

T1168

**PERCEPCIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL:  
DETECCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.**

**Investigadoras**

**ERIKA ROCIO FERNANDEZ BRÍÑEZ  
JOHANNA MARIA FLOREZ SANCHEZ  
LUVIDIAN MARYORI ESPINEL ROJAS**

**Trabajo de Grado para otra el título de  
Odontóloga**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
PREGRADO  
BOGOTÁ D.C.  
II - 2008.**

**PERCEPCIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL:  
DETECCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.**

**Investigadoras**

**ERIKA ROCIO FERNANDEZ BRÍÑEZ  
JOHANNA MARIA FLOREZ SANCHEZ  
LUVIDIAN MARYORI ESPINEL ROJAS**

**Asesora Científica**

**TATIANA PEREZ DE URBINA  
Odontóloga Forense**

**Asesor Metodológico**

**PIEDAD MALAVER CALDERON  
Odontóloga Ms Biología, énfasis genética humana**

**Asesor Estadístico**

**CLARA BEATRIZ LOPEZDEMESA MELO**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**

**PREGRADO**

**BOGOTÁ D.C.**

**II - 2008.**

## **DEDICATORIA**

**A todos aquellos que nos brindaron su colaboración, tiempo y dedicación para  
lograr culminar ésta meta en nuestro proceso de formación**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a La Institución Universitaria Colegios de Colombia y todo su equipo interdisciplinario por el soporte científico que nos brindaron durante todo el proceso previo a la realización de éste proyecto.

## Tabla de contenido

	Página
1 ASPECTOS TEÓRICOS – CIENTÍFICOS.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	10
1.3 PROPÓSITO .....	11
1.4 MARCO TEÓRICO.....	12
1.4.1 MARCO LEGISLATIVO .....	12
1.4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.4.3 MALTRATO DURANTE LA GESTACION.....	23
1.4.4 DIAGNOSTICO DEL MALTRATO INFANTIL:.....	28
1.4.5 FACTORES DE RIESGO.....	38
1.4.6 PREVALENCIA.....	40
1.4.7 Prevención:.....	42
1.4.8 Consecuencias durante la infancia.....	44
1.5 OBJETIVOS .....	49
1.5.1 Objetivo General.....	49
1.5.2 Objetivos específicos.....	49
2 ASPECTOS METODOLOGICOS.....	50

2.1	TIPO DE ESTUDIO .....	50
2.2	OBJETO DE ESTUDIO .....	50
2.3	POBLACION.....	50
2.3.1	Muestra .....	50
2.4	CRITERIOS DE SELECCION .....	50
2.4.1	Criterios de Inclusión.....	50
2.4.2	Crítérios de Exclusión .....	51
2.5	VARIABLES.....	51
2.6	PROCEDIMIENTO .....	52
2.7	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
2.7.1	MATRIZ BIBLIOGRAFICA DE DATOS .....	54
3	RESULTADOS .....	55
4	DISCUSIÓN.....	58
5	CONCLUSION ES.....	62
6	RECOMENDACIONES .....	66
7	BIBLIOGRAFIA.....	67
8	ANEXOS.....	70

## 1 ASPECTOS TEÓRICOS – CIENTÍFICOS

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas sociales que cobra importancia cada día más en la consulta odontológica es el maltrato infantil, debido al incremento de su frecuencia y que el 65% de las lesiones que se producen en los niños como consecuencia del mismo, están localizados en la cara y cuello. Sin embargo, la estadística referida a este tema en particular, casi siempre es estimativa. Los malos tratos constituyen una de las problemáticas sociales más desconocidas, menos denunciadas y poco tomadas en cuenta debido, entre otras razones, a que se desconoce su magnitud y repercusiones<sup>1</sup>.

Se podría decir que el maltrato infantil es un iceberg, donde la punta son sólo los casos denunciados, pero el subregistro es desconocido y se estima que el número de casos es mayor que el que se denuncia. En todo caso hay que tener en cuenta que en los últimos años el número de denuncias ha aumentado considerablemente,

---

<sup>1</sup> Gallegos, Luís. Miegimolle, Mónica. Planells, Paloma Profesora Titular De Odontopediatría De La Facultad De Odontología De La Universidad Complutense De Madrid. Manejo De La Conducta Del Paciente Maltratado. Home > Ediciones > Volumen 40 Nº 3 / 2002 .

Dentro del marco que caracteriza al maltrato y al abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud, pues como se sabe, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no se descubiertos. Sin embargo no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos<sup>2</sup>. Por otra parte, muchos de estos profesionales no tienen el conocimiento de los signos de sospecha de maltrato infantil, y al momento de presentarse un caso no tienen claridad del procedimiento legal que deben seguir ante la situación.

En las clínicas de la Fundación Universitaria Colegios de Colombia se atiende a un número elevado de niños en la práctica de pediatría, por parte de los estudiantes, por lo cual cabe preguntarse, ¿cuál es el conocimiento que tienen los estudiantes y docentes de las clínicas del Fundación Universitaria Colegios de Colombia en cuanto a: Diagnostico, manejo inicial y acciones a tomar con el niño maltratado?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Es necesario establecer cual es el conocimiento de los docentes y estudiantes de la Fundación Universitaria Colegios de Colombia en cuanto a signos de sospecha

---

<sup>2</sup> Alfonso Casas. La Odontología Forense III Encuentro De Tribunales De Ética Odontológica. Manizales, Mayo 5 Y 6 De 1995

de maltrato infantil, pues como todo profesional de la salud deben estar en capacidad de detectar y notificar éstas situaciones, realizar un diagnóstico acertado y prever un tratamiento o manejo inicial del menor maltratado.

Es de vital importancia que el estudiante en la práctica reconozca los signos y síntomas de maltrato infantil durante la consulta odontológica, para contribuir a la disminución de ésta “epidemia” en Colombia.

El odontólogo y el estudiante en calidad de profesional de la salud, tiene la obligación ética, penal y disciplinaria de denunciar cualquier caso de maltrato infantil, por tanto debe tener claridad en la identificación de signos y síntomas, así como del procedimiento y manejo que debe tener con un menor maltratado. El presente estudio pretende exponer el conocimiento que tienen los docentes y estudiantes del Fundación Universitaria Colegios de Colombia, acerca del maltrato infantil, signos y síntomas y la responsabilidad de éstos como profesionales de la salud en cuanto a la detección y denuncia, dentro de un procedimiento legal.

### **1.3 PROPÓSITO**

Establecer las manifestaciones clínicas y de comportamiento de menores víctimas de maltrato infantil durante la consulta odontológica, para que los estudiantes y odontólogos en la práctica reconozcan su compromiso como profesionales de la salud en la detección temprana y denuncia de maltrato infantil.

## **1.4 MARCO TEÓRICO**

### **1.4.1 MARCO LEGISLATIVO**

“LEY 294 de julio 16 de 1996, Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

ARTÍCULO 4o. modificado por el Artículo 1o. de la Ley 575 de 2000. El nuevo texto es el siguiente: Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al Comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de éste al Juez Civil Municipal o promiscuo municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que ésta se realice cuando fuere inminente.

Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Ley 294 De 1996. (Julio 16). Diario Oficial No. 42.836, De 22 De Julio De 1996 . Por La Cual Se Desarrolla El Artículo 42 De La Constitución Política Y Se Dictan Normas Para Prevenir, Remediar Y Sancionar La Violencia Intrafamiliar.

“LEY 1122 de enero 9 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. El Congreso de Colombia. DECRETA:

**Artículo 33.** *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio;

El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, LEY 1122 DE 2007 de enero 9

“LEY 1146 de julio 10 de 2007. *Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.* El Congreso de la República. DECRETA;

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual

Artículo 2°. *Definición.* Para efectos de la presente ley se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor.

Artículo 9°. *Atención Integral en Salud.* En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud”5

#### **1.4.2 MARCO CONCEPTUAL.**

El MI es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: "El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad".

El MI se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie,<sup>1,7</sup> o bien como una forma de imponer disciplina.

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En el siglo IV D.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y

puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.<sup>5</sup>

Margaret Lynch<sup>5</sup> describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países;<sup>7,12</sup> no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados.<sup>1,14</sup> Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales

---

asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado.<sup>15,16</sup> Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado;<sup>7</sup> desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño, mismas que se describen a continuación. 6

El maltrato es entendido como toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del ser humano, lesionando sus derechos; desde los círculos más particulares e íntimos de la familia, hasta el contexto general de la sociedad y donde quiera que ocurra<sup>6</sup>.

Se considera como niño maltratado a aquel individuo que se encuentra en el período entre el nacimiento y la pubertad<sup>7</sup>, y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que tengan relación con él.

---

<sup>6</sup> Instituto Colombiano De Bienestar Familiar. Protocolo De Atención A La Niñez Maltratada. Documento Guía. Cali- Colombia. 2006.

**Maltrato: (Incluyendo Negligencia)** El maltrato significa que la condición física, mental o emocional de un niño(a) ha sido deteriorada, o corre el riesgo inminente de ser perjudicada, por la falta del padre/madre o guardián legal de ejercer un mínimo nivel de cuidado. Esto significa que un padre/madre o guardián legal: ha dejado de proveer suficiente comida, ropa, cobijo o educación; o ha dejado de proveer supervisión apropiada, tutela o cuidado médico (incluyendo asuntos de odontología, optometría o cirugía); o ha infligido un castigo corporal excesivo, ha abandonado a un niño(a), o ha consumido alcohol u otras drogas al extremo de exponer al niño(a) a un peligro inminente.

La pobreza o la incapacidad económica de proveer lo mencionado anteriormente no se considera maltrato<sup>8</sup>.

El abuso abarca serios daños cometidos contra los niños. Un niño(a) abusado es uno cuyo padre/madre u otra persona legalmente responsable por su cuidado le causa serios daños físicos, lo expone a un riesgo sustancial de daño físico, o comete una ofensa sexual contra el niño(a). Una persona también puede ser culpable de abuso infantil si él/ella permite, con conocimiento de causa, que otra persona inflija daño a un niño(a).

---

<sup>8</sup> Guía Resumida para PROFESIONALES QUE DEBEN REPORTAR ABUSO Y MALTRATO INFANTIL en el Estado de Nueva Cork, 2007

## CLASES DE MALTRATO

- Físico {
  - agudo
  - crónico

Asociado a abuso sexual

- Emocional {
  - Activo
  - Negligencia o pasivo

- Del menor trabajador
- Social
- Combinado

1. **Maltrato físico:** Cualquier lesión corporal que un padre, cuidador o cualquier otro miembro de la familia cause a un ser humano intencionalmente. Puede ser el resultado de un episodio único o agudo o un patrón de comportamiento repetido o crónico<sup>9</sup>.

Toda forma de agresión que causa daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.

Agudo: una sola ocasión, muy violenta

Crónico: repetidamente, todos los días, todas violentas, LESIONES EN DIFERENTES ESTADOS DE CICATRIZACION, puede haber Historias Clínicas en múltiples centros de salud

---

<sup>9</sup> Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Iateramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24

**2. Maltrato asociado a Abuso sexual:** en este tipo de maltrato se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente es llevado a cabo por una persona cercana al niño. Son incluidas aquí también todas aquellas experiencias sexuales inapropiadas para la edad aún en ausencia de violencia o daños reales<sup>10</sup>.

Todo acto en el que una persona, en una relación de poder, involucra a un menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. (Se entiende la relación de poder como aquella que nace de una diferencia de fuerza, edad conocimiento o autoridad, entre víctima y ofensor)<sup>11</sup>.

**3. Abuso emocional o psicológico:** es un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima. Este tipo de maltrato suele definirse como la hostilidad verbal o no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, amenaza, menosprecio, sometimiento, dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional, se reconoce como maltrato emocional activo.

Es el daño (intencional o no) que se causa contra las habilidades de un niño, dañando su autoestima, su capacidad de relacionarse y su habilidad para

---

<sup>10</sup> Larse, Margo y Tentis E. Arte y ciencia de disciplinar niños. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4/ 2003:797-817

<sup>11</sup> Claramunt, Cecilia y Guido Lea. Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. San José: OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996. p. 17

expresarse y sentir. Esto ocasiona un deterioro en su personalidad, socialización y en general en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades; limitando e inhabilitando su desarrollo potencial<sup>12</sup>.

**4. Maltrato pasivo o Negligencia, abandono:** es aquella que tiene lugar cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Un ejemplo de ello es la negligencia dental que suele estar relacionada con problemas sociales como pobreza y aislamiento.

Involucra la privación de las necesidades básicas que garantizan al niño un desarrollo biopsicoafectivo normal. Existe la posibilidad de brindar alimentación, educación, salud o cuidado a los niños; pero no se brinda o existe abandono total<sup>13</sup>

**5. Explotación laboral:** A RTÍCULO 230. <Artículo derogado por el artículo 217 de la Ley 1098 de 2006. Rige a partir del 8 de mayo de 2007> Son funciones del Comité de Protección del Menor Deficiente:

a. Proponer proyectos dirigidos a la prevención, detección, promoción, educación, tratamiento, rehabilitación e investigación, en el campo de los menores deficientes;

---

<sup>12</sup> Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24

<sup>13</sup> Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24

- b.** Formular recomendaciones a la administración pública a través de los órganos correspondientes, para la elaboración y aprobación de los programas de inversión y funcionamiento en el campo de los menores deficientes;
- c.** Proponer programas entre los organismos competentes del Sistema Nacional de Salud para prevenir y detectar deficiencias mentales, físicas y sensoriales con especial atención a la asistencia perinatal y primera infancia dentro del marco de los programas institucionales en el campo materno-infantil;
- d.** Promover la organización de aulas públicas y privadas para educación especial de los menores deficientes, al igual que su integración al sistema educativo regular y a los talleres vocacionales con la colaboración del Servicio Nacional de Aprendizaje, -SENA-;
- e.** Fomentar el desarrollo de las políticas de seguridad social y de subsidio familiar, entre otras, dirigidas a proteger en forma especial a los menores deficientes y a dar orientación y apoyo a la familia de la cual dependen;
- f.** Propiciar la coordinación de las actividades que en el campo de los menores deficientes cumplen los organismos públicos y privados;
- g.** Promover la formación de personal profesional, técnico y auxiliar de las actividades y disciplinas cuyo objeto sea la rehabilitación de los menores deficientes;
- h.** Promover a través de los sectores públicos y privados investigaciones científicas dirigidas a buscar el mayor conocimiento de esta problemática;

i. Promover una mayor divulgación sobre las deficiencias de menores de manera que contribuya a crear una conciencia colectiva, que facilite la participación de la comunidad en la prevención y solución de estos problemas;

j. Elaborar su propio reglamento;

k. Crear comités regionales, asignarles funciones y determinar sus integrantes.

Se da en menores de 14 años, que por trabajar no estudian, no reciben salario o reciben muy poco, mas de 6 horas al día, no tienen seguridad social, no juegan y no se alimentan adecuadamente, hacen trabajos pesados para adultos y sufren enfermedades profesionales

**Social:** no estudian, piden limosna, no tienen derecho a un nombre, a una cama, alimento, y tiene que trabajar o robar.

### **1.4.3 MALTRATO DURANTE LA GESTACION**

Son aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante en cómo va a nacer el bebé.

Factores de Riesgo

Embarazos no deseados.

Negación permanente del embarazo.

Mujeres con intentos de aborto o abortos anteriores.

Mujeres que planean dar sus hijos en adopción.

Mujer embarazada abandonada por su pareja y/o rechazada por su familia.

Dependencia al alcohol o las drogas.

Padres con antecedentes de maltrato.

Conductas sexuales inadecuadas

Padres con enfermedad mental grave o sociopatía.

Madres adolescentes .

Cómo Reconocerlo:

Inasistencia a controles prenatales.

Consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros.

Mala alimentación.

Estados depresivos causados por el estado de embarazo.

## **7. SÍNDROME DEL BEBÉ ZARANDEADO**

Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los bebés. Esto puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones llevar hasta a la muerte.

Este síndrome se presenta porque un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque no cesa de llorar o está muy inquieto.

Los bebés recién nacidos y lactantes son extremadamente vulnerables porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un bebé que llora, sin que ella logre calmarlo. Su desesperación la lleva a sacudirlo violentamente,

en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte.

Puede suceder también, cuando los padres por juego sacuden fuertemente a sus bebés.

Cómo Reconocerlo:

Lesión cerebral sin evidencia de trauma externo con los siguientes signos:

Alteración de la conciencia, coma, convulsiones.

Lesión cerebral con evidencia de sangrado, laceración, contusión cerebral.

Hemorragia en la retina .

Asociadas a las lesiones cerebrales, pueden verse lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico ( de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo).

**8. Síndrome De Munchausen Por Poderes:** La madre o cuidadora permanente inventa enfermedades en el menor para que éste sea “torturado” en un servicio de urgencias y ella sea la víctima y el centro de atención por su hijo enfermo. La madre ha trabajado en el sector salud y conoce los signos y síntomas de diversas enfermedades. Al llegar al centro de salud el menor no presentan ningún cuadro clínico, esto ocurre en presencia de la madre. Hay entradas y reentradas permanentes a diferentes centros hospitalarios.

**9. Combinado: 2 o más de los anteriores**

**CLASES DE VIOLENCIA.** La OMS define la violencia como : “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones.

La violencia en todas sus manifestaciones es un problema de salud pública que involucra a todos los países en todos los continentes. Los números que reflejan el problema son contundentes; según el Informe mundial sobre salud y violencia, editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1,6 millones de personas pierden la vida cada año por actos violentos. Más de 199 000 tienen entre 10 y 29 años; y unos 57 000 niños de entre 0 y 4 años son asesinados en el mismo período. Globalmente la violencia es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años; son hombres el 14 % de estos muertos y mujeres el 7 %. También los datos indican que no hay país que tenga índice de violencia contra la mujer menor al 10 %, y que en algunos trepa hasta el 69 %. Violaciones, guerra, abusos, son palabras que se deben instalar firmemente en el debate de la salud.

La violencia autoflingida: incluye tanto las conductas que buscan directamente el suicidio, como las que tienen como objetivo la auto-mutilación u otro tipo de abuso de su propia persona.

La violencia interpersonal: se divide en dos categorías:

1. Violencia Intrafamiliar: su escenario habitual es el hogar y puede ir desde las agresiones físicas a la negligencia pasando por las agresiones de tipo químicas, sexuales, emocionales<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Navarrete Calderón, C: Caracterización criminológica y victimológica de mujeres comisoras de lesiones de ciudad de La Habana. 2003

2. La violencia comunitaria, que se produce entre individuos sin relación de parentesco y que pueden o no ser conocidos entre ellos, la cual generalmente tiene lugar fuera de la casa

En el primer grupo (1) se incluyen muchas formas de violencia como el abuso de los niños, la violencia en la pareja y la violencia contra los ancianos.

En el segundo grupo (2) se incluyen la violencia juvenil, los actos aleatorios de violencia, las violaciones por extraños y la violencia en escenarios institucionales tales como escuelas, lugares de trabajo, cárceles y residencias geriátricas.

La violencia colectiva Violencia Extrafamiliar: pueden darse en la escuela (física, psicológica, exceso de trabajo); en hospitales (iatrogenismo, abuso sexual).

La violencia colectiva se define como "el uso instrumental de la violencia por individuos que se identifican a sí mismos como miembros de un grupo en lucha contra otro grupo o conjunto de individuos, con el objetivo de conseguir objetivos políticos, económicos y sociales".

Esta violencia adopta variadas formas: conflictos armados entre estados (guerras) dentro de un estado (terrorismo) o a nivel internacional (terrorismo global), represión y otros abusos de los derechos humanos.

#### **1.4.4 DIAGNOSTICO DEL MALTRATO INFANTIL:**

El diagnóstico del maltrato infantil siempre se hace por sospecha, si el profesional tiene razones para creer que su paciente está siendo maltratado debe evaluar tres aspectos, la situación, los padres y el menor.

La situación: Existe una discrepancia marcada entre los datos referidos por los padres y los que se obtienen por la inspección y la exploración.

Las lesiones corresponden al relato del niño o de los padres, pasa mucho tiempo entre el evento y la consulta, el motivo de consulta es vago e impreciso, y existen antecedentes de traumas repetidos

Los padres: Casi siempre van a solicitar tratamiento para sus hijos con muchas horas, a veces días, después de haber sido golpeados.

Los padres alegan en un alto porcentaje lesiones accidentales. Curiosamente no suelen relatar que las lesiones se deban a peleas con compañeros, en el colegio o la guardería<sup>15</sup>.

Los padres se encuentran distantes del niño le hacen críticas constantes, se ve poca o excesiva preocupación, actitud evasiva y contradictoria, inadecuada respuesta ante el llanto del niño, poca cooperación con las medidas o tratamientos que se recomienden, resistencia a proporcionar información voluntariamente.

---

<sup>15</sup> Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24*

El niño: El aspecto físico (ropa, higiene externa, pelo) suele ser lo que denominaríamos «niño sucio», lo que podría demostrar una carencia de cuidados afectivos en su bienestar.

La actitud del niño suele ser de indiferencia. A menudo su cara es triste y temerosa. Puede esbozar gestos de defensa al intentar aproximarnos a él. Durante la exploración lo encontramos apático, no habla aunque se le escape alguna lágrima. Parece cansado y de mayor edad de la que tiene. Durante el tratamiento tiene un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.

Es frecuente encontrar un retraso psicomotor para su edad, debido a su escasa estimulación psicológica y afectiva por parte de la madre.

Requiere hallazgos que lo sustenten:

- Lesiones en diferentes estados de cicatrización
- Las lesiones no corresponden a la historia
- Comportamiento.

Cuando se sospecha que el menor está siendo maltratado se deben realizar diagnósticos diferenciales; las diferentes enfermedades que pueden tener características clínicas que hagan pensar en un maltrato infantil, como son: Púrpura trombocitopénica, leucemia y discracias sanguíneas, que presentan equimosis, petequia y rutura en periodo de cicatrización escorbuto (vC), raquitismo, osteogénesis imperfecta, osteoporosis que presenta fractura patológica múltiple.

## **Signos de sospecha ante el maltrato infantil**

**SIGNOS Y SINTOMAS.** Los odontólogos deben estar alerta a los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral, como por ejemplo: petequias en el paladar y/o desgarró en el frenillo labial y/o lingual que están asociadas a delito usual por introducción y succión del mismo, por introducción brusco del tetero o cubiertos para obligar al menor a comer<sup>16</sup>.

### **Lesiones intrabucales**

**Tejidos duros:** Fracturas en nariz, boca o dientes. Desplazamiento de dientes, dientes rotos, luxados, viejas fracturas sin tratar. Movilidad y/o pérdida de los dientes.

Dificultades para hablar.

Aunque, la mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la cavidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%.<sup>17</sup>

Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente

---

<sup>16</sup> Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.

<sup>17</sup> Alba Papa Celin, Mariluz Benito, María Ferrer y María González. Desnutrición severa y efectos en el macizo craneofacial. Reporte de un Caso. Universidad del Zulia. Instituto de investigaciones de la Facultad de Odontología. Calle 65 esq. Av. 19 Edificio Ciencia y Salud. Tercer Piso. Maracaibo. Venezuela. OD v.3 n.1 Maracaibo jun. 2006.

en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico<sup>18</sup>.

Si se golpea la boca de forma directa, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, con la marca de los mismos en la parte interna de los labios.

La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo labial o el hallazgo de un eritema o petequias, sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro, es conocido como felatonismo.

El examen radiográfico también puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración radiográfica se puede encontrar evidencia de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo<sup>19</sup>.

Manifestaciones Bucles de la desnutrición severa: según Alba Papa Celin y colaboradores, 2006, la desnutrición infantil también tiene consecuencias en el sistema estomatológico, donde se han podido diagnosticar infecciones bucales agudas y crónicas por *Candida albicans*, gingivitis ulcerativa necrosante, déficit en

---

<sup>18</sup> Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.

<sup>19</sup> Epstein D. "Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños". OPS. 2005. Abril de 2005

la calidad y textura del tejido dental, hipoplasia del esmalte, mayor incidencia de caries dental y maloclusión, cronología y secuencia de erupción alterada, dimensiones craneofaciales disminuidas, hipodoncia y dientes malformados. Las enfermedades periodontales son relativamente raras en la infancia y es probable que la pérdida dental obedezca a traumatismos o alguna enfermedad sistémica subyacente. Sin embargo, el diagnóstico diferencial de la pérdida precoz de los dientes primarios debe incluir el raquitismo, la osteomielitis maxilar, la periodontitis agresiva, la displasia de la dentina, leucemia, acrodinia, hipovitaminosis D, raquitismo resistente a la vitamina D, síndrome Papillon-LeFevre y reticuloendoteliosis. También son importantes los factores del huésped, como la edad, restauraciones dentales defectuosas, mala alineación dental y oclusión traumática de los dientes. Es esencial que el estado inmunológico, nutricional y endocrino sea óptimo, a fin de conservar la resistencia del periodonto<sup>20</sup>.

### **Indicadores de maltrato al menor: Maltrato físico**

---

<sup>20</sup> Alba Papa Celin, Mariluz Benito, María Ferrer y María González. Desnutrición severa y efectos en el macizo craneofacial. Reporte de un Caso. Universidad del Zulia. Instituto de investigaciones de la Facultad de Odontología. Calle 65 esq. Av. 19 Edificio Ciencia y Salud. Tercer Piso. Maracaibo. Venezuela. OD v.3 n.1 Maracaibo jun. 2006.

Signos o indicadores físicos.	Signos o indicadores de comportamiento.	Conductas comunes al ofensor físico.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contusiones, hematomas.</li> <li>• Quemaduras, laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.</li> <li>• Mordeduras, desgarros.</li> <li>• Fracturas explicación coherente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios repentinos conducta.</li> <li>▪ Comportamiento extremo (agresivo, muy retraído, muy sumiso, muy pasivo, extremadamente hiperactivo, depresivo).</li> <li>▪ Asustadizo o temeroso.</li> <li>▪ Tendencias destructivas.</li> <li>▪ Alega temor a los padres, sufre agresión de los padres o brinda razones poco creíbles para sus lesiones.</li> <li>▪ Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones). Demuestra bajo concepto de sí mismo.</li> <li>▪ Problemas de aprendizaje (bajo rendimiento académico).</li> <li>▪ Fugas crónicas.</li> <li>▪ Conflictos con la ley.</li> <li>▪ Relaciones interpersonales deficientes.</li> <li>▪ Temor a una persona en particular.</li> <li>▪ Ausentismo escolar frecuente, relacionado con la aparición de la lesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oculta lesiones del niño. Brinda explicaciones poco coherentes. Le pone ropa que lo cubre, no lo envía a la escuela, etc.</li> <li>▪ Tardanza del padre, madre o encargado para buscar la ayuda médica que el niño necesite.</li> <li>▪ No parece preocuparse por el niño.</li> <li>▪ Describe al niño como muy malo, diferente a los otros.</li> <li>▪ Cree en el castigo severo como método de disciplina.</li> <li>▪ Tiene expectativas irreales hacia el niño.</li> <li>▪ Bajo concepto de sí mismo (baja autoestima).</li> <li>▪ Pobre control de impulsos asociados a estados de emoción violenta, consumo de alcohol, drogas.</li> <li>▪ Inmadurez en el comportamiento.</li> <li>▪ Repite patrones errados de crianza o experiencias traumáticas de abuso en la infancia.</li> <li>▪ Castiga a sus hijos en público.</li> <li>▪ Castiga a sus hijos por "dificiles o rebeldes".</li> </ul>

FUENTE: Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada. Cali.- Colombia

### Maltrato por descuido

Signos o indicadores físicos.	Signos o indicadores de comportamiento.	Conductas comunes al ofensor por descuido.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de crecimiento deficiente (déficit para progresar).</li> <li>• Famélico, desnutrido.</li> <li>• Constante falta de atención y de supervisión (caídas repetidas, ingestión frecuente de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El rendimiento no es el esperado para la edad.</li> <li>▪ Agresivo.</li> <li>▪ Retraído.</li> <li>▪ Carece de vestimenta adecuada, e inclusive de la necesaria.</li> <li>▪ Asume responsabilidades propias de un adulto (niños cuidan a otros niños).</li> <li>▪ Sumiso, actúa en forma pseudo-madura,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apático.</li> <li>▪ Pasivo.</li> <li>▪ Depresivo.</li> <li>▪ No se preocupa por el niño ni por satisfacer sus necesidades básicas.</li> <li>▪ No presta atención al comportamiento del niño, es negligente, no prepara alimentación, no hay comida en la casa.</li> <li>▪ Aislado socialmente.</li> </ul>

<p>sustancias tóxicas, niños solos en la casa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante fatiga, sueño o hambre.</li> <li>• Higiene personal deficiente.</li> </ul>	<p>extremadamente complaciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducta agresiva, inmadura.</li> <li>▪ Depresivo.</li> <li>▪ Apático.</li> <li>▪ Pide o roba comida.</li> <li>▪ Busca atención y afecto.</li> <li>▪ Registra continuas ausencias o llegadas tardías a la escuela.</li> <li>▪ Presenta conflictos con la ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo concepto de sí mismo (baja autoestima)</li> <li>▪ Abuso de alcohol o drogas.</li> <li>▪ Repite patrones errados de crianza.</li> <li>▪ Vive en condiciones riesgosas (caos en el hogar, hacinamiento, drogas, venenos y medicamentos al alcance de los niños, basura o excrementos en el área habitacional).</li> <li>▪ No presta atención ni supervisa acciones.</li> </ul>
---	---	--

FUENTE: Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada. Cali.- Colombia

### Maltrato psicológico al menor

Signos o indicadores físicos.	Signos o indicadores de comportamiento.	Conductas comunes al ofensor emocional.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud (Afecciones de piel como el acné, problemas de habla como el tartamudeo, asma, alergias, úlceras).</li> <li>• Trastornos en la alimentación: Bulimia, Anorexia.</li> <li>• Retardo en el desarrollo, fallas en su progreso.</li> <li>• Enfermedades psicosomáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problemas de aprendizaje (rendimiento académico).</li> <li>▪ Movimientos rítmicos repetitivos</li> <li>▪ Extremadamente agresivo, retraído, llamativo, etc.</li> <li>▪ Destructivo o autodestructivo.</li> <li>▪ Extremadamente obediente a las instrucciones de los maestros, doctores y otros adultos.</li> <li>▪ Problemas con el sueño (insomnio, pesadillas, etc.).</li> <li>▪ Demuestra bajo concepto de sí mismo (baja autoestima).</li> <li>▪ Fugas del hogar.</li> <li>▪ Depresivo. Apático.</li> <li>▪ Comportamiento regresivo (orina la ropa o la cama, chupa dedo).</li> <li>▪ Falla en el rendimiento esperado para la edad cronológica.</li> <li>▪ Tendencias o ideas suicidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expectativas irreales hacia el niño.</li> <li>▪ Rebaja, rechaza, degrada e ignora al niño.</li> <li>▪ Amenaza al niño con castigo severo o con abandono.</li> <li>▪ Describe al niño como malo, diferente a los otros, lo trata como un objeto.</li> <li>▪ Bajo concepto de sí mismo (baja auto estima).</li> <li>▪ Utilización del niño en conflictos de pareja.</li> <li>▪ Utilización del niño para suplir el papel del padre o la madre.</li> <li>▪ Califica a los hijos como difíciles o rebeldes.</li> </ul>

FUENTE: Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada. Cali.- Colombia

### Abuso sexual al menor

Signos o indicadores físicos.	Signos o indicadores de comportamiento.	Conductas comunes al ofensor sexual.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ropa interior rota, manchada o con sangre.</li> <li>• Picazón, hinchazón, dolor,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios repentinos y bruscos en la conducta.</li> <li>▪ Baja repentina en el rendimiento escolar</li> <li>▪ Relaciones deficientes con los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posesivo y celoso de la víctima.</li> <li>▪ Niega al niño contactos sociales normales.</li> <li>▪ Acusa al niño de promiscuo</li> </ul>

<p>lesiones o sangrados en las áreas genitales o anales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones urinarias frecuentes, dolor al orinar.</li> <li>• Secreción en el pene o la vagina.</li> <li>• Enuresis o encopresis (orina o defeca la ropa o la cama).</li> <li>• Olor extraño en el área genital.</li> <li>• Enfermedades venéreas.</li> <li>• Embarazo.</li> <li>• Enfermedades psicósomáticas</li> </ul>	<p>compañeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No le gusta cambiar de ropa en actividades grupales (gimnasia).</li> <li>▪ Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad (comportamiento muy seductor, uso de palabras obscenas, etc.).</li> <li>▪ Regresión a una etapa de desarrollo anterior.</li> <li>▪ Fugas crónicas.</li> <li>▪ Infracciones a la ley.</li> <li>▪ Relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctima de abuso sexual.</li> <li>▪ Excesivo interés en temas sexuales.</li> <li>▪ Promiscuidad.</li> <li>▪ Masturbación excesiva.</li> <li>▪ Tendencia a abusar sexualmente de personas menores.</li> <li>▪ Temor a una persona en especial.</li> <li>▪ Temores nocturnos, pesadillas</li> <li>▪ Resistencia a regresar a la casa después de la escuela.</li> </ul>	<p>o seductor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excesivamente atento con el niño.</li> <li>▪ Baja autoestima.</li> <li>▪ Pobre control de impulsos.</li> <li>▪ Aislado socialmente.</li> <li>▪ Relaciones adultas no satisfactorias.</li> <li>▪ Cree que el niño disfruta del contacto sexual.</li> <li>▪ Sexualiza las manifestaciones de amor y afecto.</li> </ul>
---	---	--

FUENTE: Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada. Cali.- Colombia

### **Causas del maltrato infantil**

Las fuentes revisadas concuerdan en que el maltrato infantil es un problema multifactorial, es decir multi causal y multi disciplinario y de todos ellos, los que aborda el tema exhaustivamente y de manera más acertada son el II Congreso sobre Maltrato Infantil (1998) y Cantón y Cortés (1997) quienes determinan lo siguiente. Entre las causas principales que generan el maltrato a menores, se pueden mencionar las siguientes:

Personalidad o modelo psiquiátrico/psicológico (Cantón y Cortés, 1997) postulaba una relación entre el abuso/abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico, en la actualidad varios autores admiten que solo entre un 10 y un 15% de los de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico específico. Estudios

que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía, así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres, entre otras características y rasgos de personalidad como el alcoholismo y la drogadicción.

Económicas. Esto es a partir de la crisis que prevalece en nuestra entidad federativa y el desempleo que trae consigo que los padres que se encuentran en esta situación desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos, estas características se encuentran dentro del modelo sociológico mencionado por Cantón y Cortés (1997).

Culturales. En este rubro se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia o tutela de los menores no cuenta con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad. A estos tutores les falta criterio para educar a sus hijos. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar al resto de los miembros, en esta concepción, el castigo se impone como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, además no se prevén otros medios de disciplina y educación de los hijos, además de que la

información existente acerca de este problema social no se hace llegar a los padres de familia ni se promueven los programas de ayuda para éstos y así, estos a su vez son ignorantes pues carecen de información, orientación y educación al respecto (modelo sociológico).

a. Sociales. Cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación entre ellos y sus hijos, se da pie a la desintegración familiar (modelo psiquiátrico/psicológico). En la mayoría de los casos, esta causa va paralela al nivel socioeconómico de los padres y el ambiente que rodea a la familia. Así mismo, es inducida por la frustración o la desesperación ante el desempleo, los bajos ingresos familiares y la responsabilidad de la crianza de los hijos. El estrés producido por estas situaciones adversas provoca otras crisis de igual o mayor magnitud (modelo sociológico). Por otro lado, los conflictos que son ocasionados por el nacimiento de los hijos no deseados o cuando la madre se dedica a la prostitución y deja en la orfandad a sus hijos. En consecuencia el maltrato que se genera en estos casos provoca un daño irreversible por la carencia de afecto durante esta etapa de la vida del individuo (modelo psiquiátrico/psicológico).

Emocionales. La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema motivan que desquiten su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo. Los estilos negativos de interacción que generan la violencia doméstica; se ha comprobado que en los lugares donde existe agresión y violencia entre el padre y la madre suele haber también maltrato infantil y esto produce a su vez incapacidad de socialización en los padres con el medio en que se desenvuelven. No hay que

olvidar que a través de la familia se transmiten las reglas y costumbres establecidas por la sociedad (modelo psiquiátrico/psicológico).

La historia del maltrato de los padres. De acuerdo con múltiples estudios, es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia. Además, en la mayoría de estos casos, los progenitores no reciben instrucción alguna acerca de la forma de tratar a sus hijos y aunque la recibieran, sin una intervención psicológica adecuada caerían de nuevo en la misma forma de tratar a sus hijos; a esto se le llama transmisión intergeneracional, malas experiencias en la niñez, etc. (modelo psiquiátrico/psicológico).

Biológicas. Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los relegan o aceptan con lástima. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues agrede a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna (modelo centrado en el niño, Cortés y Cantón, 1997).

#### **1.4.5 FACTORES DE RIESGO.**

Según el Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada, los factores de riesgo son los agentes internos o externos o situaciones que hacen más probable que una enfermedad, evento o lesión suceda. La identificación oportuna de estos factores estaría encaminada a desarrollar estrategias educativas o de seguimiento a aquellas familias en riesgo de maltrato infantil. La atención a niños se convierte en

un valioso instrumento para la confirmación de casos, cuando existe la sospecha.

Estos factores de riesgo se describen a continuación:

### **Respecto a los padres y a la familia.**

- Padres o cuidadores con antecedentes de maltrato o privación psicoafectiva en su infancia. Poca tolerancia al estrés y a la frustración.
- Pobre socialización, baja autoestima.
- Padres jóvenes e inmaduros.
- Falta de información e inexperiencia específica sobre la crianza de los niños.
- Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas.
- Tolerancia frente al castigo con dolor, como método educativo. Padres o adultos que utilizan cualquier instrumento para su aplicación sin tener en cuenta los daños físicos y emocionales que puedan causar a los niños.
- Ignorancia de padres o adultos frente al desarrollo de los niños, generando expectativas distorsionadas frente a ellos.
- Disfunciones en la familia.
- Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva Padres-Hijos, generando rechazo, tardanza en los cuidados, malos tratos, baja expresión de afecto con el niño.
- Negligencia.
- Factores de predisposición, especialmente asociados con el ser padrastro o madrastra.
- Uso de alcohol o drogas, enfermedades mentales, trastornos emocionales o de personalidad.

#### **1.4.5.1 Respecto a circunstancias, situaciones y factores sociales.**

- Desempleo.
- Baja escolaridad.

- Hacinamiento.
- Desequilibrio económico y social.
- Consideración del niño como un estorbo; tanto para los planes de esparcimiento, como de crecimiento personal y económico.
- Migraciones campo-ciudad.
- Niños víctimas de fuego cruzado.
- Inestabilidad política y económica.
- Corrupción.
- Pérdida de valores.
- Tolerancia social al maltrato.

Aunque por sí solos los factores de riesgo no inducen al maltrato, pueden llegar a desencadenar, e inclusive a reducir, el umbral de tolerancia del adulto frente a las manifestaciones características de los niños<sup>21</sup>.

#### **1.4.6 PREVALENCIA.**

Según García- Ballesta 2003, El problema del maltrato infantil es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación, siendo el ejemplo por excelencia de la importancia del niño para construir su propio mundo. El maltrato es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia, y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social. En España, al no

---

<sup>21</sup>Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.

existir un registro oficial, no hay datos seguros, aunque en el año 2001 se evidenció que 1 de cada 1.000 niños sufren maltrato físico<sup>22</sup>.

El maltrato suele ser producido por los padres –en particular la madre–, los tutores, o cuidadores de los niños. Respecto a las características del niño maltratado, los índices más altos (74,8%) se dan cerca de los tres años, y afectan a los que necesitan más atenciones (en particular los discapacitados), los hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los tres años y entre los ocho y los once; mientras que en el género femenino es más frecuente a los tres y nueve años<sup>23</sup>.

Las estadísticas indican que 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltrato, de estos, el 78% eran menores de 5 años, mientras que el 38% eran menores de 1 año<sup>24</sup>.

Lesiones personales: Las lesiones personales se definen como aquellos daños en el cuerpo o en la salud de una persona que son causados interna o externamente por un agresor con elementos mecánicos, físicos, químicos, biológicos o psicológicos y que no produzcan la muerte.

Según Casas, Alfonso, 1995. Sostiene que las lesiones personales son muy comunes debido a la violencia familiar, conyugal y la violencia común. Las

---

<sup>22</sup> García-Ballesta, Carlos. Pérez-Lajarín, Leonor. Castejón-Navas, Isabel. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003

<sup>23</sup> Urra, J. (2002), «Tratado de Psicología Forense», Madrid, Siglo XXI de España Editores.

<sup>24</sup> Epstein D. “Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños”. OPS. 2005. Abril de 2005

lesiones personales del tercio medio inferior de la cara están a la orden del día y las estructuras dentales pueden sufrir consecuencias que podrían cambiar el curso de un proceso penal en el sentido de las secuelas médico-legales o de la misma incapacidad.

Según el estudio Forensis adelantado por Alfonso Casas, 1995, un total de 10.337 niños y niñas fueron severamente lesionados por maltrato en 2002 en Colombia, esta cifras sin incluir el abuso sexual infantil. Por edades, el maltrato físico severo afecta más a los niños y niñas de 5 a 14 años, con 58 % de los casos. A este grupo le sigue el de los adolescentes entre 15 y 17 años con 24 % de los casos reportados y los niños y niñas de 1 a 4 años con 13 % de la incidencia. Eso sin contar que en 2002 fueron maltratados severamente en Colombia 319 bebés menores de 1 año, que alcanzan a ser el 3 % del total de casos de maltrato infantil<sup>25</sup>.

#### **1.4.7 Prevención:**

Lo ideal es siempre prevenir, para ello hay que anticiparse a las crisis. Las actividades de prevención deben incluir educación poblacional masiva, consejos prácticos a los familiares y adultos mayores, asistencia lo más personal posible. Actualmente, además, hay un mayor énfasis para lograr alivio de los cuidadores e intervención pronta en las crisis<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> [www.presidencia.gov.co/cne/2003/noviembre/20/14202003.htm](http://www.presidencia.gov.co/cne/2003/noviembre/20/14202003.htm)

<sup>26</sup> Epstein D. "Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños". OPS. 2005. Abril de 2005.

**Consecuencias del maltrato infantil.** El maltrato infantil trae serias consecuencias tanto en el individuo como en la como en la sociedad en general, pero desgraciadamente existen muy pocas investigaciones acerca de este tema y no obstante, poco o nada se hace en términos de promoción de la salud mental y de la detección y la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos emocionales. Únicamente se atienden las necesidades físicas de los menores, así mismo, al agresor tampoco se les da un tratamiento y en este caso sería indispensable llevarlo a cabo a manera de prevención y de tratamiento más sin embargo las autoridades de salud públicas pasan de largo sin reconocerlos como individuos bio-psico-sociales. Por tanto, la reintegración y adaptación de estas personas nuevamente a la sociedad la llevan a cabo solos y, la forma en la que lo hacen no siempre es la más adecuada.

Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico (Martínez, Roig y De Paúl, 1993; Querol, 1991 cit. en Pino y Herruzo, 2000).  
Consecuencias somáticas.

Abandono físico: retraso pondoestatural, cronificación de problemas por falta de tratamiento físico, vitaminopatías, eritemas de pañal, aplanamiento del occipucio, aparición de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y producción de quemaduras y otras lesiones por accidentes familiares debidas a una falta de supervisión.

Maltrato físico: lesiones cutáneas, quemaduras, lesiones bucales (que pueden afectar a la posición de los dientes), lesiones óseas (que pueden afectar el

crecimiento y la movilidad articular), lesiones internas (traumatismos craneales y oculares) entre las que destacan aquellas que producen edemas cerebrales puesto que pueden tener secuelas neurológicas.

Según Pino y Herruzo (2000), al hablar de consecuencias psicológicas se refieren a la variedad de comportamientos que pueden aparecer, sean alterados o como ellos los llaman "excesos conductuales" y también los retrasos o "déficits" en ciertos repertorios que se esperarían en los niños en función de sus edades respectivas. Estas consecuencias pueden manifestarse a corto, a mediano y largo plazo, es decir, en la infancia, adolescencia y edad adulta. Las consecuencias que estos autores plantean serían las siguientes:

#### **1.4.8 Consecuencias durante la infancia.**

A corto plazo: Incluye los efectos que estos pueden tener sobre el desarrollo físico del niño en el periodo comprendido entre los cero y los ocho años de edad, esto debido a que, según el autor este es el periodo en donde los cambios más rápidos y drásticos se producen en el periodo de cero a seis/ocho años. La principal y secuela que los malos tratos producen en el desarrollo de los niños es precisamente su retraso que se nota alrededor de la edad de un año, y ya es muy claro a los veinticuatro meses.

Las áreas comportamentales que se encuentran más afectadas en este periodo son las siguientes:

Área cognitiva: presentan un menor desarrollo cognitivo, se muestran más impulsivos, menos creativos, más distraibles y su persistencia en las tareas de

enseñanza aprendizaje es menor. Son menos habilidosos resolviendo problemas y cuando llegan a la edad escolar muestran peores resultados en las pruebas de CI y tienen malas ejecuciones académicas. Los niños maltratados funcionan cognitivamente por debajo del nivel esperado para su edad, ya que sus puntuaciones en escalas de desarrollo y tests de inteligencia son menores que en los niños no maltratados, sus habilidades de resolución de problemas son menores y hay déficit de atención que comprometen el rendimiento en las tareas académicas.

Área social: Pino y Herruzo (2000) mencionan que estos niños, a los 18 y 24 meses sufren un apego ansioso y presentan más rabia, frustración y conductas agresivas ante las dificultades que los niños no maltratados. Entre los 3 y 6 años tienen mayores problemas expresando y reconociendo afectos que los controles. También expresan más emociones negativas y no saben animarse unos a otros a vencer las dificultades que se presentan en una tarea. Por último, presentan patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus compañeros. Según Gaensbauer et al. (1979; 1980) identificaron seis patrones distorsionados de comunicación afectiva entre los niños maltratados y sus cuidadores: eran retraídos o distantes afectivamente, mostraban falta de placer o bienestar, eran inconsistentes en la interacción, presentaban ambigüedad, frivolidad y una comunicación afectiva negativa. Estos niños se acercan menos a los cuidadores, evitan más a los adultos y a los compañeros y son más agresivos con los adultos.

Área del lenguaje: Pino y Herruzo (2000) encontraron lo siguiente: los niños que padecen de maltrato físico, a los 30 meses, no se diferencian de los niños control en cuanto a lenguaje comprensivo pero si en el productivo, en lo que se refiere a sensaciones, sentimientos y necesidades y los niños que padecen abandono y maltrato físico presentan un déficit en la expresión de este tipo de verbalizaciones referentes a estados internos. Coster, Gersten, Beeghl y Cicchetti (1989) estudiaron la interacción verbal madre e hijo en niños de 31 meses. Observaron que los niños maltratados físicamente utilizan un lenguaje menos complejo sintácticamente, tienen menos vocabulario expresivo y conocen menos palabras que los normales. Los niños maltratados presentan dificultades de comunicación y de habilidades de expresión.

Área de autonomía funcional. Estos niños tendían a ser menos obedientes a sus padres y educadores que los controles y presentaban menor repertorio de autocontrol. El grupo de abandono físico resultó especialmente dependiente del educador para aquellas tareas propias de la nutrición que se llevan a cabo en el colegio. Sin embargo en cuanto a los comportamientos de funcionamiento independiente con respecto a los padres en su medio, estos niños llegan a estar al nivel o por encima de los controles (Pino, 1995). Esto podría ser consecuencia directa del número de horas que estos pasan solos, muchas veces en la calle, desde edades muy tempranas.

Área Motora. Pino y Herruzo (2000) ha encontrado diversas investigaciones al respecto y varias de ellas son las siguientes. Esta es el área que se encuentra menos afectada (Pino, 1995). En el estudio de Egeland et al. (1981, 1983) los

niños maltratados se mostraron menos hábiles que los controles, en el uso de herramientas a los 24 meses de edad. En Pino y Herruzo (1993) los niños que padecían abandono físico se mostraban más tardíos en adquirir la locomoción y se apreciaban también déficit en motricidad fina.

Problemas de Conducta. Se refiere a los problemas de comportamiento en general (conductas agresivas, hiperactivas y disruptivas). Como ya se ha mencionado, los problemas de conducta agresiva se presentan principalmente en los niños maltratados físicamente.

#### a. DERECHOS DE LOS NIÑOS

##### DERECHOS Y LIBERTADES.

Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano.

Derecho a la integridad personal.

Derecho a la rehabilitación y la resocialización.

Derechos de protección.

Derecho a la libertad y seguridad personal.

Derecho a tener una familia y a no ser separado de ella.

Derecho custodia y cuidado personal.

Derecho a los alimentos.

Derecho a la identidad.

Derecho al debido proceso.

Derecho a la salud.

Derecho a la educación.

Derecho al desarrollo integral en la primera infancia.

Derecho a la recreación, participación en la vida cultural y en las artes.

Derecho a la participación de los niños, las niñas y los adolescentes.

Derecho a la intimidad.

Derecho a la información.

Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad.

Importancia del diagnóstico temprano por parte del odontólogo: Según García – Ballesta, 2003, el odontólogo quizá sea el profesional sanitario que con más frecuencia pueda observar las lesiones por maltrato, pues entre el 50 y 70% de los casos presentan lesiones de cara y boca, pero pocos odontólogos tienen información sobre dicha entidad, por lo que en la mayoría de las ocasiones pasa desapercibida. Esto es importante por dos motivos: primero estos pacientes pueden acudir a las consultas dentales en busca de tratamiento para estas lesiones y segundo los padres que maltratan a sus hijos llevan raramente al niño al mismo médico; sin embargo no son tan cautos o precavidos acerca de los odontólogos. De ahí la importancia que ante un traumatismo dentofacial el odontólogo conozca y explore una serie de datos que le puedan hacer sospechar la evidencia de maltrato. Así es de gran valor la consideración cuidadosa de las siguientes circunstancias<sup>27</sup>:

Los odontólogos, particularmente los odontopediatras, que poseen los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato

---

<sup>27</sup> García-Ballesta, Carlos. Pérez-Lajarín, Leonor. Castejón-Navas, Isabel. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003.

infantil, están en una inmejorable situación para asistir a las víctimas de este delito<sup>28</sup>.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General**

Establecer el conocimiento que tienen los estudiantes de odontología y docentes de las clínicas del Fundación Universitaria Colegios de Colombia en cuanto a, definición, clases, signos y síntomas de maltrato infantil.

### **1.5.2 Objetivos específicos.**

- Medir el conocimiento de maltrato infantil por parte de estudiantes de X semestre y docentes.
- Reconocer signos y síntomas de maltrato infantil durante la consulta odontológica.
- Conocer el manejo inicial por parte del odontólogo al sospechar maltrato infantil.

---

<sup>28</sup> Alfonso Casas . La Odontología Forense III Encuentro De Tribunales De Ética Odontológica. Manizales, Mayo 5 Y 6 De 1995

## **2 ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo de corte transversal

### **2.2 OBJETO DE ESTUDIO**

Maltrato infantil

### **2.3 POBLACION**

Estudiantes de X semestre y docentes de las clínicas de la Institución Universitaria Colegio de Colombia, matriculados y activos oficialmente durante el primer semestre de 2008.

#### **2.3.1 Muestra**

Aleatoria por Conveniencia: 30 estudiantes y 16 docentes

### **2.4 CRITERIOS DE SELECCION**

#### **2.4.1 Criterios de Inclusión**

- Estudiantes y docentes dispuestos a participar en la investigación
- Estudiantes y docentes de todos los semestres que estén activos en el momento de la encuesta.
- Docentes Odontólogos de profesión

## 2.4.2 Criterios de Exclusión

- Estudiantes y docentes que no se encuentren presentes durante la realización de la encuesta.
- Estudiantes y docentes que no deseen participar del estudio
- Estudiantes y docentes que no se encuentren activos en la universidad durante la investigación

## 2.5 VARIABLES

VARIABLE		OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SOCIOECONOMICA	EDAD	AÑOS CUMPLIDOS No. = X	CUANTITATIVA	DISCRETA
	GENERO	1. F      2. M	CUALITATIVA	NOMINAL
	SEMESTRE	X - DOCENTES	CUANTITATIVO	ORDINAL
	PROFESION / ESPECIALIZACION	1. Odontólogo. 2. odontopediatra 3. otra	CUALITATIVA	NOMINAL
RESPECTO AL MALTRATO INFANTIL	DEFINICION DE MALTRATO INFANTIL	1. excelente 2. bueno 3. insuficiente 4. deficiente	CUALITATIVA	NOMINAL
	CLASE DE MALTRATO INFANTIL	1. Abuso físico (agudo – crónico) 2. sexual 3. emocional (activo, pasivo) 4. Social 5. combinado 6. s. Munchausents	CUALITATIVA	NOMINAL
	SIGNOS Y SINTOMAS DE MALTRATO INFANTIL	1. aspecto físico 2. actitud del niño 3. retraso psicomotor 4. tiempo de consulta luego de los golpes 5. accidentes muy frecuentes 6. inconsistencia en los hechos	CUALITATIVA	NOMINAL
	LESIONES INTRABUCALES	1. abrasiones 2. laceraciones mucosas 3. luxaciones 4. fracturas dentarias 5. rotura de frenillo	CUALITATIVA	NOMINAL

		superior o el lingual. 6. infecciones agudas y crónicas		
	MANEJO INICIAL	1. atención odontológica primaria *ferulización * sutura*medicación 2. reporte interno 3. reporte autoridades	CUALITATIVA	NOMINAL
	FACTORES DE RIESGO	1. padres y familia 2. factores sociales 3. factores biológicos	CUALITATIVA	NOMINAL

## 2.6 PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyo objeto de estudio fue el Maltrato infantil.

Se tomó como población los estudiantes de X semestre de la Institución Universitaria Colegios de Colombia matriculados en el primer periodo de 2008 y los docentes profesionales en odontología, teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, género, semestre, profesión, conocimiento acerca de: definición de maltrato infantil, clases de maltrato infantil, clases de violencia, signos y síntomas detectables en la consulta odontológica, manifestaciones bucales de maltrato infantil, factores de riesgo y manejo inicial asociados al maltrato infantil. La muestra fue de 30 estudiantes y 16 docentes elegida aleatoriamente por Conveniencia. Dentro de los Criterios de Inclusión se tuvieron en cuenta, Estudiantes y docentes dispuestos a participar en la investigación, Estudiantes y docentes de todos los semestres que estén activos en el momento de la encuesta y Docentes Odontólogos de profesión, los criterios de exclusión fueron: Estudiantes y docentes que no se encuentren presentes durante la realización de

la encuesta, Estudiantes y docentes que no deseen participar del estudio y Estudiantes y docentes que no se encuentren activos en la universidad durante la investigación

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos y reportes institucionales de maltrato infantil con el fin de contextualizar la investigación y dar soporte teórico a los objetivos. La investigación se llevó a cabo por medio de encuestas realizadas a los estudiantes y docentes de las clínicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia dentro de la institución, bajo los mismos parámetros: cada encuesta se realizó en las aulas de la institución en las horas de la mañana con autorización previa del docente de cada cátedra, se expuso el carácter de la encuesta aclarando que era de carácter voluntario; el tiempo de desarrollo de la encuesta fue aproximadamente de 10 a 15 minutos. En el formato se presentaron 4 casos de estudio el participante debía decidir a que tipo de situación de maltrato correspondía, en una segunda parte el encuestado debía dar prioridad a una secuencia de acciones a seguir ante situación de sospecha de maltrato infantil, y finalmente se evalúa el reconocimiento de signos y síntomas de maltrato infantil y factores de riesgo.

Realización de prueba piloto: se realizó una prueba piloto para validar el Instrumento de recolección de datos, para ello se escogieron 10 estudiantes al azar, se les entregó la encuesta la cual fue desarrollada por los mismos, posteriormente se analizó si las preguntas son claras, entendibles, bien formuladas y suficientes para establecer el conocimiento que tienen los estudiantes y docentes respecto a la detección de maltrato infantil durante la

consulta odontológica. Validación del instrumento: La encuesta se pasó una segunda vez entre los encuestados ya corregida y las respuestas fueron corroboradas, la coincidencia fue de >95%, con las respuesta consignadas en el primer formato con lo cual se validó el instrumento.

Aplicación: se tomaron las listas de clases de X semestre y se acudió a aquellas de mayor concurrencia, como primera medida se pidió permiso al docente para entrar a la clase y formular la encuesta, se les explicó a los estudiantes en que consiste el estudio, la encuesta será entregada a cada estudiante quien la diligenció en su totalidad.

Tabulación: luego de recoger todas las encuestas, se procedió a tabular la información en hoja de cálculo, Microsoft Excel, en donde se contabilizaron todas las encuestas por semestre y por pregunta de manera individual., los datos fueron consignados y totalizados en tabla.

Análisis de los datos: se realizó un estudio estadístico descriptivo, con prueba de correlación de variables

## **2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

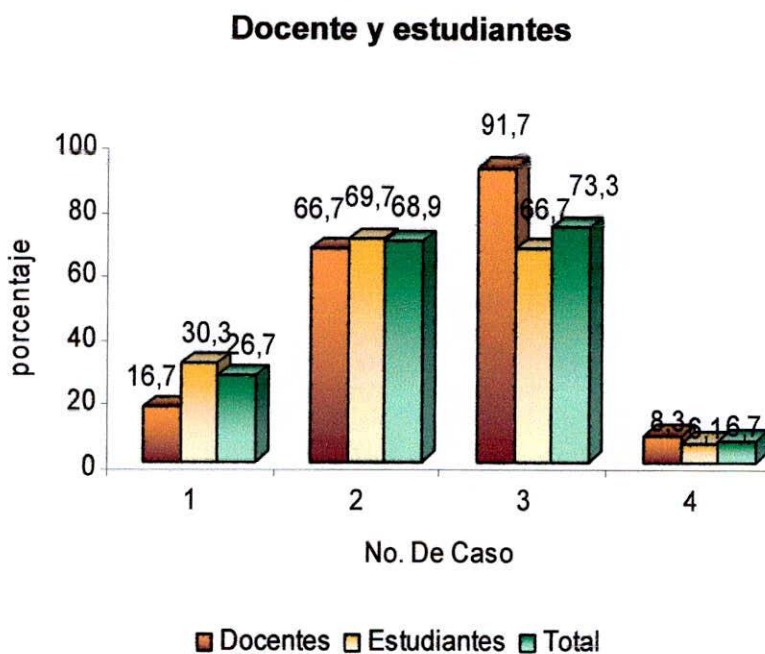
### **2.7.1 MATRIZ BIBLIOGRAFICA DE DATOS**

<b>AUTOR/AÑO</b>	<b>TITULO</b>	<b>TIPO ESTUDIO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>CONCLUSION</b>

### 3 RESULTADOS

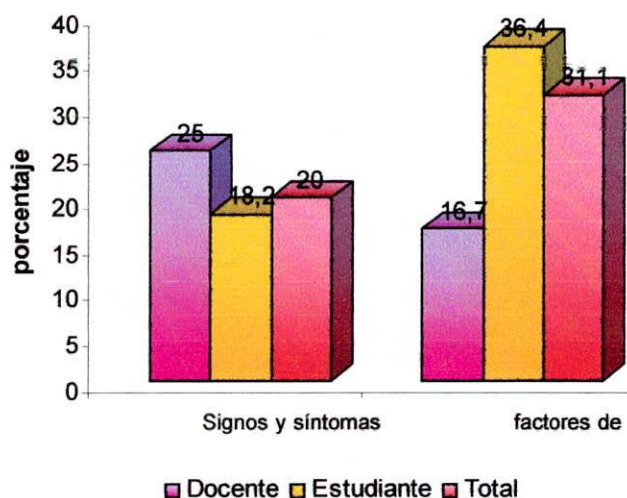
El objetivo de la primera parte de la encuesta fue evaluar el conocimiento de situaciones de maltrato infantil por parte de los encuestados, se encontró que: En el caso de estudio No. 1 el 16,7% de los docentes contestaron correctamente y el 30,3% de los estudiantes, en el caso 2, el 66,7% de los docentes y el 69,7% de los estudiantes contestaron correctamente, en el caso 3 el 91,7% de los docentes y el 66,7% de los estudiantes contestaron correctamente y en el caso 4 el 8,3% de los docentes y 6,1% de los estudiantes contestaron correctamente, promedio total de 40.4% de respuestas correctas, como lo muestra el gráfico 1.

**Gráfico 1. Distribución porcentual de respuestas correctas en 4 casos**



El 25% de los docentes reconocen signos y síntomas de maltrato infantil durante la consulta, el 10,2% de los estudiantes para un promedio de 20%. En cuanto a los factores de riesgo un 16,7% de los docentes los reconoce durante la consulta y un 30,4% de los estudiantes, para un promedio de 31,1%. Como lo muestra el gráfico 2.

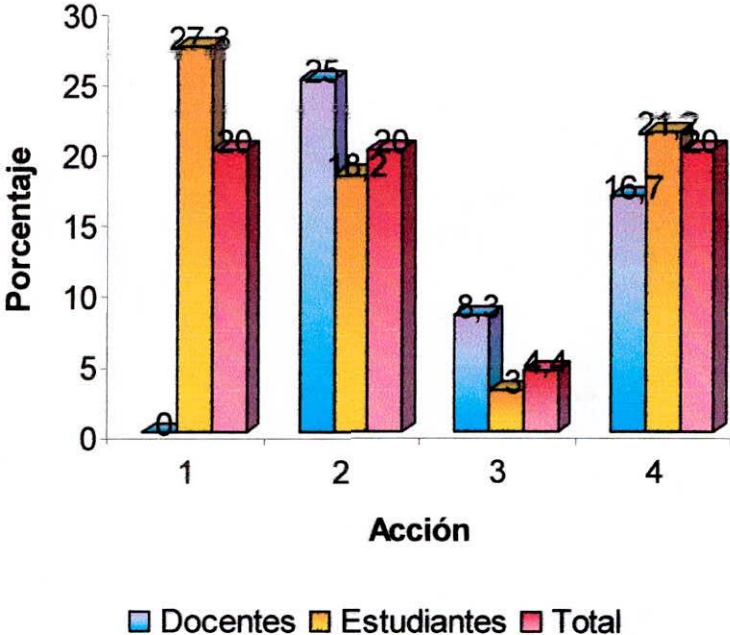
**Gráfico 2. Reconocimiento de maltrato infantil en la consulta Docentes y estudiantes**



Respecto a las acciones a seguir ante un caso de sospecha de maltrato infantil, el 27,8% de los estudiantes manifestaron que lo reportarían al docente, el 18,2% llamaría la atención al acudiente, el 3% recurriría a las autoridades y el 21,2% lo registraría en la historia Clínica. En cuanto a los docentes un 25% llamaría la

atención al acudiente, un 8,3% recurriría a las autoridades y un 16,7% lo registraría en la historia clínica. Como lo muestra el gráfico 3.

**Gráfico 3. Acciones realizadas durante la consulta Docentes y estudiantes**



#### 4 DISCUSIÓN

Gracia, E & García, F, 1994, sostienen que “El diagnóstico del maltrato infantil siempre se hace por sospecha, si el profesional tiene razones para creer que su paciente está siendo maltratado debe evaluar tres aspectos, la situación, los padres y el menor”, (8) pero los resultados del presente estudio muestran el bajo reconocimiento de situaciones de maltrato infantil por parte de los estudiantes y docentes, lo que hace suponer que es difícil la contribución de éstos al diagnóstico temprano y manejo inicial del mismo, en el caso 1 donde no se presentaba situación de maltrato el 73,3% de los encuestados indicó alguna clase de maltrato, no se percibió una diferencia estadísticamente significativa entre el reconocimiento por parte de los estudiantes y los docentes a excepción del caso 3 donde el 91,7% de los docentes reconocieron el síndrome de Munchausen por poderes por su parte un 66,7% de los estudiantes reconocieron éste síntoma.

Según Gallegos y colaboradores, 2000, “es importante destacar que no es responsabilidad del odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ni debe nunca hacerlo, porque el odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero si puede, durante la exploración, alertarse y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas o lesiones que afectan

a las estructuras orales”, sostiene también que el odontólogo mediante la exploración de la cabeza, el cuello y las extremidades debe bastar para confirmar cualquier sospecha de abuso (9). Sin embargo es necesario que el profesional reconozca claramente los signos y síntomas de maltrato infantil así como los posibles factores de riesgo, situación contraria a los resultados obtenidos en esta investigación donde a excepción del caso 3 el nivel de reconocimiento de situaciones de sospecha de maltrato infantil, por parte de los encuestados es regular siendo un promedio de 40.4% de respuestas correctas.

Según la Organización Panamericana de la Salud, sostiene que: “Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico” (10). Sin embargo sólo un 6,7% de los encuestados reconoció el caso de maltrato psicológico, en donde no se evidencian signos físicos pero la situación sugiere claramente maltrato emocional activo.

Urta, J. (1995), indica que “Los odontólogos deben estar alerta a los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral, como por ejemplo: petequias en el paladar y/o desgarró en el frenillo labial y/o lingual que están asociadas a delito usual por introducción y succión del mismo, por introducción brusco del tetero o cubiertos para obligar al menor a comer” (11). Sin embargo la mayoría de los encuestados (80%), reportaron no reconocer signos y síntomas de

maltrato infantil, sólo un 20% indicó reconocerlos durante la consulta odontológica. La principal razón para manifestada por los docentes fue la no atención a pacientes pediátricos por no ser su especialidad, sin embargo todos los estudiantes atiende pacientes menores de edad durante las prácticas de pediatría y sólo un 10,2% reporto identificar signos y síntomas de maltrato infantil.

Según el Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada, los factores de riesgo son los agentes internos o externos o situaciones que hacen más probable que una enfermedad, evento o lesión suceda. La identificación oportuna de estos factores estaría encaminada a desarrollar estrategias educativas o de seguimiento a aquellas familias en riesgo de maltrato infantil. La atención a niños se convierte en un valioso instrumento para la confirmación de casos, cuando existe la sospecha (12). Los resultados muestran que un 65,6% de los encuestados no reconocen factores de riesgo de maltrato infantil durante la consulta, el 30,4% de los estudiantes identifican factores de riesgo mientras que un 16,7% de los docentes lo hace.

Según la Oficina de Servicios para niños y familias del estado de New York, 2006, "Ciertos profesionales están obligados por ley a informar sospechas de abuso o maltrato infantil al Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York (New York Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment—SCR), también conocido como la Línea de Abuso Infantil. La ley

también asigna responsabilidad civil y criminal a aquellos profesionales que no cumplen con sus responsabilidades obligatorias de reportar sospechas de abuso y maltrato infantil” (13). Los resultados muestran que el 27, % de los estudiantes informarían al docente de la situación, en general tanto estudiantes como docentes llamarían la atención al acudiente y lo registrarían en la historia clínica, un porcentaje muy bajo un 5.65% lo reportaría ante las autoridades. En Colombia la Constitución Política de 1991 y la ley 294 de 1996, Dictan Normas Para Prevenir, Remediar Y Sancionar La Violencia Intrafamiliar y Sancionar La Violencia Intrafamiliar (14, 15), y claramente se evidencia el rol del profesional de la salud en cuanto a la denuncia ante las autoridades pertinentes.

## 5 CONCLUSIONES

Gracia, E & García, F, 1994, sostienen que “El diagnóstico del maltrato infantil siempre se hace por sospecha, si el profesional tiene razones para creer que su paciente está siendo maltratado debe evaluar tres aspectos, la situación, los padres y el menor”, (8)pero los resultados del presente estudio muestran el bajo reconocimiento de situaciones de maltrato infantil por parte de los estudiantes y docentes, lo que hace suponer que es difícil la contribución de éstos al diagnóstico temprano y manejo inicial del mismo, en el caso 1 donde no se presentaba situación de maltrato el 73,3% de los encuestados indicó alguna clase de maltrato, no se percibió una diferencia estadísticamente significativa entre el reconocimiento por parte de los estudiantes y los docentes a excepción del caso 3 don de el 91,7% de los docentes reconocieron el síndrome de Munchausen por poderes por su parte un 66,7% de los estudiantes reconocieron éste síntoma.

Según Gallegos y colaboradores, 2000, “es importante destacar que no es responsabilidad del odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ni debe nunca hacerlo, porque el odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero si puede, durante la exploración, alertarse y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas o lesiones que afectan

a las estructuras orales”, sostiene también que el odontólogo mediante la exploración de la cabeza, el cuello y las extremidades debe bastar para confirmar cualquier sospecha de abuso (9). Sin embargo es necesario que el profesional reconozca claramente los signos y síntomas de maltrato infantil así como los posibles factores de riesgo, situación contraria a los resultados obtenidos en esta investigación donde a excepción del caso 3 el nivel de reconocimiento de situaciones de sospecha de maltrato infantil, por parte de los encuestados es regular siendo un promedio de 40.4% de respuestas correctas.

Según la Organización Panamericana de la Salud, sostiene que: “Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico” (10). Sin embargo sólo un 6,7% de los encuestados reconoció el caso de maltrato psicológico, en donde no se evidencian signos físicos pero la situación sugiere claramente maltrato emocional activo.

Urra, J. (1995), indica que “Los odontólogos deben estar alerta a los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral, como por ejemplo: petequias en el paladar y/o desgarró en el frenillo labial y/o lingual que están asociadas a delito usual por introducción y succión del mismo, por introducción brusco del tetero o cubiertos para obligar al menor a comer” (11). Sin embargo la mayoría de los encuestados (80%), reportaron no reconocer signos y síntomas de

maltrato infantil, sólo un 20% indicó reconocerlos durante la consulta odontológica. La principal razón para manifestada por los docentes fue la no atención a pacientes pediátricos por no ser su especialidad, sin embargo todos los estudiantes atiende pacientes menores de edad durante las prácticas de pediatría y sólo un 10,2% reporto identificar signos y síntomas de maltrato infantil.

Según el Protocolo de Atención a la Niñez Maltratada, los factores de riesgo son los agentes internos o externos o situaciones que hacen más probable que una enfermedad, evento o lesión suceda. La identificación oportuna de estos factores estaría encaminada a desarrollar estrategias educativas o de seguimiento a aquellas familias en riesgo de maltrato infantil. La atención a niños se convierte en un valioso instrumento para la confirmación de casos, cuando existe la sospecha (12). Los resultados muestran que un 65,6% de los encuestados no reconocen factores de riesgo de maltrato infantil durante la consulta, el 30,4% de los estudiantes identifican factores de riesgo mientras que un 16,7% de los docentes lo hace.

Según la Oficina de Servicios para niños y familias del estado de New York, 2006, "Ciertos profesionales están obligados por ley a informar sospechas de abuso o maltrato infantil al Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York (New York Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment—SCR), también conocido como la Línea de Abuso Infantil. La ley también asigna responsabilidad civil y criminal a aquellos profesionales que no

cumplen con sus responsabilidades obligatorias de reportar sospechas de abuso y maltrato infantil” (13). Los resultados muestran que el 27, % de los estudiantes informarían al docente de la situación, en general tanto estudiantes como docentes llamarían la atención al acudiente y lo registrarían en la historia clínica, un porcentaje muy bajo un 5.65% lo reportaría ante las autoridades. En Colombia la Constitución Política de 1991 y la ley 294 de 1996, Dictan Normas Para Prevenir, Remediar Y Sancionar La Violencia Intrafamiliar y Sancionar La Violencia Intrafamiliar (14, 15), y claramente se evidencia el rol del profesional de la salud en cuanto a la denuncia ante las autoridades pertinentes.

## **6 RECOMENDACIONES**

Adelantar estudios sobre el nivel de conocimiento de las manifestaciones orales del maltrato infantil por parte de los estudiantes y docentes del INICOC, en una población estadísticamente más representativa.

Reforzar los conceptos de maltrato infantil, clases de maltrato infantil, signos, síntomas, factores de riesgo y responsabilidad del odontólogo, tanto en la cátedra como en talleres y plenarias.

Establecer un protocolo de acción dirigido a los estudiantes y docentes ante una situación de sospecha de maltrato infantil, dentro de las clínicas del INICOC.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gallegos, Luís. Miegimolle, Mónica. Planells, Paloma Profesora Titular De Odontopediatría De La Facultad De Odontología De La Universidad Complutense De Madrid. Manejo De La Conducta Del Paciente Maltratado. Home > Ediciones > Volumen 40 N° 3 / 2002 .
2. Alfonso Casas. La Odontología Forense III Encuentro De Tribunales De Ética Odontológica. Manizales, Mayo 5 Y 6 De 1995
3. Ley 294 De 1996. (Julio 16). Diario Oficial No. 42.836, De 22 De Julio De 1996 Por La Cual Se Desarrolla El Artículo 42 De La Constitución Política Y Se Dictan Normas Para Prevenir, Remediar Y Sancionar La Violencia Intrafamiliar.
4. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, LEY 1122 DE 2007 de enero 9
5. WOLF R S. Maltrato en el anciano. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Ed. Anzola E, Morales F, Salas A, Galinsky D Sánchez M. OPS 1994: 396-403.
6. Instituto Colombiano De Bienestar Familiar. Protocolo De Atención A La Niñez Maltratada. Documento Guía. Cali- Colombia. 2006.
7. Claramunt, Cecilia y Guido Lea. Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. San José: OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996. p. 17
8. Guía Resumida para PROFESIONALES QUE DEBEN REPORTAR ABUSO Y MALTRATO INFANTIL en el Estado de Nueva Cork, 2007
9. Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24
10. Larse, Margo y Tentis E. Arte y ciencia de disciplinar niños. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4/ 2003:797-817
11. Claramunt, Cecilia y Guido Lea. Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. San José: OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996. p. 17
12. Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, N° 1, Pp. 13-24

13. Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, Nº 1, Pp. 13-24
14. Navarrete Calderón, C: Caracterización criminológica y victimológica de mujeres comisoras de lesiones de ciudad de La Habana. 2003.
15. Gracia, E. Musitu, G & García, F. Apoyo Social Y Maltrato Infantil: Un Estudio En España Y Colombia. *Universitat De València, Universidad Del Qundío (Colombia)*En: Revista Lnteramericana De N Journal Of Psychology. 1994 Vol. 28, Nº 1, Pp. 13-24
16. Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.
17. Alba Papa Celin, Mariluz Benito, María Ferrer y María González. Desnutrición severa y efectos en el macizo craneofacial. Reporte de un Caso. Universidad del Zulia. Instituto de investigaciones de la Facultad de Odontología. Calle 65 esq. Av. 19 Edificio Ciencia y Salud. Tercer Piso. Maracaibo. Venezuela. OD v.3 n.1 Maracaibo jun. 2006.
18. Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.
19. Epstein D. "Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños". OPS.2005. Abril de 2005
20. Alba Papa Celin, Mariluz Benito, María Ferrer y María González. Desnutrición severa y efectos en el macizo craneofacial. Reporte de un Caso. Universidad del Zulia. Instituto de investigaciones de la Facultad de Odontología. Calle 65 esq. Av. 19 Edificio Ciencia y Salud. Tercer Piso. Maracaibo. Venezuela. OD v.3 n.1 Maracaibo jun. 2006.
21. Urra, J. (1995), «El menor maltratado y/o maltratante», en J. Urra. (coord.), Justicia con menores y jóvenes, Madrid, Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia. Colección Cursos, núm. 17.
22. García-Ballesta, Carlos. Pérez-Lajarín, Leonor. Castejón-Navas, Isabel. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. Ilustre Consejo General de Colegiosde Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003
23. Urra, J. (2002), «Tratado de Psicología Forense», Madrid, Siglo XXI de España Editores.
24. Epstein D. "Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños". OPS. 2005. Abril de 2005

25. [www.presidencia.gov.co/cne/2003/noviembre/20/14202003.htm](http://www.presidencia.gov.co/cne/2003/noviembre/20/14202003.htm)
26. Epstein D. "Día Mundial de la Salud 2005 pone el foco en las madres y los niños". OPS. 2005. Abril de 2005.
27. García-Ballesta, Carlos. Pérez-Lajarín, Leonor. Castejón-Navas, Isabel. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. RCOE v.8 n.2 Madrid mar.-abr. 2003.
28. Alfonso Casas. La Odontología Forense III Encuentro De Tribunales De Ética Odontológica. Manizales, Mayo 5 Y 6 De 1995

## 8 ANEXOS

### MALTRATO INFANTIL

Fecha / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

No. Orden / \_\_\_\_ /

Edad \_\_\_\_ años

Sexo:  Femenino  Masculino

Docente

Estudiante

Semestre

#### A. De acuerdo a los siguientes casos clínicos responda las preguntas b y c.

1. Paciente sexo masculino de 3 años de edad, que asiste a la consulta odontológica por primera vez. El niño llora constantemente y es de difícil manejo, la atención se dificulta por la actitud negativa del menor. Se le pide a la madre que abandone el consultorio para facilitar el manejo del niño, y lo hace sin ningún reparo, no sin antes regañar al niño para que se deje atender.
2. Paciente sexo femenino de 3 años de edad, que asiste a la consulta por trauma dentoalveolar de 5 días de evolución. Presenta avulsión de 51 y 52 y luxación intrusiva de 61. Además presenta caries avanzadas con múltiples abscesos en dientes posteriores. La madre refiere que la niña ha tenido fiebre pero que no la ha llevado a ningún centro asistencial. También refiere que llora mucho y que no come porque dice que le duele, pero ella no le ha prestado mucha atención, y dice que además no tiene tiempo para llevarla al médico.
3. Paciente de 8 años, sexo femenino, que asiste a su consulta regularmente, acompañada de su madre, quien refiere en todas las consultas signos y síntomas de diferentes entidades clínicas, que según ella, presenta la menor. Al examen clínico, la paciente no presenta ninguno de los signos ni los síntomas descritos por la madre. Sin embargo, ella solicita realizar todas las pruebas diagnósticas que sean necesarias, sin importar el costo de las mismas.
4. Paciente sexo femenino, de 12 años, que asiste por primera vez a la consulta. La niña es tímida, retraída y poco comunicativa. La madre la acompaña y responde todas las preguntas que se le hacen a la niña y la regaña constantemente. La menor tiene un problema de sobrepeso y al tratar este punto la mamá desacredita a su hija, diciendo que es porque parece un animal cuando come, que no se llena con nada y que se ve horrible por estar gorda. La humilla, la subvalora y la hace retraerse aún más.

**B. Marque (X) el tipo maltrato**

Tipo de maltrato	CASOS			
	1	2	3	4
1. Maltrato físico				
2. Maltrato emocional activo				
3. Maltrato emocional pasivo o Negligencia				
4. Asociado a abuso sexual				
5. Síndrome de Munchausen por poderes				
6. Sospecha de maltrato				
6. No hay maltrato				

ACCIONES A SEGUIR	CASOS DE LA SECCION A			
	1	2	3	4
1. No haría nada, no es su problema.				
2. Llamar a la policía.				
3. Solicitar pruebas para diagnóstico diferencial con otras enfermedades.				
4. Interrogar al menor sobre lo sucedido.				
5. Examinar al menor frente a un testigo, quitándole la ropa, para visualizar otras lesiones				
6. Describir lo sucedido en la consulta y lo referido por el paciente o su acudiente, en la historia Clínica.				
7. Interrogar a los padres o acudiente sobre lo sucedido.				
8. Anotar en la historia clínica todos los hallazgos físicos en el menor.				
9. Poner al menor a realizar dibujos o a jugar para observar sus reacciones.				
10. Hablar con los padres o acudiente para explicarles la gravedad de la no atención odontológica y de las consecuencias en la salud de su hijo, además de las consecuencias legales que esto implicaría para los padres o acudiente.				
11. Remitir a la madre a consulta psicológica.				

**D. Percepción de maltrato infantil:**

1. Ha reconocido usted signos y síntomas de maltrato infantil durante la consulta odontológica  Si  No

2. Ha reconocido factores de riesgo de maltrato infantil durante la consulta?  Si  No

**E. En caso positivo, señale (X) cual o cuales de las siguientes acciones ha tomado?**

Comentar al docente

Recurrir a las autoridades pertinentes

Tuvo miedo

Llamar la atención al acudiente

Registrar en la historia clínica