Flórez Tapias MA, Grillo Santander JS, Reyes Serrano CA. Manejo del hábito de succión digital en niños de 2 a 15 años: Revisión narrativa. [Tesis de maestría]. Bucaramanga: Universidad de Santo Tomás; 2016. 56 p.
 24. Barcelata Eguiarte BE, Álvarez Antillón I. Patrones de interacción familiar de padres y madres generadores de violencia y maltrato infantil. *ActColomPsicol*. 2005;8(1):35–45.
 25. Riquelme Pereira N, Bustos Navarrete C, Parada BV. Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Cienc enferm*. 2020;26(19):1-11.
 26. Ivanoff CS, Hottel TL. Comprehensive Training in Suspected Child Abuse and Neglect for Dental Students: A Hybrid Curriculum. *Journal of Dental Education*. 2013;77(6):695–705.
 27. Pérez Contreras B, Támara Arrazola E. Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Tend Ret*. 2013;18(1):17–32.
 28. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicol Educ [Internet]*. 2017 [Citado el 27 de febrero de 2022];23(2):81–88. Disponible en: <https://cutt.ly/EDkRMhH> doi: 10.1016/j.pse.2017.05.006
 29. Paulino E. El maltrato infantil y sus consecuencias psicológicas [Internet]. Santo Domingo: Evelyn Paulino. 2020 - [Citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/zDkR5CS>
 30. Martínez, S. México, primer lugar en abuso sexual infantil, según la OCDE [Internet]. México: Sanjuana Martínez. 2019 - [Citado el 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/gDkTuDk>

31. Ruiz Cerón I, Gallardo Cruz JA. Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. An psicol [Internet]. 2002 [Citado el 27 de febrero de 2022];18(2):261–72. Disponible en: <https://cutt.ly/vDkTfhB>
32. Investigadores L. El Abuso Infantil [Internet]. México: Los investigadores. 2019 - [Citado el 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/WDkTWfG>
33. Rodríguez Cely LA, Gómez Rátiva M, Mesa Bayona A del P. Estado del arte sobre el síndrome de Münchausen por poderes. Univ Psychol [Internet]. 2003 [Citado el 28 de febrero de 2022];2(2):187–98. Disponible en: <https://cutt.ly/3DkTDPS>
34. El retorcido caso de Gypsy Rose: ordenó matar a su madre, que la obligó a ir en silla de ruedas y fingir cáncer [Internet]. España: 20Minutos.es. [Citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/wDkTZfV>
35. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad [Internet]. América Latina y el Caribe: Unicef.org. [Citado el 28 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/3DkTM58>
36. Quesada Conde AB, Justicia Díaz MD, Romero López M, García Berbén MT. La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD psicol [Internet]. 2016 [Citado el 01 de marzo de 2022];4(1):569. Disponible en: <https://cutt.ly/IDkT5VF>
37. El Teletón superó meta de 364 mdp; AMLO dará pensión a niños con discapacidad [Internet]. México: Periódico El 5inco. [Citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/IDkYyuD>
38. Villavicencio Aguilar CE, Romero Morocho M, Criollo Armijos MA, Peñaloza Peñaloza WL. Discapacidad y familia: Desgaste emocional. Academo [Internet]. 2018 [Citado el 01 de febrero de 2022]; 5(1):89–98. Disponible en: <https://cutt.ly/xDkYxRx> doi: 10.30545/academo.2018.ene-jun.10

39. Guevara Benítez Y, González Soto E. Las familias ante y la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012;15(3):1023–50.
40. Menchaca Montante JM, Navarro Calvillo ME, Martínez Licona JF, Castro Grespan E. Modelos Parentales en Padres De Hijos Diagnosticados Con Tdah: Un Estudio Cuantitativo Con Padres De Familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2019 [Citado el 10 de marzo de 2022];28(5):727–33. Disponible en: <https://cutt.ly/UDkYUVT>
41. De la Llave PM. Así es vivir con un niño con TDAH [Internet]. Madrid: Patricia de la Llave Muñoz. 2016 - [Citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/yDkYK0s>
42. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [Citado el 11 de marzo de 2022];18(10):2977–84. Disponible en: <https://cutt.ly/qDkY2uv> doi: 10.1590/s1413-81232013001000022
43. Vera Casas, A. Tratamiento para el síndrome de Tourette [Internet]. Venezuela: Alejandro Vera Casas. 2020 - [Citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/SDkUuhi>
44. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002 [Citado el 1 de marzo de 2022];11(3):192–205. Disponible en: <https://cutt.ly/FDkUgkl> doi:10.1590/s1020-49892002000300013
45. Los hijos no deseados sufren, y mucho [Internet]. México: Marie Stopes [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/uDkUm5S>
46. Páez Cala ML. Vínculos Afectivos Juveniles: Dilemas Y Convergencias Entre Padres E Hijos. *Rev Lat Estudios de Familia* [Internet]. 2014 [Citado el 1 de febrero de 2022];6:114–129. Disponible en: <https://cutt.ly/tDkUAdN>
47. Las relaciones familiares en la cultura mexicana [Internet]. *Odysseyofthemindmexico.com.mx*. 2016 [citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/XD8DxnG>

48. Sánchez del Hoyo P, Sanz Rodríguez LJ. Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: A propósito de un caso. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2005 [citado el 1 de febrero de 2022];1(95):151-165. Disponible en: <https://cutt.ly/3DkU2lu>
49. Cómo trabajamos para evitar que haya embarazos adolescentes [Internet]. México: Ayuda en Acción. 2019 [Citado el 2 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/FDklqKO>
50. Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Día Mundial de la Salud Mental [Internet]. México: gob.mx. [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/UDkli3w>
51. Alvarado Martínez CA, Balderas Palafox DR, Pérez Ramos M. Diferencias en el autoconcepto entre diadas de padres-adolescentes con y sin antecedentes de maltrato infantil. Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México. [Internet] 2015 [Citado el 5 de marzo de 2022];4(8):131–40. Disponible en: <https://cutt.ly/LDklx1C>
52. Ruvalcaba Romero NA, Gallegos Guajardo J, Robles Aguirre FA, Sánchez AM, González Gallego N. Inteligencia emocional en la mejora de los estilos educativos de padres con hijos en edad escolar. Salud Soc [Internet]. 2012 [Citado el 3 de marzo de 2022];3(3):283–91. Disponible en: <https://cutt.ly/1DklIGS>
53. Figar Álvarez, A. Violencia Intergeneracional y Aprendizaje por Observación [Internet]. Asturias: Andrea Figar Álvarez. 2019 - [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/ZDklGKz>
54. Schacht R, Huong Meeks, Fraser A, Smith KR. Was Cinderella just a fairy tale? Survival differences between stepchildren and their half-siblings. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences [Internet]. 2021 [Citado el 7 de febrero de 2022];376(1827):1–8. Disponible en: <https://cutt.ly/YDkl9ah>
55. Muela Aparicio A, Balluerka Lasa N, Torres B. Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. An psicol [Internet]. 2013 [Citado el 7 de febrero de 2022];29(1):1–10. Disponible en: <https://cutt.ly/9Dkl9ah>

- 2022];29(1). Disponible en: <https://cutt.ly/RDkOyGb> doi: 10.6018/analesps.29.1.124941
56. Secuelas del maltrato infantil en adultos - Clínica Monte Sinai [Internet]. México: Clínica Monte Sinai. 2019 [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/sD8JREd>
57. Kumpfer KL, Johnson JL. Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. Adicciones [Internet]. 2007 [Citado el 16 de febrero de 2022];19(1):13. Disponible en: <https://cutt.ly/xDkOTRe>
58. Definición de Adicción a Sustancias o Drogas [Internet]. México: Gob.mx. [Citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/gDkOLux>
59. Padres y madres adictos: ¿Cómo afectan a sus hijos? [Internet]. Chile: Biut [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/FDkO08f>
60. De Haro Mota R, Marceleño Flores S, Bojórquez Serrano JI, González ON. Las desigualdades socioeconómicas entre los municipios de Nayarit, México. Rev Mex Cienc Polit Soc [Internet]. 2017 [Citado el 3 de marzo de 2022];62(230):117–54. Disponible en: <https://cutt.ly/xDkPoFD> doi: 10.1016/s0185-1918(17)30019-3
61. Mood C, Jonsson JO. Las consecuencias sociales de la pobreza: una prueba empírica sobre datos longitudinales. Soc Indic Res [Internet] 2016 [Citado el 4 de marzo de 2022];127:633–652. Disponible en: <https://cutt.ly/JDkPmCC>
62. Rodríguez Garcés C, Johana MS. Calidad Educativa del Ambiente Familiar y Escolaridad Materna. Paradigma. 2016;37(1):76–98.
63. Elena Méndez M. Acerca de la educación de adultos en Chile [Internet]. Chile: María Elena Méndez. 2019 - [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/xDkPDmt>
64. Nolan R, Muñoz Arbeláez S. Intermediarios y migraciones en América Latina. Hist Crit [Internet]. 2021 [Citado el 11 de febrero de 2022];(80):3–10. Disponible en: <https://cutt.ly/UDkPX5n> doi: 10.7440/histcrit80.2021.01

65. Migración de niñas, niños y adolescentes [Internet]. México: Unicef.org. [citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/NDkP7Sf>
66. Bhugra D. Social discrimination and social justice. *International Review of Psychiatry* [Internet]. 2016 [Citado el 11 de febrero de 2022];28(4):336–41. Disponible en: <https://cutt.ly/WDkAmB0>
67. Guerrero SG. Cómo enseñar a los niños a no discriminar [Internet]. Murcia: Sofía Gil Guerrero. 2020 - [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/oDkAGgS>
68. Negrón Cartagena NL, Serrano García I. Prevención de delincuencia juvenil: ¿Qué deben tener los programas para que sean efectivos? *Interam J Psychol* [Internet]. 2016 [Citado el 6 de marzo de 2022];50(1):117–27. Disponible en: <https://cutt.ly/gDkA0sp>
69. Valdenegro Egozcue. B. Delincuencia, Infancia y Alteridad: una propuesta de inteligibilidad. *Univ Psychol* [Internet]. 2016;14(4):1473. Disponible en: <https://cutt.ly/oDkSyM7> doi: 10.11144/Javeriana.up14-4.diap
70. Ferriz L, Sobral J, Gómez-Fraguela JA. Empatía y delincuencia juvenil: Un meta-análisis sobre la relación. *Rev iberoam psicol salud* [Internet]. 2017 [Citado el 25 de febrero de 2022];9(1):1. Disponible en: <https://cutt.ly/NDkScWQ> doi: 10.23923/j.rips.2018.01.011
71. El Comercio Perú. Consejos para prevenir las modalidades más comunes de robo [Internet]. Lima: El Comercio Perú. 2020 - [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/KDkSK8g>
72. Pritzl K, Milavetz Z, Cuthrell H, Muentner L, Poehlmann-Tynan J. Young children's contact with their parents in jail and child behavior problems. *J Offender Rehabil* [Internet]. 2022 [Citado el 16 de febrero de 2022];61(2):88–105. Disponible en: <https://cutt.ly/HDkS24G> doi: 10.1080/10509674.2021.2018381
73. Nosotrxs. Niñas y niños que cumplen sentencias que no son suyas [Internet]. México: Nosotrxs. 2019 - [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/IDkDhyW>
74. Diario Oficial de la Federación. NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

- 2005 [Citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/FDkDJud>
75. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. 2012 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/NDkD4kB>
76. Diario Oficial de la Federación. NOM-013-SSA2-2006 Para la prevención y atención de enfermedades bucales. 2006 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/hDkFh5L>
77. Hirose López M, Ortega Herrera H, Hernández Ramírez BE, Mondragón del Valle Á, Vera Serna DL, Vera Serna RE. Guía para la Elaboración de la Historia Clínica de Odontopediatría. México; 2007. p. 16.
78. Abdalá L, Arturo. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. Gac Med Mex. 2019 [citado el 16 de febrero de 2022];155:629-634. Disponible en: <https://cutt.ly/sDkFH3a> doi: 10.24875/GMM.19005150

ANEXOS



**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

Día	Mes	Año

 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

--

Si hubo una experiencia anterior, ¿cómo fue? 1) Indiferente 2) Agradable 3) Desagradable

--

Describala _____

Remitido por _____ Teléfono _____

2. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

2.1 Gestación

El embarazo fue: 1) Normal 2) Alto riesgo 3) Otros _____

--

¿Tomó algún medicamento? 1) Sí 2) No ¿Cuál? _____ Motivo _____

--

2.2 Nacimiento

1) Parto eutócico 2) Parto distócico 3) Por cesárea

--

2.3 Etapa neonatal

1) Prematuro 2) A término 3) Post-término

--

Peso al nacer: _____ Rango: 1) Bajo < 2.5kg 2) Medio 2.5 a 3.5 kg. 3) Alto > 3.5 Kg Talla: _____

Presentó: 1) Hipoxia 2) Dificultad de succión 3) Ninguna 4) Otras _____

Anomalías congénitas: 1) Sí 2) No ¿Cuáles? _____

--

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				VIH			
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: _____

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre _____

Madre _____

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

¿Se alimenta o alimentó? 1) Por seno materno 2) Por biberón 3) Ambos 4) Otros _____

¿Hasta qué edad? Seno materno _____ Biberón _____

¿Cuántas veces al día? 1) Libre demanda 2) Número de veces _____

¿Endulza o endulzó su leche? 1) Sí 2) No

¿Con qué? 1) Azúcar 2) Miel 3) Otros _____

¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? 1) Sí 2) No 3) Una vez 4) Dos veces 5) Tres veces
6) Cuatro o más

¿Hasta qué edad? _____

4.2 Higiene

¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal con su hijo? 1) Sí 2) No

¿Quién lo realiza? 1) Padres 2) Paciente 3) Ambos 4) Otros _____

¿Con qué? 1) Cepillo 2) Gasa 3) Otros _____

¿Con qué frecuencia? 1) Una vez al día 2) Dos veces al día 3) Tres veces al día

¿Desde cuándo? 1) Antes de la erupción de los dientes 2) A la erupción de los primarios
3) A la erupción de los secundarios

¿Utiliza pasta dental? 1) Sí 2) No ¿Cuál? _____

¿Utiliza hilo dental? 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Diario 4) Ocasionalmente

¿Se cepilla los dientes antes de dormir? 1) Sí 2) No

¿Se le ha administrado fluoruro? 1) Sí 2) No

¿De qué tipo? 1) Colutorio 2) Barniz 3) Gel 4) Tabletas 5) Gotas

¿Desde cuándo? 1) Antes de la erupción de los dientes 2) Al erupcionar los primarios
3) Al erupcionar los secundarios

¿Dónde? 1) Casa 2) Escuela 3) Consultorio 4) Sector Salud

5. INSPECCIÓN CORPORAL

Peso actual: _____ Talla actual: _____ Temperatura: _____

Observaciones: _____

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: 1) Derecha 2) Izquierda
3) Normal 4) Desviación 5) Crepitación

--	--	--	--

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: 1) Sí 2) No 3) Cadena Submentoniana
4) Cadena Submandibular 5) Cadena Retroauricular

--	--

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

• **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 _____

--	--	--	--	--

• **Superficie interna:** 1) Labio superior 2) Labio inferior 3) Sin alteración 4) Úlceras
5) Mucocele 6) Otros _____

--	--	--	--	--

Frenillo labial: 1) Superior 2) Inferior 3) Inserción normal 4) Alta 5) Media
6) Baja 7) Doble 8) Otros _____

--	--	--	--	--

Mucosa yugal y fondo de saco: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Sin alteración
4) Gránulos de Fordyce 5) Úlceras 6) Otros _____

--	--	--	--	--

Frenillo bucal: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Múltiple / Inserción: 4) Alta 5) Media 6) Baja

--	--	--	--	--

Lengua: 1) Sin alteración 2) Saburral 3) Fisurada 4) Pilosa 5) Glositis Migratoria
Benigna 6) Glositis Romboidea Media 7) Úlcera de Riga-Fede 8) Otros _____

--	--	--	--	--

Frenillo lingual: Inserción: 1) Sin alteración 2) Corto

--	--	--	--	--

Piso de la boca: 1) Sin alteración 2) Ránula 3) Otros _____

--	--	--	--	--

Mucosa alveolar y encía: 1) Sin alteración 2) Úlceras 3) Abscesos 4) Fistulas
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 _____

--	--	--	--	--	--

Paladar duro: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Perlas de Epstein
5) Úlceras 6) Otros _____

--	--	--	--	--

Paladar blando: 1) Sin alteración 2) Cicatrices 3) Hendiduras 4) Úlceras 5) Otros _____

--	--	--	--	--

Faringe: Amígdalas palatinas: 1) Sin alteración 2) Ausentes 3) Presentes 4) Hipertróficas
5) Ulceradas 6) Hiperémicas 7) Otros _____

--	--	--	--	--

Úvula: 1) Sin alteración 2) Bífida 3) Inflamada 4) Ulceradas

--	--	--	--	--

5.2.2 Traumatismos

Dentición: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Ambas

¿Cómo ocurrió? _____

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? 1) Casa 2) Parque 3) Escuela 4) Transporte 5) Otros _____

Pérdida de conciencia: 1) Sí 2) No Tiempo: _____

Vómito: 1) Sí 2) No

Hemorragia: 1) Sí 2) No 3) Nariz 4) Oídos

Otros: _____

Diagnóstico: 1) Concusión 2) Subluxación 3) Luxación lateral
4) Luxación intrusiva 5) Luxación extrusiva 6) Avulsión 7) Fractura

Observaciones _____

6. OCLUSIÓN Y ALINEACIÓN

Línea media: 1) Superior 2) Inferior 3) Normal 4) Desviada der. 5) Desviada izq.

Planos terminales: 1) Derecho 2) Izquierdo 3) Vertical o recto 4) Mesial
5) Distal 6) Mesial exagerado

Espacios primates: 1) Sí 2) No 3) Superior 4) Inferior

Baume: 1) Tipo 1 2) Tipo 2 3) No registrable

Clase de Angle: 1) Clase I 2) Clase II 3) Clase II, división 1
4) Clase II, división 2 5) Clase III 6) Derecho 7) Izquierdo

Diastema: 1) Sí 2) No

Borde a borde: 1) Sí 2) No

Mordida cruzada: 1) Sí 2) No 3) Anterior 4) Posterior 5) Derecha 6) Izquierda 7) Bilateral

Sobremordida: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No

Traslape horizontal: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No

Mordida abierta: 1) Sí Medida en mm _____ 2) No

6.1 Hábitos nocivos

Succión:

Dedo: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente

Chupón: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente

Labio: 1) Sí 2) No Frecuencia: 3) Todo el día 4) Al dormir 5) Ocasionalmente

1) Otros _____ Frecuencia: 2) Todo el día 3) Al dormir 4) Ocasionalmente

Mordedura de labio: 1) Sí 2) No 3) Superior 4) Inferior 5) Ambos

Onicofagia: 1) Sí 2) No

Bruxismo: 1) Sí 2) No

Deglución atípica: 1) Sí 2) No 3) Con proyección lingual

Respiración bucal: 1) Sí 2) No

Otros _____

7. CONDUCTA Y ACTITUD

Respuesta conductual inicial del niño: 1) Grado 0 2) Grado 1 3) Grado 2 4) Grado 3

Actitud de los padres: 1) No cooperador 2) Potencialmente cooperador 3) Cooperador

9. RIESGO A CARIES

CRITERIO	RIESGO	VALOR	PUNTAJACIÓN
Cepillado dental con pasta fluorurada (número de veces al día)	Menos de dos veces al día	3	
Placa bacteriana (% de superficies dentarias pigmentadas)	Índice de O'Leary > 20%	3	
Frecuencia de ingestión de azúcar o carbohidratos refinados	Más de dos veces al día	3	
Lesiones cariosas	Presentes y activas	2	
Enfermedad gingival o periodontal	Presente	2	
Opacidades del esmalte o hipoplasia	Presente	1	
Fluorosis	Presente	1	
Aparatología ortodóncica o mantenedores de espacio	Utiliza	1	
Obturaciones defectuosas	Presentes	1	
Hábitos nocivos	Presente más de uno	1	
Total			
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: 1) ALTO (diferencia > 0) 2) BAJO (diferencia < 0)			

10. DIAGNÓSTICO: SANO 1) Sí 2) No RIESGO 3) Alto 4) Bajo <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
--

11. ACCIONES PREVENTIVAS SEGÚN RIESGO A CARIES

Acciones	Riesgo	
	Alto	Bajo
1. Examen periódico	Cada 3 meses	Cada 6 meses
2. Control de PDB	Cada 3 meses	Cada 6 meses
3. Recomendaciones dietéticas	Restricción de consumo de azúcares Incorporar a la dieta alimentos protectores	Modificación de factores de riesgo, como disminución de consumo de azúcares
4. Cepillado	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad
5. Fluoruros	Aplicación de fluoruro tópico por el C.D.	No requiere aplicación de fluoruro
6. Selladores de fosetas y fisuras	Se aplican si existen fosas y fosetas retentivas	No requiere aplicación de selladores

REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA _____
Nombre y firma del profesor(a)

OBSERVACIONES

No. de expediente _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO



México D. F. a _____

_____, con domicilio en _____
Nombre del padre o tutor

Calle No. Colonia Delegación
_____, en calidad de familiar o tutor de _____
C. P. Teléfono Nombre del paciente

_____, declaro que el (la) alumno(a) _____
del grupo _____, con número de cuenta _____ me ha explicado que:

1. El examen bucodental realizado a mi hijo(a) ayuda a establecer el diagnóstico de _____
y el tratamiento que consistirá en _____

2. La mayoría de los procedimientos en Odontopediatria requiere del uso de anestésicos locales y aislamiento absoluto con cuidados posteriores al mismo. Estoy enterado(a) de los riesgos y beneficios de su empleo.

3. Algunos medicamentos y productos odontológicos pueden ocasionar ciertas reacciones alérgicas.

4. La atención odontológica es diferente en el paciente pediátrico y que existen procedimientos que pueden requerir el uso de técnicas de manejo de la conducta de acuerdo con la edad (técnicas de comunicación, modificación de la conducta y restricción física), las cuales se me han explicado detalladamente, y estoy de acuerdo con su empleo cuando sea necesario.

5. Pueden existir cambios en el plan de tratamiento y realizar procedimientos alternativos con el fin de resolver el problema de mi hijo(a) y devolverle la salud bucodental, pudiendo esto generar costos extras.

6. Cuando un tratamiento se prolongue o interrumpa será necesaria una revaloración del plan de tratamiento. Asimismo, pueden presentarse consecuencias en caso de abandono del mismo, o si durante el tratamiento se acude a otra institución, lo que podría modificar lo convenido inicialmente.

7. De acuerdo con los datos que he proporcionado y que se encuentran asentados en la historia clínica, así como con el examen bucodental que ha efectuado el alumno con la asesoría del profesor _____, acepto que en caso de que mi hijo(a) presente alguna enfermedad sistémica, es imprescindible para su atención bucodental una autorización por escrito del médico tratante.

8. Ésta es una institución educativa donde los tratamientos forman parte de las actividades de aprendizaje de los alumnos, por lo que la asignación del alumno tratante estará a cargo del profesor. La atención bucodental estará sujeta a los tiempos determinados en el calendario escolar, a la disponibilidad de lugar en la clínica y a las habilidades del alumno.

9. Cualquier actividad encaminada a la valoración, diagnóstico y tratamiento tiene un costo, el cual deberá cubrirse en la caja cuando se me indique.

10. Tres inasistencias o retrasos implican la suspensión en la atención en esta institución. En caso de ser necesaria la cancelación de una cita deberá notificarla con 24 horas de anticipación.

11. Existe la posibilidad de revocar este consentimiento, siempre y cuando se notifique por escrito tanto al alumno como al profesor.

Declaro que comprendo y acepto todos los incisos anteriores y que toda la información que proporcioné es veraz. Asimismo, manifiesto mi conformidad con la información recibida, los alcances y riesgos de la atención clínica y, por lo tanto, otorgo mi consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos necesarios para la atención bucodental de mi hijo(a).

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del alumno

Nombre, firma del profesor y número de Cédula Profesional