

**ARTÍCULO DE REVISIÓN**

ISSN: 1315 2823

**Identificación de los indicadores de maltrato infantil
a través de la revisión bibliográfica****Identification of indicators of child maltreatment
through the bibliographical review**Rondón Neorlay Desiree¹, Guerra María Herminia¹, Zamudio Ysabel Cristina², Orozco Gladys²

¹Estudiante del Programa de Especialización en Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Venezuela. ²Profesora del Programa de Especialización en Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo. Venezuela.
desiree1988@hotmail.com

Recibido: 15/08/2017
Aceptado: 17/10/2017**Resumen**

El propósito de esta investigación fue identificar a través de una revisión bibliográfica los indicadores del maltrato infantil, utilizando las publicaciones desde 1995 hasta la actualidad, encontrada en internet es los buscadores Scielo, PubMed, Medline, en inglés, portugués y español, recopilación de datos obtenidos de organizaciones oficiales, e investigación de documentos impresos. Los estudios señalan que a menudo el primer profesional de la salud para examinar de forma rutinaria al niño es el Odontopediatra y, entre los indicadores que se pueden observar están: laceraciones, equimosis, quemaduras, traumatismos dentales, entre otros. Se concluye que el Odontopediatra debe estar preparado para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas de maltrato a autoridades competentes, debido a que, una de las áreas más afectadas en el abuso físico es la orofacial.

Palabras clave: maltrato infantil, odontopediatra, lesiones orofaciales

Summary

The aim of this research was to identify through the bibliographic review the indicators of the child maltreatment. Using medical literature from 1995 to the present time, also it was found on the Internet through the virtual libraries as Scielo, PubMed, Medline published in several languages; furthermore, data collection obtained from official organizations, and investigation of printed documents. Studies have found that often the first health professional who routinely examines the child is the Pediatric Dentistry and, among the indicators that can be observed we have lacerations, ecchymoses, burns, dental traumatism, to name a few. It is concluded that the Pediatric Dentistry must be prepared to recognize, diagnose and report suspected child maltreatment to the authorities due to the fact that the most affected areas by physical abuse are the orofacial injuries.

Key words: child maltreatment, Pediatric dentistry, orofacial injuries.



Introducción

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico¹ con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños². El centro internacional de la infancia de París estableció los malos tratos a la infancia como “acción, omisión, o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”³.

Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que en mayor o menor medida se presentan en todos los tiempos; incluso diferentes culturas los promueven, como es el sacrificio a los dioses, el infanticidio de niñas (por no ser rentables), o de niños para regular el crecimiento de un pueblo, por presentar problemas de salud, deficiencias físicas, psíquicas⁴, niños considerados débiles, así como también, el maltrato como forma de educación, el derecho del padre sobre los hijos y sobre la hija en el incesto.²

En este orden de ideas, se puede citar el concepto de maltrato infantil según la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiéndose como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder⁵⁻⁷

La historia de occidente se inicia en Grecia, en donde era una práctica común abandonar a los niños o utilizarlos para ciertos ritos, se pensaba, aplacar la ira de los dioses. Los historiadores afirman que, en la antigua Atenas el padre era dueño absoluto del hijo recién nacido y

solamente levantándolo del suelo era que reconocía la paternidad y por supuesto, el cuidado y el derecho del hijo; en caso contrario, el pequeño tenía que ser tirado a los basureros que rodeaban las ciudades.³

En la época medieval, los niños eran considerados como un adulto en miniatura. En la época precolombina los sacrificios de niños al Dios Tláloc eran frecuentes. Por otra parte en América, la sociedad mexicana puesto que era una cultura militarista y siempre dispuesta a la guerra, educó a los niños con mano férrea, con el fin de hacerlos fuertes, sufridos y diestros³. Hecho semejante ocurrió en Alemania cuando Hitler, en su afán de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar física y emocionalmente a millares de niños, como también, con la llegada de la Revolución Industrial, los niños ingresaron a trabajar 16 horas o más.⁸

Finalmente, en la época moderna es evidente que, el maltrato a los niños ha sido negado, posiblemente por la existencia de diversas organizaciones y leyes que protegen a los niños. Por esta razón, en 1860 Ambroise Tardieu describe el síndrome del niño golpeado, basándose en datos obtenidos en las autopsias, aunque no identifica el problema en detalle, hace una descripción de las lesiones de 32 niños, 19 de ellos murieron quemados o por asfixias⁸. Partiendo de esto en 1871 se funda la Sociedad para la Prevención de la Crueldad Contra los Niños teniendo como sede la ciudad de Nueva York.⁹

Actualmente, el problema no ha disminuido a pesar de que ya se conoce más de él. Cabe resaltar que el maltrato al menor sigue siendo una práctica común en algunas familias y en instituciones privadas y públicas dedicadas al cuidado y educación de los niños³. Por lo tanto, el Odontopediatra como profesional de la salud puede detectar, inicialmente, signos y síntomas de maltrato físico por las lesiones buco-faciales

que presente un niño. En ocasiones estas señales no pueden ser percibidas por el profesional a causa de su falta de conocimiento sobre abandono y maltrato infantil¹⁰ que en el medio odontológico todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión de éste, constituyen la parte visible de este gran problema. Por ello, el Odontopediatra tiene una función vital en el reconocimiento de los signos mucocutáneos sospechosos de maltrato.¹¹

Se estima que entre un 50 y 70% de los casos de lesiones de maltrato infantil¹² se presentan en la cara y cavidad bucal, por consiguiente se puede decir que, los Odontopediatras tienen quizás, el privilegio de detectar estos traumas; no obstante es desperdiciado por desconocimiento que conlleva a la imposibilidad de comprender que están ante dicha entidad¹³⁻¹⁵. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema.^{10,11,16}

Dentro de las barreras e inconvenientes que se han identificado para el reporte de maltrato infantil está la ausencia de instrucción y entrenamiento para el Odontopediatra¹⁷; si este es entrenado está más seguro de sus habilidades para reconocer el abuso y más casos pueden ser reportados y diagnosticados desde la consulta dental.⁷ Por esta razón, en Brasil esfuerzos educativos se han centrado en la formación de los profesionales de la salud oral en reporte obligatorio^{15,18}. De igual manera, la Asociación Dental Holandesa desarrolló un código de reporte para los profesionales de la salud oral¹⁹. Así mismo en Escocia, estudios reportan que la falta de toma acción está relacionada con la carencia de la certeza del diagnóstico²⁰, por lo tanto, es imperativo la educación al profesional en cuanto al tema.²¹⁻²³

Por su parte el Odontopediatra durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, cuenta con una posición privilegiada para la identificación, diagnóstico y reporte de

abuso infantil, además, una deficiente salud oral a menudo se asocia también al abandono de los niños²⁴⁻²⁶, a pesar de todo lo anterior el profesional continúa dejando de reportar estos casos^{27,28} por tal motivo, estos profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes²⁹, las cuales juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal³⁰, puesto que el diagnóstico es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema.^{31,32}

Materiales y métodos

Para la siguiente investigación se hizo una búsqueda exhaustiva de los reportes de la bibliografía médica y social desde 1995 hasta el año 2016, en los idiomas inglés, portugués y español, mediante búsquedas en Internet utilizando las bibliotecas Scielo, PubMed, Medline, recopilación de datos obtenidos de organizaciones oficiales, usando como palabras claves maltrato infantil y lesiones orofaciales. La búsqueda arrojó 7245 artículos, de los cuales fueron escogidos aquellos que genuinamente relacionaran el maltrato infantil y la odontología. Se utilizaron también documentos impresos. Las publicaciones consideradas pertinentes fueron ordenadas y analizadas.

Indicadores de maltrato infantil

Llama la atención los factores etiopatogénicos que conllevan al maltrato infantil como la edad, género, ubicación en el árbol genealógico familiar de las víctimas, siendo la mayor incidencia entre los 2 y los 7 años y el punto más alto de castigo corporal ocurre entre los 3 y los 5 años³³. Así mismo, la víctima de malos tratos es con mayor frecuencia el primer hijo, bien por ser un niño no deseado, o por venir a romper el precario equilibrio económico de la pareja. En

otras ocasiones, se trata de niños adoptados que "no respondieron" a las esperanzas puestas por esa pareja en este hecho. Y, por último, también son víctimas de maltrato los "niños difíciles", niños no deseados, prematuros, con bajo peso, con enfermedades crónicas o con diversidad funcional.^{5,34}

Del mismo modo, otro estudio afirma, que las características de desarrollo físico, la vulnerabilidad, edad, impedimentos físicos o psíquicos, problemas crónicos de salud, dificultades en lenguaje y aprendizaje, trastornos de conducta o de la personalidad son factores de riesgoabuso¹². A continuación se presenta los dos tipos de maltrato infantil:

Tabla N°1 Tipos de maltrato infantil^{30,35}

ACTIVO	PASIVO
Abuso físico	Abandono físico
Abuso sexual	Omisión-Negligencia
Explotación laboral	Negligencia Odontológica
Abuso emocional	Abandono emocional

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos⁵; es un comportamiento regular de omisión respecto al cuidado del niño(a), no le dan atención a las necesidades básicas a nivel físico (cuidado, alimentos, ropa, salud y vivienda) emocional (afecto, seguridad, apoyo emocional), la educación (matrícula escolar en edad, la promoción de la asistencia regular) y médicos (vacunas, atención médica regular, atención médica urgente), odontológicos, que resulta en un daño en su salud y desarrollo físico, mental, emocional, moral o social.¹²

Así mismo, la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de

higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, cabello deslustrado, lactantes con eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.³¹

Mención especial merecen las lesiones craneoencefálicas por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el síndrome de niño maltratado (sobre todo en niños menores de 2 años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial, estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del SNC³⁶.

Fue precisamente el hematoma subdural el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, y constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales.^{5,37}

Lo más llamativo suelen ser las lesiones cutáneas, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias son las más frecuentes manifestaciones del Síndrome del niño maltratado^{38,39}. En el caso de alopecias es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.⁵

Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Deben ser motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo

y, particularmente, si presentan diferentes estadios evolutivos⁴⁰.

Al mismo tiempo Bsoul²⁷ afirma que más de 50 % de las lesiones se producen en cabeza, cara, cavidad oral; estas múltiples lesiones se deben a su fácil accesibilidad. (En particular, para tratar de silenciar al niño).

Las lesiones orofaciales se deben, a golpes con la mano o con objetos⁴³. En general, el resultado de la introducción de un objeto forzado en la boca para amordazar o silenciar al niño, a la fuerza de alimentación hasta abusos sexuales⁴¹. La erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarramiento del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarramiento será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que erosiones a nivel de mejillas y orejas.⁵

Un ejemplo es, la laceración del frenillo labial y lingual, especialmente el labial; que puede ocurrir accidentalmente en un niño que está aprendiendo a gatear y cae al piso, sin embargo, un niño menor de ocho y más de 18 meses es

muy sugerente de abuso (Abuso o la potencia sexual particular Forzada).⁴³

Por lo tanto, las lesiones en lugares poco usuales al trauma o la naturaleza accidental a la edad del niño como hematomas u otras lesiones orofaciales, especialmente alrededor de los ojos, los oídos región retroauricular, las zonas laterales de la cara y la boca, sugieren que se han producido en el contexto de abuso.

También lesiones en el paladar son típicas de alimentación forzada y petequias palatinas son sugestivas de abuso sexual, especialmente si se asocia a laceraciones de los frenillos y a infecciones orales de agentes causal de las enfermedades de transmisión sexual.¹²

En resumen; se consideran signos de abuso (indicadores físico y sexual) y los síntomas o cambios de comportamiento (indicadores psicológicos) cuando están presentes y se sospecha que ha ocurrido una situación de abuso, o al menos la existencia de un entorno de riesgo para el niño(a), implicaría hacer profundo estudio del caso⁴². Estos indicadores serán mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 2. Tipos de lesiones orofaciales²⁷

Localización de Lesiones	Tipo de Lesiones orofaciales
Labios	Excoriación, esquimosis, laceraciones, quemaduras, lesiones de enfermedades por transmisión sexual
Mucosa gingival y yugal	Abrasiones, laceraciones, quemaduras, petequias, lesiones de enfermedades por transmisión sexual
Lengua	Mordedura, quemaduras, patología infecciosa por agentes de enfermedad de transmisión sexual
Frenillo labial y lingual	Laceraciones, esquimosis
Paladar	Laceraciones, quemaduras
Dientes	Luxación, avulsión, fractura, intrusión, necrosis
Huesos de la cara y mandíbula	Fracturas

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

Tabla 3. Indicadores psicológicos de abuso²⁷

Indicadores psicológicos de abuso	
Abuso Físico	Comportamientos agresivos, dificultades de auto-control emocional, dificultades de integración a grupos de pares, actividades delictivas, baja auto estima, percepción negativa de sí mismo, internalización de los problemas, entre otros.
Abuso Sexual	Angustia, miedo, rabia, inestabilidad afectiva, cambios de humor, ansiedad, depresión, baja auto-estima, crisis de pánico, sentimientos de desánimo e impotencia, sentimientos de desconfianza con los adultos, aislamiento social, trauma sexual, mentiras compulsivas, bajo rendimiento escolar, comportamiento auto-destructivo y suicidas
Abuso emocional	Tristeza persistente, baja autoestima, atraso desenvolvimiento, bajo rendimiento escolar, comportamientos de oposición, internalización de los problemas, depresión, problemas alimenticios, comportamiento auto-destructivo, aislamiento social, dificultad para las relaciones interpersonales, entre otros.

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

El lugar de trabajo dental más común es la zona del maxilar anterior, debido a traumatismo directo con mano o la muñeca durante agresión, o indirectamente, por la introducción forzada de instrumento en la cavidad oral⁴³. En el caso de lesiones como quemaduras, aparecen tanto intraoral como perioral producto de la introducción de líquidos calientes o sustancias cáusticas.¹²

Los indicadores físicos tienen lugares muy diversos y pueden ser identificados en áreas como miembros superiores e inferiores, piel, tejidos blandos, pecho, abdomen y la región craneofacial.

En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax "lesiones figuradas" que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión de los dedos.⁴³

Otro signo bien conocido dentro de la clínica, son las mordeduras. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas⁴⁴.

Pueden ser únicas o múltiples y, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en odontología forense.⁵

Intervención del Odontopediatra

¿Cómo identificar?

Es primordial establecer una definición adecuada del maltrato infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal,

proceso que no es fácil dada la complejidad del problema^{45,46,47}. El diagnóstico de sospecha de abuso infantil es complejo y nunca debe depender únicamente de la observación de una lesión, secuela o cualquier otro tipo único, ya que la mayoría de ellos no son patognomónicos de abuso, sólo pueden ser indicadores más o menos consistentes de la posibilidad de ser un cuadro de maltrato.⁴³

Por lo tanto, el diagnóstico siempre se basa en una serie de indicadores insertados en un contexto particular: indicadores físicos, siempre valoradas en el contexto, la historia y el resultado de la confrontación entre lo que se observa y la historia de lo informado por la víctima u otros, especialmente cuando la explicación es insuficiente, los cambios en la historia de cómo se produjo la lesión, discrepancia entre la aparición de lesiones y / o secuelas.¹²

Se debe prestar atención a situaciones en las que se observan lesiones en lugares inapropiados por accidentes, lesiones en diferentes etapas de la evolución o el retraso en la búsqueda de atención de salud, si hay lesiones significativas⁴³ para ir haciendo un diagnóstico diferencial, en estos términos debe tenerse siempre presente la posibilidad de estar frente a lesiones asociadas con un defecto en particular o patología (por ejemplo, trastornos de la coagulación, la osteogénesis, trastornos convulsivos imperfectos, condiciones patológicas que debilitan los dientes como la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta, sobremordida vertical, superior a cuatro milímetros, la incompetencia del labio, mordida abierta), a una lesión accidental, una secuela o lesión postoperatoria iatrogénica, ciertas condiciones morfológica o incluso un daño autoinfligido.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que los padres suelen tardar en llevar al niño al médico, y es característico que las consultas se hagan sucesivamente en centros distintos para no

levantar sospechas. La presencia de estos hechos en su totalidad o parcialmente hace necesario el estudio radiológico completo, exploración neurológica mediante TAC, determinaciones analíticas para descartar estados carenciales, estudio psicosocial de la familia.⁵

¿Cómo registrar?

La historia clínica de un paciente es un documento médico-legal⁴⁸, especialmente cuando se enfrenta a una potencial víctima de un delito. Por lo tanto, deben ser cuidadosamente documentados en el procedimiento clínico, los siguientes aspectos:

- Antecedente personales y familiares:
 - Lesiones, hospitalizaciones, enfermedades, enfermedades crónicas congénitas, enfermedades genéticas, alergias a medicamentos.
 - Historia del desarrollo de la motricidad, el lenguaje y psicosocial del niño.
 - Historia del embarazo (deseado o no deseado, planeado o no; atención prenatal; con inasistencia médica; complicaciones durante el embarazo y parto, depresión postparto).
 - Historia de la violencia doméstica, el abuso sustancias, problemas sociales o financieros, abuso de los hermanos o los mismos padres.
 - Estándar de la disciplina familiar
- Historia de la enfermedad actual:
 - La documentación detallada de las lesiones del niño, en particular, foto y formación de imágenes.
 - Descripción de los síntomas presentados por el infante.
 - Registro detallado de la historia del evento reportado por cuidadores y el niño.
 - Estado y la descripción emocional del niño y sus familiares o compañeros de viaje en la consulta.

- Descripción de las actividades y el estado emocional de los niños y cuidadores antes, durante y después de producción de lesión.
- El diagnóstico de sospecha de abuso o descuido de los niños.
- Las secuelas resultantes del abuso.

La serie fotográfica del niño, en su caso lesiones sospechosas de ser abusivo, deben incluir fotografía de la cara para identificarlo. Todas las fotografías deben tener fecha y hora, y deben ser registrados al menos tres imágenes de todas las lesiones, diferentes enfoques, es decir, de largo alcance, mediana gama, estas fotos con una escala de colores (Para documentar fielmente que representa el color en las fotografías). Además de esto se recomienda realizar impresiones en silicona.¹²

¿Cómo denunciar?

Cada país cuenta con organismos específicos para recibir e investigar los informes de sospecha de abuso infantil^{12,49}. En Venezuela existen entidades como el Consejo de Protección de niños, niñas y adolescente (CPNNA), la Fiscalía de protección de niños, el Tribunal de Protección, que se rigen por la ley orgánica de protección del niño, niña y adolescente (LOPNA), encargadas de orientar las denuncias, en casos de maltrato infantil.

No obstante el Odontopediatra tiene que estar atento y no dejarse persuadir de un todo por lo que diga los representantes o niños ya que muchas veces se puede estar frente al síndrome de alienación parenteral donde uno de los progenitores quiere perjudicar al otro ya sea por un divorcio o diferencias que sostenga la pareja. El denominado (SAP) fue descrito por primera vez por Richard Gardner en 1985, sin embargo, otros autores habían recogido con anterioridad el concepto bajo otras denominaciones más o menos afines como “Síndrome de Medea”, “Síndrome de la Madre maliciosa” o

“Programación Parental en el Divorcio”, entre otros.⁴⁹

En síntesis, la problemática se caracterizaría por la presencia en niños, niñas y adolescentes de emociones, actitudes y comportamientos de rechazo hacia uno de los progenitores y/o su familia extensa cuyo origen, básicamente, surge de un proceso de mediatización por parte del otro progenitor. En consecuencia, el proceso de alienación parental genera una interferencia significativa en la calidad de la relación del menor con sus progenitores y, por tanto, contribuye a su posible inadaptación.⁴⁹

Discusión

Existe una relación entre el maltrato infantil y las lesiones patológicas en cabeza y cuello⁵⁰. Estudios epidemiológicos evidencian que 50 a 77 % de las lesiones físicas de niños maltratados aparecen en la región oro-facial (boca, cara y cabeza). Al igual que Crespo³⁰ afirma en un estudio, que las regiones del cuerpo afectadas con mayor frecuencia en el abuso físico, son el cráneo, el cuello y región orofacial, de hecho, alrededor de 50% de las lesiones resultantes de abuso infantil se producen en la región orofacial.³⁰

Al mismo tiempo, otros autores coinciden que los indicadores oro-faciales, signos y síntomas en la cavidad oral son presencia de petequias en el paladar, desgarro en el frenillo labial y lingual, retraso para emprender el tratamiento, caries en número abundante, abscesos repetidos, granulomas, ausencia de dientes, enfermedades periodontales^{51,52}. De igual manera De Lima agrega marcas de mordida humana, y la negligencia odontológica siendo esto un indicador importante para el Odontopediatra, en muchos casos difícil de denunciar como maltrato infantil, ya que se presentan obstáculos como financieros, intelectuales y sociales.⁵³

Tal como ya han indicado algunos autores, es fundamental que los equipos profesionales que se enfrentan a la evaluación de estas problemáticas, dispongan de una adecuada formación y experiencia que les permita diferenciar correctamente, siendo los psicólogos forenses expertos en intervenciones con niños, los profesionales que más adecuadamente pueden asumir estas valoraciones, igualmente se debe formar un equipo multidisciplinario que colabore en la correcta evaluación de todos los aspectos evaluables (psicológicos, médicos, sociales y odontólogos).^{54,55}

Por lo tanto, estos datos sitúan al Odontopediatra en una posición privilegiada para realizar la detección, diagnóstico y reporte de abuso infantil^{52,53}. Es por ello que, los profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes, las cuales juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal.³⁰

La identificación de los elementos de Maltrato Infantil tiene que ser siempre penado. Se habla de un Modelo Ecológico del Maltrato comprendido por cuatro niveles: Individual, Relacional, Comunitario y Social. Se considera que los casos denunciados de malos tratos son sólo el 10% de los reales⁵. De cualquier forma, los resultados de las estadísticas son pobres, al igual que son pocos los diagnósticos, lo que no tiene nada de extraño por cuanto debemos admitir que la mayoría de los casos permanecen en la clandestinidad.⁵⁶ Una tarea prioritaria es generar políticas públicas efectivas, puesto que el maltrato infantil es causado por círculos de violencia. Por lo tanto se debe; reducir las desigualdades y el maltrato entre iguales y siempre promover el buen trato entre las personas.

Los odontólogos son propensos a tratar a los pacientes que han experimentado una amplia gama de eventos traumáticos, incluido el abuso

y/o negligencia infantil, violencia doméstica, asalto sexual. La Asociación Dental Americana (ADA) Principios de Ética y el Código de Conducta Profesional destacan que los odontólogos deben estar familiarizados con los requisitos para la presentación de informes de abuso y negligencia, así como los signos de abuso y cómo se presentan en un contexto de salud oral⁵⁷. Sin embargo, varios autores resaltan el escaso conocimiento sobre el tema como uno de los principales factores que afectan a la identificación y presentación de informes de maltrato.⁵⁸

Con el objetivo de prevenir el maltrato infantil (MI) se han elaborado estudios, creando programas de prevención, en España se realizó un estudio que analiza la eficacia de un programa de prevención del maltrato infantil en el contexto educativo. La propuesta de actuación parte de la utilización del cuento como instrumento para la prevención primaria. El programa trata de mejorar las capacidades de los niños para enfrentarse a situaciones potencialmente amenazantes. El programa fue aplicado en 10 colegios de Educación Primaria de Extremadura (España), a un conjunto de 317 alumnos de 9 y 10 años. Se estructura en 12 sesiones en las que se trata de que los niños tomen conciencia del maltrato, identifiquen situaciones de abuso y aprendan estrategias de afrontamiento, utilizando para ello la acción tutorial y vinculando el programa a los objetivos de la etapa educativa de los alumnos. La evaluación del programa, demuestra cómo los alumnos del grupo experimental resuelven las situaciones con mayor habilidad, confianza y firmeza, y tienen más claro cuáles son las fuentes de ayuda a las que recurrir como medida de protección.⁵⁹

Así mismo, en Chile ha sido un tema de preocupación, puesto que, a pesar de los esfuerzos realizados siguen siendo recibidos en los hospitales casos de MI, en vista de esta problemática en el Hospital Clínico Roberto de

Ríos se creó el “Comité Operativo de Maltrato Infantil” dirigido por el Dr. Hernán Moya, el cual se encarga de colaborar con la capacitación del personal hospitalario y en el análisis y resolución de los casos de maltrato vistos en el Hospital con el claro propósito de inclinarse a la protección de estos menores.³⁰

Conclusiones

Desde el punto de vista médico clínico, siempre que se encuentre un niño con edad inferior a los cinco años que presente lesiones traumáticas con una explicación no convincente o inconsistente por parte de los familiares, con aspecto descuidado en su higiene y vestimenta, así como retraso en el crecimiento, que muestre actitudes de recelo y temor, hay que estar atentos ante la posible presencia del Síndrome del Niño Maltratado. Así mismo, se puede referir que los indicadores físicos más comunes en la consulta odontopediátrica son traumatismos dentales, erosiones, quemaduras, hematomas en la región orofacial, laceración del frenillo labial y mordeduras por parte de los cuidadores.

El maltrato físico de los niños es un problema que no está limitado solo a las profesiones médicas o los servicios sociales. El Odontopediatra tiene que estar alerta a la posibilidad de que el trauma orofacial puede ser causado por el maltrato infantil. Si se logra que la Profesión Odontológica tome más conciencia del problema a través de información directamente relacionada con su campo, la detección del maltrato infantil aumentara en considerable medida y, en consecuencia se evitará la reincidencia de éste y se prevendrán futuras lesiones e inclusive servirá para salvar la vida de muchos niños y niñas⁶⁰. Es fundamental tener, en todos los servicios de salud, registros médicos estructurados con todos los elementos que deben recogerse en la evaluación de sospecha de maltrato infantil, contribuyendo así

con estos datos de una manera estandarizada y con el apoyo de un equipo multidisciplinario lograr resolver estos casos de una mejor manera.

Referencias

1. Martínez A. Ochotorena J. Maltrato y abandono en la infancia. 1era Edición. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 2000.
2. Casado F, Díaz J, Martínez C. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1era Edición; 1997.
3. Díaz H, García M. Maltrato y abandono infantil. 1era Edición. Madrid 1995:19-27.
4. Beley A. Niños inestables. 9na Edición. Barcelona: Editorial Planeta, S.A. 1976
5. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico legales. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):53-63
6. Al- Dabaan R. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. Saudi Dent J 2014; 26: 79-87.
7. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect. Geneva: WHO Press, 2006. [Acceso: 30 de junio de 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
8. María B. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. Revista nuestro Hospital. 1998; 2 (2): 1-4
9. Osorio CA. El niño maltratado. 2a. edición. México, D.F: Trillas, 1995.
10. Gamboa M, Guerra M. Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de caso. Rev Odontolatin. 2013; 3 (2): 26-9

11. NS. E. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am J DisChild.* 1979; 133:906-9
12. Cavalcanti AL. Maus-tratos Infantis-Guia de orientação para profissionais de Saúde. João Pessoa: Ed. Idéia; 2001
13. Ramos-Gómez F RDBS. Knowledge and attitudes among California dental care providers. Regarding child abuse and neglect. *J Am DentAssoc.* 1998; 129:340-8.
14. Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat.* 2010; 44 (4): 285-92.
15. Mouden LD. Child abuse and dentistry: what you should know. *J Mich Dent Assoc.* 1994; 76(5): 22-7.
16. Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, Giardino I, Chiaretti A. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr.* 2017;(1):72
17. Granville A. Maus-Tratus infantis: Percepção e responsabilidades do cirurgião-dentista. *Rev. odontociênc.* 2008;23(1):35-9
18. Hindley, N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review *Arch Dis Child.* 2006;91:744-52
19. Brigitte A, Wil J, Josef J. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *Oral Health.* 2015; 15:159
20. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. Summary of: The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; (9). 454-5.
21. Markovic N. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater sociomed.* 2015; 27(6): 372-5.
22. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1): 5-11.
23. Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat.* 2010; 44(4): 285-92.
24. Valencia N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent.* 2009; 68(2): 94-101.
25. Arslanagic A, Markovic N, Zukanovic A, Selimovic M, Kobaslija S, Juric H. Oral Health Related to Demographic Features in Bosnian Children Aged Six. *Coll Antropol.* 2010; 34(3): 1027-33.
26. Markovic N, Arslanagic Muratbegovic A, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A. Caries prevalence of children and adolescents in Bosnia and Herzegovina. *Acta Médica Académica.* 2013; 42(2): 108-16.
27. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent.* 2003; 25 (6): 541-5.
28. Vergara K, Cardenas S. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam.* 2014; 7 (2): 152-67.
29. Cukovic I, Welbury R. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *JFOS.* 2013; 31 (1): 15-21.
30. Creso M, Andrade D, Alves A. O papel do médico dentista No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port.* 2011;24: 939-48.
31. Santana R, Sánchez R. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México.* 1998; 40 (1): 28-36
32. Da Fonseca M, Feigal R. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at

- major country hospital. *Pen Dentistry* 1992; 14: 152-7
33. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan Am J Public Health.* 1999; 5:222-31.
 34. Flaherty EG, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics. Committe on Child Abuse and Neglect. Clinical report -The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics* 2010; 126(4):833-41.
 35. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. *Int J Odontostomat.* 2014; 8(1):167-73.
 36. Lee EP, Hsia SH, Huang JL, Lin JJ, Chan OW, Lin CY, Lin KL, Chang YC, Chou IJ, Lo FS, Lee J, Hsin YC, Chan PC, Hu MH, Chiu CH, Wu H. Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(23):e7107.
 37. Yoon SY, Choi YJ, Park SH, Hwang JH, Hwang SK. Traumatic Brain Injury in Child renunder Age 24 Months: Analysis of Demographic Data, Risk Factors, and Outcomes of Post-traumatic Seizure. *J Korean Neurosurg Soc.* 2017;60(5):584-90.
 38. Swerdlin A, Berkowilz C. Cutaneous signs of child abuse. *J Am acad Dermatol.* 2007; 57 (3): 371-92.
 39. Welburry R, Hobson R, Stephenson J. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the orofacial signs of child physical abuse (non accidental injury) by general dental practitioners. *Br Dent J.* 2001; 190: 668-70.
 40. Santos DD. Intervención de la policía Vasca en el maltrato infantil. En: *El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional.* México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:311-22.
 41. Dias I, Silveira Ribeiro C, Magalhães T: A Construção Social do Abuso na Infância. In: Magalhães T, ed. *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeitaaao diagnóstico.* Lidel Editora. 2010. 5-22
 42. Mouesca. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Arch. argent. pediatr.* 2015 [citado 2017 Sep 27; 113(6): 558-567. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.558>.
 43. Magalhães T, Jardim P, Santos L, Pinto N, Dinis R, Caldas I: Indicadores Físicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. *Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeitaaao diagnóstico.* Lidel Editora. 2010;(29) 51-108.
 44. Milling-Kinard E. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse Negl.* 1994;18: 645- 56.
 45. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas, 1991.
 46. Gough D. Defining the problem. *Child Abuse Negl.* 1996;20:993-1002.
 47. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional.* México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil. 1992:192-200.
 48. Alcaraz M, Román Y, Guerra I. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN.*2010;14 (7). 578-86.
 49. Aldunate M. Maltrato infantil, situación en el Hospital de Niños Roberto del Río. *Rev. Ped. Elec.* 2007; 4 (2): 718-918.

50. Pereda N, Arch M. Abuso sexual infantil y síndrome de alienación parental: criterios diferenciales. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Cuad Med Forense. 2009; 15(58):279-87
51. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists perceptions, attitudes, knowledge and experience about child abuse and neglect in north east Italy. J Clin Pediatr Dent. 2007;32(1):19-25.
52. Ferro T, Maldonado A, Montiel Y, Rivas M, Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria 2010. Consultado 15/08/16. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art3.pdf>
53. Medrano G, Perona M. Maltrato infantil: ¿una realidad muy cercana, Como debemos actuar los odontólogos? Odontol Pediatr. 2010; 9(1):78-94.
54. De Lima A, Brito A. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantise da negligência odontológica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (2): 403-10.
55. Lee MS, Olesen NW: Assessing for alienation in child custody and access evaluations. Fam Court Rev 2001; 39(3):282-98.
56. Pereda N, Arch M. Child sexual abuse an parental alienation syndrome. Differential criteria. Cuad Med Forense. 2009;15(58):279-87.
57. Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY: Methodological challenges in measuring child maltreatment, Child Abuse & Neglect 2010;34:70-9.
58. Raja S, Chelsea F, Kruthoff. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module. J Dent Educ. 2015; 7 (2): 35-40.
59. Alves G, Araújo A, Marques L. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting treatment of children and adolescents. Rev Paul Pediatr. 2013;31(2):223-30.
60. Moreno J, García E, Blázquez M, -Alonso, Pozueco J. Application of a child abuse prevention programme in an educational context. Rev Neurolo.2014; 30(3):1014-24.
61. 1er Foro Internacional por el derecho al buen trato de Niñas, Niños y Adolescente. 25 de abril día Internacional lucha contra el Maltrato Infantil. Tribunal Supremo de Justicia Caracas abril 2016. [http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Informe-Oficial-de-Venezuela-presentado-en-el-Examen-Periodico-Universal-\(EPU\).pdf](http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Informe-Oficial-de-Venezuela-presentado-en-el-Examen-Periodico-Universal-(EPU).pdf)