

**GUÍA ODONTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y REPORTE DE SOSPECHA DE  
MALTRATO INFANTIL**

ALEXANDRA ESQUIVEL LINDO  
SIDNEY ARLETY ESCOBAR CASTILLO  
YOLIMA ORTIZ VÁSQUEZ  
ISAURA MARÍA PARDO GRANADA  
GORKY MORENO GARCÍA  
MAURICIO MONTOYA GOMEZ

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI**

2004

TOCa  
0179

**GUÍA ODONTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y REPORTE DE SOSPECHA DE  
MALTRATO INFANTIL**

**INVESTIGADORES**

ALEXANDRA ESQUIVEL LINDO  
SIDNEY ARLETY ESCOBAR CASTILLO  
YOLIMA ORTIZ VÁSQUEZ  
ISAURA MARÍA PARDO GRANADA  
GORKY MORENO GARCÍA

**ASESOR METODOLÓGICO**

PAULA BERMÚDEZ JARAMILLO  
ODONTÓLOGA Y MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

**ASESOR ESTADÍSTICO**

HÉCTOR FABIO MUESES MARÍN

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI**

2004

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, quienes con su confianza y apoyo incondicional contribuyeron en la realización de este proyecto, a quienes les debemos el hecho de haber logrado este propósito y por quienes orgullosamente, somos lo que somos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por permitirnos hacer posible este sueño.

A nuestros padres por su confianza y apoyo durante este proceso.

A los estudiantes del Colegio Odontológico que con su colaboración contribuyeron a la  
realización de este proyecto.

A los docentes de las clínicas de odontopediatría,

A nuestra asesora metodológica y demás docentes del área de investigación del Colegio  
Odontológico Colombiano.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
1.1 JUSTIFICACIÓN	3
1.2 OBJETIVOS	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 PERFIL PSICOLÓGICO DEL NIÑ@	5
2.2 MALTRATO INFANTIL	6
2.3 TIPOS DE MALTRATO	6
2.3.1 Maltrato Físico	6
2.3.1.1 Factores de riesgo	6
2.3.1.2 Signos y síntomas	7
2.3.1.3 Características del maltratante físico	7
2.3.2 Abandono Físico	7
2.3.2.1 Factores de riesgo	8
2.3.2.2 Signos y síntomas	8
2.3.2.3 Características del padre o acudiente	8
2.3.3 Maltrato Emocional	8

2.3.3.1 Factores de riesgo	8
2.3.3.2 Signos y síntomas	9
2.3.3.3 Características del padre maltratante emocional	9
2.3.4 Abuso sexual	9
2.3.4.1 Factores de riesgo	9
2.3.4.2 Signos y síntomas	9
2.3.4.3 Características del abusador sexual	10
2.3.5 Abandono Emocional	10
2.3.6 Síndrome de Münchausen por poder	10
2.3.7 Síndrome del niño agitado	10
2.3.8 Maltrato Institucional	10
2.3.9 Maltrato en la gestación	10
2.4 Otras formas de maltrato	11
2.5 DIAGNÓSTICO	11
2.5.1 Diagnóstico físico general	11
2.5.1.1 Lesiones cutáneo mucosas	11
2.5.1.2 Lesiones óseo articulares	11
2.5.1.3 Lesiones víscero abdominales	12
2.5.1.4 Abuso sexual	12
2.5.1.5 Negligencia en el cuidado de la salud y seguridad del niño	12
2.5.2 Diagnóstico Psicológico	12
2.5.2.1 Alteraciones de comportamiento	12
2.5.3 Diagnóstico orofacial	13
2.5.3.1 Lesiones de tejidos blandos	13
2.5.3.2 Lesiones de tejidos duros	13
2.6 INCIDENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA	15

2.7	DERECHOS DE LOS NIÑ@S Y FUNDAMENTO LEGAL	15
2.8	PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN AL NIÑ@ MALTRATADO	17
2.8.1	En caso de Maltrato Físico	17
2.8.1.1	Al agredido	17
2.8.1.2	Tratamiento de la lesión	17
2.8.1.3	Atención psicológica durante la urgencia	17
2.8.1.4	Hospitalización	17
2.8.1.5	Notificación	17
2.8.1.6	Denuncia	17
2.8.1.7	Seguimiento	17
2.8.2	En caso de Maltrato Psicológico	18
2.8.2.1	Denuncia	18
2.8.2.2	Notificación	18
2.8.2.3	Seguimiento	18
2.8.3	En caso de Abuso Sexual	18
2.8.3.1	Al agredido	18
2.8.3.2	Entrevista	18
2.8.3.3	Hospitalización	18
2.8.3.4	Remisión	18
2.8.3.5	Notificación	18
2.8.3.6	Denuncia	18
2.8.3.7	Seguimiento	19
2.8.4	En caso de Gestación y Maltrato	19
2.8.4.1	Tratamiento Físico	19
2.8.4.2	Tratamiento psicológico	19
2.8.5	En caso de Síndrome del niñ@ agitado	19
2.8.5.1	Tratamiento físico	19

2.8.5.2 Seguimiento	19
2.8.6 En caso de Negligencia	19
3. DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1 TIPO DE ESTUDIO	20
3.2 POBLACIÓN	20
3.3 MUESTRA	20
3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
3.5 VARIABLES	21
3.6 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	23
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
3.8 RECURSOS	26
3.9 CRONOGRAMA	28
4. RESULTADOS	31
4.1 Guía Odontológica para el Diagnóstico y Reporte de Sospecha de Maltrato Infantil	32
4.2 Formato para el Reporte de Sospecha de Maltrato Infantil	49
4.3 Resultados de las encuestas de los estudiantes de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano	52
5. CONCLUSIONES	58
6. DISCUSIÓN	59
7. RECOMENDACIONES	61
8. BIBLIOGRAFÍA	62

## GLOSARIO

**AVULSIÓN:** Desplazamiento violento de dientes en su posición normal. En algunos casos se puede proceder a la reimplantación quirúrgica, aunque es una técnica que fracasa con frecuencia.

**HEMATOMA:** Colección localizada de sangre extravasada incluida en los tejidos de la piel o en un órgano; se forma como consecuencia de un traumatismo o una hemostasis incompleta.

**HEMORRAGIA:** Pérdida de una gran cantidad de sangre en un período de tiempo corto bien externa o internamente. Puede ser arterial, venosa o capilar.

**INFLAMACIÓN:** Respuesta defensiva del organismo frente a un agente irritante o infecciosa. Puede ser aguda o crónica. Los signos cardinales son rubor, calor y dolor, junto con trastorno o impotencia funcional.

**LUXACIÓN:** Dislocación o desplazamiento permanente de los extremos óseos de una articulación, perdiendo contacto las superficies articulares. Suele denominarse por el hueso más apartado del centro. Por extensión se denominan luxaciones ciertos cambios de lugar de determinados órganos.

**NEGLIGENCIA:** Acto que una persona prudente no habría realizado, u omisión de una tarea que una persona prudente habría realizado, con resultado de lesión o daño a otra persona.

**PERPETRADOR:** Persona que comete un delito o culpa grave

**PSICOSOMÁTICO:** Que se relaciona, caracteriza o resulta de la interacción de la mente o psique con el organismo.

**TRAUMATISMO:** Lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una sustancia tóxica. Lesión o daño psíquico resultante de un grave shock emocional.

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO:**

Diseñar una Guía Odontológica para el diagnóstico y el manejo multidisciplinario del niño que asiste a la consulta odontológica general y especializada con signos de maltrato infantil. Como objetivos secundarios, se propuso diseñar un Formato para el Reporte de Sospecha de Maltrato Infantil; Por último identificar los conocimientos de los alumnos de las clínicas de odontopediatría del Colegio Odontológico (Sede Santiago de Cali), frente al fenómeno de maltrato infantil; con el propósito de ayudar a odontólogos generales y especialistas a brindar una mejor atención al paciente pediátrico maltratado.

### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

A partir de la revisión de la literatura, y el conocimiento de un experto, se diseñó el Formato para el Reporte de Sospecha de Maltrato Infantil, con su respectiva guía. Se aplicaron encuestas a una población de estudiantes en el Colegio Odontológico Colombiano (Sede Santiago de Cali), en las que se identifican los conocimientos frente al tema del maltrato infantil y la capacidad que dichos estudiantes consideran poseer para identificar los tipos de maltrato que se puedan presentar en la práctica clínica.

### **RESULTADOS:**

Estas encuestas registraron que el 67% de los estudiantes evaluados, consideran que no tienen las bases suficientes para el diagnóstico y por ende, del tratamiento de pacientes con secuelas de maltrato.

### **CONCLUSIONES:**

Se presenta una herramienta para los odontólogos generales y especialistas en la atención del niño maltratado, para dar un manejo integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

## INTRODUCCIÓN

La realización de la Guía Odontológica para el reporte de maltrato infantil, pretende dar las pautas necesarias para la identificación de los diferentes tipos de maltrato infantil que aquejan la sociedad Colombiana, y al mismo tiempo, lograr demostrar la importancia que representa el diagnóstico de este fenómeno por parte del odontólogo.

Se trata de dar una idea al profesional, no solo en odontología que tiene la obligación de reconocer, diagnosticar y sobre todo, reportar los cientos de casos que desafortunadamente se presentan a diario en la consulta. En Colombia no existe un protocolo que ayude al profesional en la oportuna y acertada reacción frente a la problemática que encierra el maltrato infantil.

Para dicho objetivo, se realizó primero, una descripción de las características normales psicológicas y físicas del niño en cada etapa de su desarrollo. De acuerdo a esto, se puede establecer la diferencia entre lo normal y lo patológico relacionado a la personalidad y aspecto físico del niño y se definieron los diferentes tipos de maltrato infantil para establecer las características específicas del niño maltratado y por ende, las del padre o acudiente maltratante.

Después de explicar estos conceptos, será mas claro para el profesional en odontología, reconocer en los pacientes que asisten a la consulta con algún signo de maltrato, poder dar su diagnóstico, el cual será un diagnóstico físico general, psicológico, orofacial, en el que se incluye lesiones de tejidos blandos y tejidos duros, diferencialmente al del maltrato.

Finalmente, el odontólogo deberá conocer las diferentes campañas que se han realizado a nivel nacional para la promoción y prevención del maltrato, los derechos del niño según la Constitución Política de Colombia de 1991, las interconsultas profesionales y en orden de importancia las que se requieran en determinadas situaciones, puesto que en un solo caso, puede requerirse de intervención multidisciplinaria como atención médica, psicológica, odontológica, ortopédica, entre otras, e idealmente acudir a Instituciones a las que les compete lo relacionado a todos los requerimientos legales necesarios.

De acuerdo a lo anterior, con todos los conceptos bien fundamentados, se realizó un formato de reporte de sospecha de maltrato infantil, en el cual se deben registrar todos los datos específicos que permitan reconocer en cada niño durante la consulta odontológica signos y síntomas propios de maltrato infantil, y de esta manera realizar el debido reporte a las autoridades competentes, quienes son los encargados de declarar la existencia de maltrato infantil y aplicar los diferentes procedimientos requeridos.

## 1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El maltrato infantil es un fenómeno que atenta contra la integralidad de los individuos, en el presente y en el futuro, puesto que es claramente, un factor de riesgo que predispone a la salud mental del niño.

Desafortunadamente, este fenómeno es raramente identificado por parte de los profesionales en odontología, lo que indica que los miles de casos, generalmente, con signos a nivel de cabeza y cuello, pasan desapercibidos.

Sin embargo, en algunos países como Estados Unidos, la ley obliga a ciertos profesionales, entre ellos odontólogos, médicos, psicólogos, entre otros, a informar sospechas de abuso o maltrato infantil. La ley, además asigna la responsabilidad civil y criminal a aquellos profesionales que no cumplen con sus responsabilidades obligatorias de reportar sospechas.

En Colombia, la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, ha diseñado un formato para la vigilancia de violencia intrafamiliar en donde se recolectan datos que especifican el tipo de maltrato al que se somete al niño, al agente maltratador, la acción adelantada o el procedimiento requerido a nivel legal.

Sin embargo, aún existe subregistro de la información y no ha sido posible que la totalidad de las entidades reporte al sistema. En muchas de estas entidades, la falta de personal y la gran demanda de atención dificultan esta actividad.

Por otro lado, la nula o poca utilización de los datos aportados por este sistema de información, limitan la atención integral al niño, lo que indica la necesidad del desarrollo de un formulario que además de registrar el número de casos, permita identificar el tipo de maltrato en el momento de la consulta odontológica y permita al profesional ejercer su responsabilidad para brindarle al niño calidad de vida.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

La violencia es reconocida como el principal problema de salud pública en Colombia, en donde el maltrato hacia hombres y mujeres en el núcleo familiar se ve revertido hacia sus hijos o hijas. El maltrato infantil provoca detrimento a la calidad de vida, por que afecta los años de formación, que impiden el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Por lo tanto es de suma importancia la detección, la atención, el registro, notificación y seguimiento de los casos presentados en todas las instituciones prestadoras de salud.

Según la resolución número 00412 del 25 de febrero de 2000, se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Por otro lado, el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud, contempla al menor y a la mujer maltratados dentro de las "condiciones patológicas", que serán objeto de atención oportuna y seguimiento.

De acuerdo a esta resolución el Colegio Odontológico como institución prestadora de salud, tiene la responsabilidad de cumplir con lo anteriormente dicho. Por tal razón el desarrollo de la Guía Odontológica para el reporte de maltrato infantil es indispensable para la capacitación del profesional, y el diligenciamiento del formato, que permita la identificación de maltrato infantil en los pacientes que asisten a las clínicas de Odontopediatria.

La importancia de esta capacitación es que el profesional vele por la salud integral del paciente pediátrico y reporte oportunamente los casos de maltrato infantil a las instituciones estatales que intervienen frente al problema de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abandono, contemplados en el código del menor.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una Guía Odontológica para el diagnóstico y el manejo multidisciplinario del niñ@ que asiste a la consulta odontológica general y especializada con secuelas de maltrato infantil.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diseñar un Formato para el Reporte de Sospecha de maltrato infantil
- Identificar los conocimientos de los alumnos de las clínicas de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali.
- Recomendar la secuencia y el tratamiento ideal, las debidas interconsultas y procedimientos legales para su aplicación en el tratamiento odontológico a los niños maltratados.
- Crear estrategias para la Promoción y Prevención del maltrato infantil, tales como el diseño del póster ilustrativo de maltrato infantil en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano - Cali -.

## **1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cómo deben reportarse los casos detectados en la consulta odontológica como casos sospechosos de maltrato infantil?
- ¿Cómo, cuándo y a quién se debe realizar el reporte de los casos de maltrato infantil que llegan a la consulta odontológica?
- ¿Cuáles son los conocimientos de los estudiantes de odontopediatría del Colegio odontológico, frente al tema del maltrato infantil, su diagnóstico, manejo, tratamiento y reporte?
- ¿Qué estrategias podrían establecerse a nivel institucional para la sensibilización frente a este fenómeno del maltrato infantil?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 PERFIL PSICOLÓGICO DEL NIÑ@

En el estudio de la conducta personal-social del niñ@ como individuo, se cuenta con normas generalizadas para cada edad. Estos patrones del desarrollo, normales y usuales, pueden usarse como puntos de referencia y comparación en el estudio del niñ@. Una vez familiarizados con los modos de desarrollo normativamente típicos, se está en la condición de sopesar ajustadamente los desvíos de la conducta de un niñ@ individual y de interpretar la corriente o tendencia de su patrón evolutivo individual.<sup>1</sup>

**PRIMEROS CUATRO MESES:**<sup>1</sup> Durante esta etapa el niñ@ sonríe con preferencia al rostro humano como primera manifestación de conducta social, designa una conducta de dependencia para satisfacer sus necesidades básicas.

**CUATRO A OCHO MESES:**<sup>1</sup> Inicia la identificación de personaje (madre) y su presencia causa alegría. Sonríe a carcajadas y emite sílabas sin significado en situaciones placenteras. Se entabla comunicación bilateral (niñ@ adulto), tiene reacciones positivas ante sonidos agradables y presta atención a las consecuencias de sus acciones en el ambiente.

**OCHO A DOCE MESES:**<sup>1</sup> Las relaciones familiares son más activas, comienza a mirar gestos de otros, decir adiós con las manos, entrega objetos con la mano, logra un alcance social mayor. Su nivel cognoscitivo le permite tener una conducta intencionada, explora y supera obstáculos.

**DE DOCE A DIECIOCHO MESES:**<sup>1</sup> La comunicación social y verbal con el adulto se hace más compleja, logra más independencia que en los meses anteriores. Goza con juegos o trucos sencillos. Puede llorar pidiendo afección, los gritos están asociados más frecuentemente a irritaciones o frustraciones mínimas.

**DE DIECIOCHO A VEINTICUATRO MESES:**<sup>1</sup> Designa una conducta positiva siendo más independiente, le agrada las aprobaciones sociales, se relaciona fácilmente, alcanza un mayor control de esfínteres, pero puede tener explosiones temperamentales si algo va mal.

**DE DOS A TRES AÑOS:**<sup>1</sup> Obtiene logros que determinan el ajuste social (control total de esfínteres), se ve más autónomo y egocentrista, reconoce lo que le pertenece. Reacciona negativamente cuando se le ponen barreras, que se asume como parte de su formación social. Entiende la separación de la madre y no la ve como una pérdida, pero sigue dependiendo de ella. Empieza a reconocer su cuerpo, se desviste solo y reconoce muchos objetos. Disminuye el número de reacciones emocionales violentas. El niñ@ de tres años se considera amoral, porque no tiene la capacidad cognitiva de hacer juicios morales, no distingue entre justicia, deber, bondad o maldad.

**CINCO AÑOS:**<sup>1</sup> En esta etapa ya muestra indicios del hombre (o de la mujer) que han de ser en el futuro, produce una impresión favorable de competencia y estabilidad. Es capaz de concentrar su atención sin distraerse, pide ayuda a los adultos cuando la necesitan. Si se le exige demasiado puede reaccionar con pequeños arranques de resistencia o de sensibilidad. A pesar de eso, puede tener sentido del humor; se adaptan a la cultura en la que viven, sus angustias y temores son por lo general temporarios y concretos.

**SEIS AÑOS:**<sup>1</sup> El niñ@ de seis años sufre cambios de crecimiento comparables; surgen nuevos impulsos, sentimientos, nuevas acciones. Tiende a ser extremista bajo tensiones ligeras, le resulta difícil elegir entre dos opuestos que compiten con igual capacidad de fuerzas. No tienen dominio de sus impulsos motores ni de sus relaciones sociales.

**SIETE AÑOS:**<sup>1</sup> Está entrando a la etapa del realismo moral en la que el niñ@ considera que las normas son omnipotentes y no pueden ser cambiados. Evalúan los actos como bueno y

malo con base en los resultados y no en la intencionalidad que los produce. Consideran el castigo como inherente a la conducta negativa y con frecuencia producida por la naturaleza. A esta edad el niño se encuentra en las operaciones concretas, según Piaget, queriendo guiarse por las normas de los adultos, considerando que todos los actos son buenos o son malos y creyendo que todo el mundo piensa igual.

**OCHO AÑOS:**<sup>1</sup> El niño de ocho designa hiperactividad motriz no solo a nivel físico sino espiritual. Tiende a identificarse con los héroes del cine o de los libros. Existen en él gran ambivalencia entre su deseo de seguir siendo niño y el de crecer.

**NUEVE AÑOS:**<sup>1</sup> Es una etapa de dependencia. Se puede confiar en el niño porque lo merece. El niño quiere tener informaciones más precisas sobre la sexualidad. Le molesta ser visto desnudo. Su interés por temas nuevos nace de las conversaciones que escucha. Sufre si ve sufrir a alguien.

**DIEZ AÑOS:**<sup>2</sup> Domina por completo el tiempo que guarda relación con los acontecimientos de su vida cotidiana. Organiza él mismo el empleo de su tiempo. También es muy organizado por lo que se refiere al espacio.

**ONCE AÑOS:**<sup>2</sup> Es un niño inquieto, investigador, charlatán. No le molesta el reposo, pero le gusta andar siempre de un lado para otro. Está sujeto a estallidos de risa y estados de ánimo variables. El mal humor puede aparecer cuando hay demasiado que hacer y poco tiempo para jugar o para dormir.

**DOCE AÑOS:**<sup>2</sup> En esta edad revela ser mucho menos ingenuo con respecto a las relaciones sociales. Se sienten más dispuestos a mostrarse positivos y entusiastas que negativos. Ha perdido su egocentrismo, tiene una mejor noción de las realidades, se da cuenta que crece. Su deseo de crecimiento es grande y su curiosidad insaciable.

## **2.2 MALTRATO INFANTIL**

Existen numerosas definiciones a nivel mundial del Maltrato infantil. Dentro de las terminologías utilizadas por distintas organizaciones relacionadas con el tema, se puede analizar la considerada por El Centro Internacional de la Infancia en París, en la cual: "El Maltrato Infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo".<sup>3</sup>

## **2.3 TIPOS DE MALTRATO**

### **2.3.1 MALTRATO FÍSICO**

Agresión física a un menor causada de manera intencional por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente.<sup>4</sup>

#### **2.3.1.1 FACTORES DE RIESGO:**<sup>4</sup>

- **SOCIALES:** Desempleo, tolerancia social al maltrato en general, hacinamiento, desplazamiento forzado, corrupción, bajo nivel de ingreso, ausencia de redes sociales de apoyo.
- **DEL NIÑO:** Retardo mental, parálisis cerebral, deformidades físicas, dificultades en la alimentación o defecación, niños hiperkinéticos o con llanto chillón, con enfermedades crónicas, menores de cinco años.

- **DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS:** Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas, familias donde la violencia es aceptada como forma de relación entre sus miembros, padres que han sufrido maltrato infantil. Condición de padrastro o madrastra, bajo nivel de escolaridad de los padres, padres adolescentes, hijos indeseados o que no cumplen con las expectativas de los padres y son considerados insoportables, feos o malos; disfunción de la pareja, aislamiento social, bajos niveles de comunicación, inadecuada escala de valores, alteración en el sistema de vinculación afectivo de padres e hijos, padres consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas.

#### 2.3.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS:<sup>4</sup>

Al examen físico pueden presentarse los siguientes hallazgos que pueden alertar al clínico sobre la posibilidad de maltrato en el niño@:

- **PIEL Y TEJIDOS BLANDOS:** Edema, equimosis en cara, extremidades y tronco; cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas; quemaduras con cigarrillos, planchas, líquidos en pies, manos, espalda.

- **ESQUELÉTICOS:** Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes mal tratadas y mal cicatrizadas; fracturas nasales, contusión y dislocación del hombro o del codo; esguinces de 1º, 2º y 3º grado; contusiones.

- **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** Trauma craneoencefálico que genera desde hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones, hasta pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, convulsiones, coma.

- **RESPIRATORIO:** Casi ahogamiento, broncoaspiración.

- **ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:**

\* **Ojos:** Heridas y / o hematomas del párpado sin compromiso del globo ocular; lesiones corneales, desprendimiento de retina.

\* **Oídos:** Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo; hemorragia en el oído medio o interno, ruptura del tímpano.

\* **Nariz:** Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento; desviación del tabique.

- **CAVIDAD ABDOMINAL:** Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, solo la pared; ruptura de vísceras, pericoronitis.

- **OROFACIAL:** Contusiones, equimosis orofaciales y peribucales; quemaduras, laceraciones y abrasiones, marcas de mordedura humana, rotura de frenillo labial superior y anomalía de apariencia y movilidad lingual, pérdida de dientes por avulsión traumática, fractura y luxación dentaria.<sup>5</sup>

#### 2.3.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATANTE FÍSICO

Ocultan las lesiones al menor sin explicaciones convincentes; demoran la búsqueda de la ayuda médica que el menor necesite; aparenta poca preocupación por el niño@; describe al niño@ como muy malo; cree en el castigo severo como un método de disciplina; tiene baja autoestima, tiene bajo control de sus impulsos, presentan comportamientos explosivos, demuestran inmadurez en su comportamiento; repite patrones errados de crianza y experiencias traumáticas de abuso en su infancia.

#### 2.3.2 ABANDONO FÍSICO

Deprivación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño@.<sup>4</sup>

### 2.3.2.1 FACTORES DE RIESGO: <sup>4</sup>

- **SOCIALES:** Patrones culturales que subvaloran al niño, ausencia de redes sociales de apoyo, desempleo o inestabilidad laboral, salida del hogar parcial o definitiva de los responsables del niño dejándolo desprotegido, pobreza y desempleo generalizados, descomposición social, mendicidad, tolerancia de la comunidad frente al maltrato.

- **DEL NIÑO:** Niño con enfermedades crónicas, discapacitados física o mentalmente, comportamientos como hiperactividad, hipoactividad o rebeldía, sexo del niño que no satisface las expectativas de los padres.

- **DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS:** Desconocimiento de las necesidades de atención del menor con discapacidad, pobreza o miseria, familias monoparentales o de madroterismo, elevado número de personas por hogar, embarazo no deseado, situaciones conflictivas de la preja que lleven a desatender a los niños, enfermedad mental, adicciones o situaciones depresivas.

### 2.3.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Retardo en el desarrollo psicomotor, desnutrición, infecciones respiratorias y en piel a repetición, descuidos con objetos y sustancias peligrosas, dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos, incapacidad de expresar afecto, trastorno del habla, higiene personal inadecuada, depresión o agresividad, ausencia de cuidados médicos mínimos, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, niños que no son llevados a control médico, de vacunación y demás servicios de salud.

A nivel orofacial: Actitud negligente en el cuidado dental (numerosas caries profundas, infecciones repetidas, granulomas y abscesos, dolor dental crónico, o falta de continuidad en el cuidado dental, cuando ha sido identificada una de estas patologías).<sup>5</sup>

### 2.3.2.3 CARACTERÍSTICAS DEL PADRE O ACUDIENTE

Sus manifestaciones más frecuentes son su poca preocupación por satisfacer las necesidades básicas del menor; su conducta suele ser apática, pasiva, depresiva, aislado socialmente, baja autoestima, abuso de alcohol y drogas; repetición de patrones errados de crianza, condiciones de vivienda riesgosa y de descuido, poca atención y supervisión al menor.

### 2.3.3 MALTRATO EMOCIONAL

Efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad a la capacidad de adaptarse al medio, de un menos, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede enmarcarse como alejada de toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor.<sup>4</sup>

#### 2.3.3.1 FACTORES DE RIESGO: <sup>4</sup>

-**SOCIALES** :Desempleo o estrés laboral, dificultades económicas severas, cambios bruscos de patrones culturales, aislamiento de la familia de recursos de apoyo ( salud, educación, recreación, etc )

-**DEL NIÑO:** Bajo rendimiento escolar , exigencia excesiva de rendimiento escolar por parte de los padres , etapa en los padres desea que el niño controle sus esfínteres , trastorno en el desarrollo físico o emocional (hiperactivo, crisis de llanto, enfermedades crónicas, retardo mental).

-**DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS:** Padres que ignoran, rechazan aíslan ,atemorizan pervierten ,atacan verbalmente o presionan al niño , padres que no responden a las necesidades del niño y fracasan en estimularlo de manera adecuada, padres que no

reaccionan a la presencia del niño y que no demuestran afecto hacia él, padres que amenazan permanentemente a los menores, padres que protegen excesivamente a sus hijos, embarazos no deseados, no involucramiento del padre en la crianza conflictos de pareja, alcohol o drogadicción, trastornos mentales, antecedentes de maltrato.

**2.3.3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS :** Angustia marcada ante el llanto de otros niños, agresividad y negativismo miedo de ir a la casa o a la escuela, demasiada movilidad o excesiva quietud, hábitos desordenados, tartamudeo, comerse las uñas, tics, hipocondría, miedos o fobias, falta de actitud exploratoria, intentos de suicidio, pesadillas, insomnios, depresión, robos caseros, sentimientos de inferioridad, aislamiento social, miedos a objetivos o situaciones, inseguridad y búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores.

**2.3.3.3 CARACTERÍSTICAS DEL PADRE MALTRATANTE EMOCIONAL:** Tiene expectativas irreales hacia el niño, rebaja, rechaza e ignora al menor, amenaza al niño con abandonarlo describe al menor como malo, trata al menor como un objeto, tiene baja autoestima, tiene valores y códigos morales rígidos y restrictivos.

#### **2.3.4 ABUSO SEXUAL**

Contacto o interacción entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor el abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor.<sup>4</sup>

##### **2.3.4.1 FACTORES DE RIESGO: <sup>4</sup>**

**-SOCIALES:** Significado social de la mujer aún desde la niñez, sobrevaloración de la familia. Masculina en la familia, sumisión de la madre y los hijos hacia el padre autoritario, tabúes mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.

**-DEL NIÑO:** La condición de sometimiento a dependencia de los niños, las niñas son más abusadas intrafamiliarmente y los niños más frecuentemente fuera de su casa, niños que han sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos sin debida orientación, con autoestima negativa, con poco vínculo afectivo con sus padres, niños que desconocen lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo.

**-DEL ABUSADOR:** Dificultades para establecer relaciones sexuales con personas adultas, predilección por establecer relaciones sexuales con menores, actuación infantil, posiblemente fueron objeto de abuso sexual en su infancia, aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con personas de edad apropiada, sin embargo esta no es estable y se ve afectada por múltiples factores externos, personalidad controladora, dominante, consumidores de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

**-DE LA FAMILIA O DE SUS MIEMBROS:** Familias donde hay abusadores con miembros pasivos, dependientes y sumisos, dependencia económica del abusador, con historia de abuso sexual infantil y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual, impera el silencio por temor al que dirán. Ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y valoración del otro, hacinamiento, familias autoritarias.

##### **2.3.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Dificultad para caminar o sentarse dolor o molestia en el área genital sangrado en boca, ano o vagina, enfermedad de transmisión sexual, infección urinarias y repetición, cuerpos extraños en ano o vagina, embarazo precoz, autoestima disminuida, preocupación por temas sexuales, intento de suicidio, rechazo hacia el padre u otros familiares, consumo de alcohol o drogas.

#### 2.3.4.3 CARACTERISTICAS DEL ABUSADOR SEXUAL

Es posesiva y celosa de la victima, niega al niñ@ contacto sociales normales acusa al niñ@ de promiscuo y seductor, es excesivamente atento con el menor, tiene baja autoestima presenta pobre control de impulsos es aislado sexualmente tiene relaciones adultas no satisfactorias sexualiza manifestaciones de amor y afecto.

#### 2.3.5 ABANDONO EMOCIONAL

Dice relación con la situación a la que el niñ@ no recibe afecto, estimulación , apoyo y protección necesarios en cada estado de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo, y la que existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores y las expresiones emocionales del niñ@ o a sus intentos de interacción o aproximación.<sup>4</sup>

#### 2.3.6 SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER

Se refiere a los padres cuidadores que someten al niñ@ a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.<sup>3</sup>

#### 2.3.7 SINDROME DEL NIÑ@ AGITADO

Es un grave y claramente definible forma de maltrato infantil, se produce por una aceleración rotacional extrema de la cabeza de un niñ@, producido por una agitación violenta que es reconocidamente peligrosa y productora de daño en el cerebro.<sup>6</sup>

- **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**<sup>6</sup> Hemorragias retinales, hemorragias subdurales y subaracnoideas (entre el cerebro y el cráneo) sin evidencia de traumatismos externos o fracturas de cráneo; ocurre en niñ@s menores de dos años pero puede verse hasta los cinco años de vida. Los signos pueden variar desde leves y difíciles de determinar a intensos y fácilmente identificables como traumatismo cerebral.

Historia de mal apetito, vómitos repetidos, decaimientos y / o irritabilidad que se presenta por días o semanas . En los casos graves con consecuencias neurológicas importantes el niñ@ presenta alteraciones de conciencia en forma inmediata y rápidamente presenta signos de disfunción del sistema nervioso.

En urgencias el niñ@ con este daño cerebral, puede estar convulsionando, con alteraciones de conciencia, incapaz de comunicarse o deglutir, estado de coma; pueden presentar otros signos de maltrato como moretones, fracturas costales o de otros huesos largos.

#### 2.3.8 MALTRATO INSTITUCIONAL

Se entiende por cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivadas de la actuación individual del profesional que comparte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niñ@ y/o la infancia.<sup>3</sup>

#### 2.3.9 MALTRATO EN LA GESTACIÓN

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 niñ@ por nacer.

- Comportamientos sugestivos de Maltrato durante la Gestación: Inasistencia a controles prenatales; consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros; mala alimentación; estados depresivos causados por el estado de embarazo.<sup>7</sup>

## 2.4 OTRAS FORMAS DE MALTRATO

En Colombia existen otras formas de maltrato, que no son tan estudiadas ni conocidas, puesto que no se les ha dado la importancia que realmente tienen, ya que son niñ@s que sufren las consecuencias de actos ajenos a ellos, estos maltratos "ignorados" en nuestra sociedad son:

- Niñ@s de la calle y en la calle
- Niñ@s trabajadores
- Niñ@s de la guerra
- Maltrato escolar
- Niñ@s desplazados
- Niñ@s involucrados en el conflicto armado.<sup>7</sup>

## 2.5 DIAGNÓSTICO

### 2.5.1 DIAGNÓSTICO FÍSICO GENERAL

**2.5.1.1 LESIONES CUTÁNEO MUCOSAS:**<sup>5</sup> Son una de las tantas afecciones o traumas que ocurren a nivel de mucosa y piel de los niñ@s que reciben maltrato y que al llegar a la consulta odontológica, ponen en evidencia algunas de las siguientes lesiones:

- **hematomas, contusiones, heridas inciso-contusas, erosiones y pinchazos:** Se ven con frecuencia en niñ@s menores de tres años, se localizan en las áreas periorcular y peribucal, zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, mucosa oral, cuello, región proximal y postero interna de extremidades, tórax, espalda, área genital y nalgas.

Se distribuyen ocupando zonas extensas y adoptan una disposición simétrica o como figuras geométricas delimitadas no normales en piel sana.

Se puede presentar en distintos estadios evolutivos y/o de cicatrización.

Coloración de hematomas:

- 0 – 3 días: Zona tumefacta e hipersensible. Rojo, azul - rojizo
- 3 – 7 días: Azul púrpura, verde, amarillo - verdoso
- 7 – 30 días: Amarillo, amarillo – marrón, pardo.

- **Quemaduras:** Se pueden ver a cualquier edad. Cuando un niñ@ se quema solo, las quemaduras están localizadas en la parte superior del cuerpo. Cuando son producto de malos tratos, las lesiones abarcan generalmente la parte inferior del cuerpo, suelen ser muy extendidas y simétricas al nivel de los pies o de las manos, con límites muy claros.

- **Mordeduras:** Reproduce la forma de la arcada dentaria, que pueden ser aisladas o múltiples.

- **Alopecia traumática:** Se presenta combinada, en zonas de pelo sano y en zonas arrancadas sin seguir una distribución determinada. Se localiza en zona occipital y zona occipito-parietal.

**2.5.1.2 LESIONES ÓSEO ARTICULARES:**<sup>5</sup> Son lesiones que el niñ@ puede presentar por diversos tipos de trauma, como resultado de maltrato y que puede manifestar el paciente a través de fracturas o inmovilidad muscular. Este último, asociado también a problemas emocionales y de conducta.

A continuación se nombran algunas de las lesiones mas frecuentes:

**Lesión neonatal:** Se presenta debido a complicaciones obstétricas o en caso de sacudidas repetidas como en los niñ@s maltratados. Puede ocurrir luxación occipitoatloidea y atloaxial,

fractura de odontoides y sección medular. Clínicamente se presenta como fiebre de origen desconocido, dificultad respiratoria y respuesta motora de retirada sin actividad irritativa.

**Fracturas de los huesos largos:** Se presenta en espiral u oblicuas, asociado a trauma directo o fracturas por arrancamiento, resultado de un mecanismo de tracción y torsión simultáneo y forzado. Se presentan además lesiones con desplazamiento, arrancamiento o fractura, fracturas craneales por impacto directo de tipo lineal, conminutas con hundimiento, fracturas en nariz o mandíbula por impacto directo.

Para el diagnóstico de estas lesiones se debe tener en cuenta los distintos estadios evolutivos de la consolidación de la lesión y la asociación con lesiones cutáneo mucosas.

Además de las lesiones ya mencionadas, existen otras que se pueden presentar de manera silenciosa y evolucionar hasta causar degeneraciones óseas severas, donde se ven no solo afecciones físicas sino también psíquicas. Esta última puede desencadenar una patología ósea como lo es la artrosis en donde el niño maltratado tiene deficiencias emocionales, se siente solo, desprotegido y rechazado, que lo lleva a reaccionar algunas veces de manera agresiva cuando se siente amenazado.

El niño toma una conducta reprimida y trata de cerrarse consigo mismo y alejarse de su entorno, luego inflamación de las articulaciones, hasta evolucionar a una degeneración articular o artrosis.

**2.5.1.3 LESIONES VÍSCERO ABDOMINALES:**<sup>5</sup> Cuando se presentan estas lesiones es necesario identificar el mecanismo por el cual se produjo, y las características clínicas de la lesión como lo es abdomen con distensión, dolor, vómito, y/o hemorragia, dificultad respiratoria entre otras.

Las lesiones mas frecuentes observadas son: Hematoma duodenal intramural; pseudoquiste pancreático; pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica duodenal.

**2.5.1.4 ABUSO SEXUAL:**<sup>5</sup> Encontramos síntomas genitourinarios, infecciones de transmisión sexual, lesiones traumáticas en los genitales y lesiones bucofaciales. En las lesiones intrabucales con mucha frecuencia el mecanismo patogénico consiste en la introducción forzada por parte de los padres o educadores, de forma violenta objetos causando laceraciones en la mucosa, ruptura de frenillo, luxaciones, desgarramiento del frenillo lingual, entre otras. Las verrugas venéreas, el paladar petequial, deben ser consideradas por el odontólogo para poder identificarlas y estar en la capacidad de dar un diagnóstico diferencial de acuerdo a las características que presentan cada una de ellas.

**2.5.1.5 NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y SEGURIDAD DEL NIÑO:**<sup>5</sup> Los padres o personas a cargo de los niños, están en la obligación de velar por el cuidado de la salud y la seguridad del niño. "la familia, la sociedad y el estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para lograr su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos" (sentencia N° C-019/ 1993, Corte Constitucional)

Los niños deben crecer y desarrollarse como protagonistas activos de su propio proyecto de vida, encontrar en las instituciones los espacios correctos para desarrollar su propia capacidad de participación, de integración a la familia y a la sociedad, la negligencia en el cuidado de la salud y la seguridad del niño también presenta unas características que permite su identificación, evaluación y control.

## 2.5.2 DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

**2.5.2.1 ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO:**<sup>8</sup> Existen algunos indicadores específicos de comportamiento observados en niños maltratados, tales como:

- Maltrato físico: Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente; muestra una conducta hipervigilante y temerosa; se muestra cauteloso al contacto físico con adultos; es

pasivo, retraído, tímido y asustadizo con tendencia a la soledad; es desafiante, agresivo o presenta rechazo ante situaciones adversas; presenta una actitud autoculpable y de aceptación de castigos; manifiesta sentimientos de tristeza; tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niños.

- Abuso sexual: Relata que algún adulto le ha enseñado sus genitales, le ha tocado el cuerpo o sus genitales; tiene miedo a una persona y/o un lugar específico; muestra cambios repentinos de comportamiento; comportamiento de miedo excesivo con adultos del sexo opuesto (o del mismo sexo, en casos de abuso homosexual); pierde la confianza en los adultos; manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños o inusuales para su edad; sufre depresión y tiene conductas autoagresivas.

- Síndrome de Münchausen por poder: El impacto de este síndrome a largo plazo, puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y/o conductuales; los mayores víctimas de este síndrome, frecuentemente toleran y cooperan con perpetrador en su propio abuso, confirmando las historias médicas o fabricando ellos mismos sus "enfermedades".

- Negligencia o Abandono Físico: Expresa que no hay nadie que lo cuide; presenta retraso en la madurez y en el desarrollo del lenguaje y problemas de aprendizaje; tiene tendencia a la fantasía; es autoagresivo; presenta apatía, somnolencia, tristeza y /o falta de reacción ante estímulos extremos.

- Maltrato y abandono emocional: Desconfía del adulto en sus promesas o actividades positivas; muestra apatía en la relación con sus padres; parece excesivamente complaciente complaciente, pasivo, nada exigente; tiene conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" o demasiado infantiles; presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación, el sueño y/o con el control de esfínteres.

### **2.5.3 DIAGNÓSTICO OROFACIAL**

#### **2.5.3.1 LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS:**

Desgarramientos: se evalúan con radiografías de los tejidos blandos, para chequear si existe algún fragmento dental, de hueso o cuerpo extraño, ya que estos son muy frecuentes en labios, lengua y encías en los casos de traumatismos. Se debe limpiar la zona y suturar tomando en cuenta la anatomía y la estética.

- Hematomas y edemas: en caso de presentarse siempre será útil colocando una bolsa de hielo.<sup>9</sup>

#### **2.5.3.2 LESIONES DE TEJIDOS DUROS**

##### **TRAUMATISMOS DENTALES<sup>10</sup>**

Los traumatismos dentales en la práctica odontológica es bastante importante ya que son cosas que llegan a diario al consultorio odontológico, y con más frecuencia en niños y adolescentes por sus prácticas diarias de deportes y juegos de alto riesgo.

Las luxaciones dentales son lesiones bastantes severas las cuales afectan las estructuras dentarias, estas se producen a causa de impactos que son de diferente intensidad y dirección el cual van a desplazar el diente de su sitio original.

Por este motivo las luxaciones se clasifican en:

CONCUSIÓN, SUBLUXACIÓN, LUXACIÓN EXTRUSIVA, EXTRUSION PALATINIZADA, INTRUSIÓN, AVULSIÓN.

La avulsión es la exarticulación completa del diente fuera de la cavidad oral y se la considera la emergencia traumatológica.

Las luxaciones dentarias son de bastante importancia para nuestra practica diaria ya que estas no solo se limitan en la estructura dental sino también en todas las estructuras que rodean y soportan al diente.<sup>10</sup>

Las luxaciones palatinizadas truncan la oclusión normal del paciente, impiden una apertura normal de la boca, por dolor reflejo en la articulación temporomandibular, y es por esto que puede dificultar la atención inmediata del accidentado, impidiendo una rápida intubación endotraqueal.<sup>10</sup>

Las luxaciones dentarias son lesiones bastantes graves las cuales necesitan de una atención inmediata y eficaz, para así evitar lesiones postraumáticas o hasta llegar a la pérdida de los dientes a largo plazo, el cual nos va a traer mas problemas para el paciente como problemas psicológicos llevan a los pacientes a ser reprimidos, personas las cuales no les gusta asociarse por miedo a ser rechazados, también trae problemas como un costo biológico, funcional y estético.<sup>10</sup>

No solo los traumatismos son lesiones graves que afectan a la estructura dental y los tejidos que la soportan al diente si no también las fracturas dentales nos llevan a consecuencias graves.

**FRACTURAS DE LA CORONA:** Las fracturas de la corona se dan en diferentes grados, los cuales nos van a comprometer el esmalte, la dentina y en algunos casos la pulpa dental, estos casos son para prestarle bastante importancia ya que pueden desencadenar otros problemas más graves en caso de no atenderlos en un tiempo prudente y con el debido manejo odontológico.

- Fractura de esmalte y dentina: Debido a esta fractura los túbulos dentinales quedan expuestos y habrá una infección bacteriana los cuales tendrán repercusión a nivel de la pulpa dental y el paciente reportará sensibilidad causada por los cambios térmicos y dolor cuando se haga presión sobre el diente.<sup>9</sup>

**FRACTURAS COMPLICADAS DE LA CORONA:** Son aquellas fracturas que hay que atender con extrema urgencia ya que no solo se compromete esmalte y dentina sino que va a quedar expuesta la pulpa dental, y al tratarlas de una manera rápida podemos evitar la extracción de esa pulpa dental.<sup>9</sup>

**FRACTURAS DE LA CORONA Y RAIZ:** Es una de las lesiones que llegan con más frecuencia al consultorio odontológico y a la que menos se le presta atención ya que en esta lesión ya que sus complicaciones no se observan clínicamente los dientes afectados no presentan cambio de color, no hay dolor, movilidad, el paciente hace su rutina diaria sin problemas ni quejas de dolor. La consulta odontología frente a estas lesiones debe ser completo y no basarse solo con los análisis que se hacen clínicamente sino también con ayudas radiográficas.<sup>9</sup>

**FRACTURAS DE LA RAIZ:** estas lesiones son poco comunes en pacientes niños entre siete y diez años ya que en estos pacientes esta en crecimiento su raíz y esto ayuda a amortiguar los traumas, muchas veces estas lesiones pueden pasar desapercibidas por el profesional ya que hay una superposición de imágenes radiográficas entre los dientes temporales y permanentes y por tanto estas lesiones son descubiertas cuando se a formado un proceso infeccioso a causa del trauma y por no hacer un diagnostico acertado de este.

- Fracturas del tercio cervical: son las mas delicadas. A veces se recomienda la exodoncia pero se debe tratar de conservar al máximo el diente afectado.<sup>9</sup>

**LESIONES DE TEJIDOS DE SOSTÉN , ENCIA Y PERIODONTO:** a causa de todos estos traumatismos vienen acompañados de heridas que quedan abiertas y expuestas a las infecciones bucales, abrasiones de los tejidos faciales y de heridas punzantes.<sup>9</sup>

**COMPLICACIONES EN EL HUESO:**

- Fractura de la cavidad y/o en el proceso alveolar: son importantes de evaluar con dos o tres radiografias dentales, ya que muchas veces son tan amplias que el tratamiento indicado será la extracción dental.

- Fracturas del maxilar: cuando se observan, la indicación es la evaluación por un equipo interdisciplinario, que no solo incluya al odontopediatra y al pediatra sino también al cirujano bucal, con el fin de evaluar y tratar correctamente la complicación.
- Fractura de la mandíbula: al igual que la anterior debe ser tratada en equipo, en los casos de fractura a nivel del mentón es indispensable destacar una posible fractura condilar, la cual pudiera incapacitar al paciente en los movimientos mandibulares.<sup>9</sup>

#### OTRAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO:

- Migración dentaria espontánea.
- Instauración de hábitos viciosos de deglución, masticación y fonación.
- Problemas estéticos y psicológicos.
- En caso de trauma en dentición primaria, alteraciones del desarrollo dental.
- Problemas ortodónticos y protésicos.<sup>9</sup>

## 2.6 INCIDENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA

Según el Observatorio de Violencia Intrafamiliar de Cali realizado en el año 2002 al 2003, se reportaron 3964 casos de maltrato infantil, de los cuales el 44% corresponde a maltrato físico y un 38% de maltrato verbal. Los casos de abuso sexual que suceden principalmente en niñas, alcanzan un 34%, siendo 71 casos en total.<sup>11</sup>

Se ha detectado que por cada caso reportado de maltrato infantil, existen al menos otros siete casos que pasan desapercibidos. Esto se debe a múltiples razones, entre las cuales se encuentra la falta de conocimiento por parte del profesional para la identificación de los signos propios del abuso. A esto, se suma el desconocimiento de los mecanismos de notificación. Otra razón, es que muchas instituciones o profesionales sienten temor en verse involucrados en procedimientos legales extensos y por último, muchos profesionales, consideran el hecho que el maltrato infantil es "un asunto privado" al cual no debe inmiscuirse.<sup>3</sup>

## 2.7 DERECHOS DE LOS NIÑ@S Y FUNDAMENTO LEGAL

La convención Internacional de los Derechos del Niñ@ adoptada por las Naciones Unidas, fue suscrita por el gobierno el 20 de noviembre de 1989 y ratificada mediante la ley 12 de enero de 1991. Esta convención, en su artículo 32 proclama el derecho del niñ@ a estar protegido@ contra la explotación económica. El artículo 19 establece las causales de protección de los niñ@s, el 24 y el 26, consagran el derecho a la salud y a la seguridad social, el 27 establece la responsabilidad de la familia en el logro de una vida en condiciones adecuadas para el desarrollo físico, moral y social de la infancia.<sup>12</sup>

La Constitución Política de Colombia consagra de manera específica los derechos de los niñ@s, en su artículo 44: "Son derechos fundamentales de los niñ@s: La vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y su nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. La familia, la sociedad y el Estado tiene la obligación de asistir y proteger al niñ@ para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos."<sup>12</sup>

El artículo 50 de la carta establece que todo niñ@ menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las Instituciones de Salud que reciban aportes del Estado.<sup>12</sup>

El Código del Menor establece las condiciones en que un menor está en situaciones irregulares en su artículo 30. En el artículo 31 establece las situaciones en las que se considera en

abandono o peligro, entre ellas el numeral 4 se refiere al menor objeto de abuso sexual o sometido a maltrato físico o mental por parte de sus padres o de las personas de quienes el menor dependa; o cuando unos u otros lo toleren.<sup>13</sup>

El artículo 32 del mismo código establece que “toda persona que tenga conocimiento de la situación de abandono o peligro en que se encuentra un menor deberá informarlo al Defensor de Familia del lugar mas cercano o en su defecto, a la autoridad de policía para que tomen de inmediato las medidas necesarias para su protección”.<sup>13</sup>

Corresponde al ICBF declarar las situaciones de abandono y peligro, para eso puede actuar de oficio, (por iniciativa propia) o por solicitud de cualquier persona que denuncie las posibles existencias de una de las tales situaciones.<sup>13</sup>

En el Título décimo del Código se consagran las situaciones que atentan contra los derechos y la integridad del menor; en el artículo 272 dice: “El que cause maltrato a un menor, sin llevar a incurrir en el delito de las lesiones personales, será sancionado con una multa... sin perjuicio de las medidas de protección que tome el Defensor de Familia”.

“Para efectos del presente artículo un menor se considera maltratado cuando ha sufrido violencia física o psíquica”.<sup>13</sup>

El artículo 34 del mismo Código establece que “Los Centros de Salud y Hospitales públicos y privados están obligados a dispersar, de inmediato, la atención de urgencia que requiera el menor, sin que se pueda aducir motivo algún para negarla, ni siquiera el de ausencia de los representantes legales, la carencia de recursos económicos o falta de cupo”.<sup>13</sup>

La ley 294 de 1996 desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, busca un tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia, a efectos de asegurar su armonía y unidad.<sup>14</sup>

La ley 360 de 1997, reformó el Código Penal en su título XI, delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana. Consta de cuatro capítulos: Violación, cuando se utiliza violencia física o psíquica, estupro, cuando se engaña para cometer el delito (cuando la víctima tiene entre 14 y 18 años de edad), actos sexuales abusivos, en donde se sancionan las conductas cometidas con menores de 14 años o en su presencia, aún cuando no se utilice “fuerza”, pues se considera que no están en capacidad de dar su consentimiento para este tipo de conductas; también se castigan aquí las conductas realizadas en personas que no están en capacidad de comprender y de oponer resistencia (Por ejemplo conductas en personas con retardo mental severo).<sup>15</sup>

La ley 360 de 1997 en su artículo 15 consagra los derechos de las víctimas de delitos sexuales: “Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

1. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
2. Ser informada de los procedimientos legales que se deriven del hecho punible.
3. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
4. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuita para ella y su familia atendido por personal calificado.
5. Acceder gratuitamente a los siguientes servicios:
  - 5.1 Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas.
  - 5.2 Examen y tratamiento para trauma físico y emocional
  - 5.3 Recopilación de evidencia médica – legal si así lo desea.
  - 5.4 Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de perjuicios ocasionados con el delito”.<sup>16</sup>

El Ministerio de Salud conforme al Plan de Acción a Favor de la Infancia, definió como primera prioridad política la protección de la población materno infantil. Como estrategia se identificaron acciones individuales específicas de detección temprana y prevención primaria

con cargos al POS; entre ellas: Tratamiento al menor y mujer maltratados, considerados en el grupo de atención de enfermedades de interés en salud pública.

Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contempla al menor y a la mujer maltratados dentro de las "condiciones patológicas" que serán objetos de atención oportuna y seguimiento.<sup>17</sup>

Por último el Código Nacional de Ética Médica nos dice sobre la historia clínica que es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos provistos por la ley.<sup>18</sup>

## **2.8 PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN AL NIÑO MALTRATADO**

El odontólogo debe conocer y mejorar las normas de atención al menor maltratado, informar al equipo la presencia del caso.

Realizar un diagnóstico del maltrato, fijándose no solo en la región orofacial que le corresponde, sino también en otras partes del cuerpo que le sean visibles, debido a que existe una serie de factores que suelen aparecer asociados en los casos en donde se desarrollan malos tratos infantiles, los cuales generalmente interactúan entre sí, configurando un modelo multicausal.<sup>7</sup>

### **2.8.1 EN CASO DE MALTRATO FÍSICO**

**2.8.1.1 AL AGREDIDO:** Manejo del dolor, aplicar un analgésico de acuerdo con las características de la lesión y con la intensidad del dolor. Se debe brindar apoyo y proporcionar seguridad y confianza al niño.<sup>7</sup>

**2.8.1.2 TRATAMIENTO DE LA LESIÓN:** Se debe realizar. De acuerdo con el tipo de severidad de la lesión, A mayor tipo de complejidad de la lesión deben ser remitidos a centros asistenciales que cuenten con los recursos tecnológicos y humanos necesarios.<sup>7</sup>

**2.8.1.3 ATENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA URGENCIA:** El psicólogo, el psiquiatra deben ser profesionales indicados para dar esta atención en caso que no existan dentro del equipo cualquier persona de la Institución de salud debe ser encargada de darle seguridad y restituirle la confianza en sí mismo.<sup>7</sup>

**2.8.1.4 HOSPITALIZACIÓN:** La hospitalización debe ser inmediata y durante el tiempo necesario para garantizar un adecuado seguimiento, puesto que se debe tener en cuenta el riesgo del niño a volver a ser agredido.<sup>7</sup>

**2.8.1.5 NOTIFICACIÓN:** Es necesario llevar un registro de todos los casos de maltrato, en donde se especifique el "tipo", y posteriormente fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención.<sup>7</sup>

**2.8.1.6 DENUNCIA:** Los empleados de las institución de salud, tienen la OBLIGACIÓN de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia, el Centro Zonal o el Juzgado de Familia, cuando tengan conocimiento o sospecha que un niño ha sido víctima de maltrato.<sup>7</sup>

**2.8.1.7 SEGUIMIENTO:** En casos de maltrato físico leve, se debe realizar evaluación a la semana de intervenido y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año.

- En caso de maltrato físico grave, se debe efectuar evaluación permanente hasta determinar que está fuera de peligro y visitas domiciliarias a los quince días, a los seis meses y al año.<sup>7</sup>

## **2.8.2 EN LOS CASOS DE MALTRATO PSICOLÓGICO**

**2.8.2.1 DENUNCIA:** Los miembros de la institución de salud tienen la obligación de denunciar los hechos, cuando tengan conocimiento o sospecha, que un niño ha sido víctima de maltrato, ante comisarías de familia, o centro zonal ICBF o el juzgado promiscuo de familia o de menores, o en su defecto a la policía, a la personería, procuraduría defensoría o a la fiscalía.<sup>7</sup>

**2.8.2.1 NOTIFICACION:** Llevar un registro de todos los casos de maltrato, en donde se especifique el tipo de maltrato para fundamentar las políticas y acciones de promoción y prevención.<sup>7</sup>

**2.8.2.2 SEGUIMIENTO:** Garantiza que se suministre el tratamiento dependiendo a la complejidad del caso y deberá remitirse cuando requiera tratamiento especializado.<sup>7</sup>

## **2.8.3 EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL**

**2.8.3.1 AL AGREDIDO:** Se debe realizar un examen médico conducido por un médico entrenado. Examinar en casos de asalto por extraños o por conocidos pero inferior a 72 horas de ocurrido lo más rápido posible, en orden: registrar y tratar cualquier lesión, recobrar las evidencias forenses (muestras de semen, saliva, fluidos vaginales) que luego pueden ser analizados por DNA y proveer identificación del autor. En caso de abuso crónico o casos de extraños pero reportados tardíamente, el examen debe realizarse tan pronto como sea conveniente para el niño.<sup>7</sup>

**2.8.3.2 ENTREVISTA:** Cuando durante una entrevista médica se plantea la posibilidad de abuso sexual, el médico debe ante todo decidir si procede o no a entrevistar al niño inmediatamente acerca del abuso. Si esta información no se le ha solicitado al niño previamente y si parece dispuesto a describir el abuso y si no se ha notificado aún a la autoridad, en estos casos es importante proceder lo antes posible a una entrevista.

Cuando el menor se rehusa a hablar, o es demasiado pequeña para hablar, cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez, el médico debe obtener mayor información del adulto y determinar la mejor manera de hacer las preguntas diagnósticas y terapéuticas correspondientes al caso.

Las preguntas que se hagan deben ser directas, pero no deben sugerir las respuestas, ni entrar en discusiones minuciosas de lo sexual, ni preguntar por una persona específica. Las preguntas no deben ser del estilo de: Por qué o quién, pues hacen sentir al menor culpable y lo confunden.<sup>7</sup>

**2.8.3.3 HOSPITALIZACIÓN:** En los casos en que se observe que el menor afronta un riesgo alto en su hogar debe ser hospitalizado y el caso reportado para protección.<sup>7</sup>

**2.8.3.4 REMISIÓN:** Todos los casos de posible abuso sexual deben ser remitidos para tratamiento especializado por pediatría y psicología o psiquiatría.<sup>7</sup>

**2.8.3.5 NOTIFICACIÓN:** Los casos de abuso sexual deben ser registrados para efectos de construir el sistema de información que permita la adecuada evaluación de la problemática y sustente la toma de decisiones políticas de promoción, prevención y atención.<sup>7</sup>

**2.8.3.6 DENUNCIA:** Todos los casos de sospecha de abuso sexual en menores deben ser denunciados ante las autoridades de protección del ICBF en caso de que el niño se encuentre en evidente peligro o abandono o directamente a la Fiscalía.<sup>7</sup>

**2.8.3.7 SEGUIMIENTO:** Además de las normas generales propuestas para las demás formas de maltrato, para los casos de abuso sexual en niños el seguimiento debe hacerse para la prevención de enfermedades de transmisión sexual a las dos semanas, al mes y medio, a los tres meses y a las seis meses.<sup>7</sup>

#### **2.8.4 EN CASO DE GESTACIÓN Y MALTRATO**

**2.8.4.1 TRATAMIENTO FÍSICO:** Según criterio médico. Controles cada 15 días.<sup>7</sup>

**2.8.4.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:** Es prioritario en estos casos para iniciar pronta asistencia a curso psicoprofiláctico. Fortalecimiento de autoestima y autocuidado.<sup>7</sup>

#### **2.8.5 EN CASO DE SÍNDROME DEL NIÑO AGITADO**

Debe realizarse además de la historia clínica, un examen físico completo incluyendo la realización de una fundoscopia, escanografía cerebral, una serie ósea, exámenes para detección de posibles drogas y las pruebas de rutina para coagulación.<sup>7</sup>

**2.8.5.1 TRATAMIENTO FÍSICO:** Según criterio médico. Controles cada 15 días durante los siguientes seis meses.<sup>7</sup>

**2.8.5.2 SEGUIMIENTO:** Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitarios.<sup>7</sup>

#### **2.8.6 EN CASO DE NEGLIGENCIA**

La atención debe estar dirigida, de una parte, a solucionar las afecciones físicas y psicológicas ocasionadas por la negligencia.

Debe capacitarse a los padres o cuidadores del niño, para que entiendan el papel fundamental que juegan en la supervivencia y en el desarrollo de sus hijos. Deben promoverse acciones como la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses y la alimentación complementaria a partir de ese momento, los buenos hábitos de higiene y autocuidado, la prevención de accidentes en el hogar, el conocimiento y acceso a los servicios sociales del Estado.

La hospitalización, notificación y seguimiento siguen los mismos parámetros que en el caso del maltrato físico.<sup>7</sup>

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio empleado en la investigación es observacional y descriptivo, identificando los conocimientos de la población objeto de estudio con respecto al tema del maltrato infantil.

La población objeto de estudio fue seleccionada aleatoriamente durante las prácticas clínicas de odontopediatría a los estudiantes que no se encontraban laborando.

La técnica de observación que se aplicó a la población fueron encuestas tipo entrevista; previa a la aplicación de las encuestas, se realizó un ejercicio de estandarización de criterios sobre las definiciones de cada tipo de maltrato infantil, así los investigadores respondieron a la entrevista antes de ser aplicada.

Las preguntas de las encuestas fueron estructuradas a partir de las categorías de respuestas disponibles en dicha prueba; adicionalmente, se realizó una aplicación piloto, buscando los inconvenientes en dificultad o secuencialidad de preguntas.

#### **3.2 POBLACIÓN**

Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano que cursan los semestres séptimo y octavo.

#### **3.3 MUESTRA**

Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano que cursan séptimo y octavo semestre y realizan las prácticas en las clínicas de odontopediatría.

#### **3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

De inclusión:

- Estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano
- Estudiantes de séptimo y octavo semestre que realicen las prácticas en las clínicas del COC.

De exclusión:

- Estudiantes que no cursen la cátedra de odontopediatría de quinto, séptimo y octavo semestre del COC.

### 3.5 VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN	CUALITATIVA	CUANTITATIVA	CATEGORÍAS	MEDICIÓN
Tipos de Maltrato Infantil que conoce el estudiante	Se preguntó a los estudiantes qué tipos de maltrato infantil conocía	Nominal	_____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maltrato físico</li> <li>2. Abuso físico</li> <li>3. Abuso sexual</li> <li>4. Maltrato emocional</li> <li>5. Abandono emocional</li> <li>6. Síndrome de Münchhausen por poder</li> <li>7. Maltrato institucional</li> </ol>	No aplicable
Signos físicos de maltrato que conoce el estudiante	Se preguntó al estudiante qué hallazgos característicos de maltrato físico podría reconocer en un niño@ maltratado	Nominal	_____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hematoma</li> <li>2. Quemadura</li> <li>3. Avulsión</li> <li>4. Fractura</li> <li>5. Luxación dentaria</li> <li>6. Laceraciones y abrasiones</li> <li>7. Rotura de frenillo</li> <li>8. Anormalidad en apariencia y movilidad lingual</li> <li>9. Lesión pulpar y/o périodontal</li> </ol>	No aplicable
Signos y síntomas de maltrato emocional que conoce el estudiante	Se preguntó al estudiante qué hallazgos característicos de maltrato emocional o psicológico podría reconocer en un niño@ maltratado	Nominal	_____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indiferente</li> <li>2. Triste</li> <li>3. Apático</li> <li>4. Sumiso</li> <li>5. Tímido</li> <li>6. Parece mayor a su edad</li> <li>7. Retraso en el desarrollo psicomotor</li> <li>8. Alteraciones en el lenguaje</li> </ol>	No aplicable

Signos y síntomas de abuso sexual que conoce el estudiante	Se preguntó al estudiante qué hallazgos característicos de abuso sexual podría reconocer en un niño@ maltratado	Nominal	_____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Acudiente relata</li> <li>2.Niño@ relata</li> <li>3.Rotura de frenillo labial</li> <li>4.Infecciones de transmisión sexual a nivel bucofacial</li> </ol>	No aplicable
Cómo debe ser el examen y entrevista a un niño@ con maltrato	Se preguntó al estudiante que parámetros debería tener en cuenta para examinar un niño@ maltratado	Nominal	_____	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Demostrar confianza</li> <li>2.No forzar a respuestas</li> <li>3. Preguntar al <u>niño@/acudiente</u> por separado</li> <li>4.Buena relación paciente/doctor</li> </ol>	No aplicable

### 3.6 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**P1: ¿ Estuvo presente en las charlas que fueron dictadas por los estudiantes sobre maltrato infantil?**

0: No

1: Si

**P2: ¿Cuál cree usted que fue el objetivo de esta charla?**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e.

- 1: a. Explicar los tipos de maltrato infantil  
b. Concientizar sobre la importancia del diagnóstico y reporte de maltrato infantil  
c. Conocer el diagnóstico y tratamiento del niño con maltrato infantil  
d. No sabe  
e. Otro

P2.1: e. Otro:

- 1: Proyecto de investigación de los estudiantes  
2: Explicar el formato de Reporte de maltrato infantil  
3: Mejorar el manejo del paciente con maltrato infantil  
4: Otros

**P3: Tipos de maltrato infantil que conoce:**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e,f,g,h,i

- 1: a. Maltrato físico  
b. Abandono físico  
c. Abuso sexual  
d. Maltrato emocional  
e. Abandono emocional  
f. Síndrome de Münchausen por poderes  
g. Maltrato Institucional  
h. No sabe  
i. Otro

P3.1: i. Otro:

**P4: Signos a nivel orofacial en maltrato físico**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e,f,g,h,i,j

- 1: a. Contusiones y equimosis  
b. Avulsión traumática  
c. Fractura  
d. Luxación dentaria  
e. Laceraciones y abrasiones  
f. Rotura del frenillo labial superior  
g. Anormalidad en apariencia y movilidad lingual  
h. Lesión pulpar y/o periodontal  
i. No sabe  
j. Otro

P4.1: j. Otro:

1. Quemaduras

**P5: Otros elementos que pueden ser de ayuda para el diagnóstico de maltrato infantil?**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e

- 1: a. Analizar las respuestas de los padres / niñ@  
b. Evaluar la personalidad o comportamiento del niñ@  
c. Determinar la causa del golpe  
d. Otro  
e. No sabe

- P5.1: d. Otro:  
1. Interrogar al paciente  
2. Ayudas radiográficas  
3. Exámen físico  
4. Otro

**P6: Signos y síntomas del paciente con maltrato emocional**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e,f,g,h,i,j

- 1: a. Indiferente  
b. Triste  
c. Apático  
d. Sumiso  
e. Temeroso  
f. Parece mayor para su edad  
g. Retraso en el desarrollo psicomotor  
h. Alteraciones en el lenguaje  
i. No sabe  
j. Otro

**P6.1: j. Otro**

1. Agresivo  
2. Hiperactivo  
3. Callado  
4. Otro

**P7: Cómo puede reconocer que un niñ@ ha sido abusado sexualmente?**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e,f

- 1: a. El acudiente relata  
b. El niñ@ relata  
c. Rotura del frenillo labial  
d. Infecciones de transmisión sexual a nivel bucofacial  
e. Otro  
f. No sabe

- P7.1: e. Otro:  
1. El niñ@ no se deja atender  
2. Signos de maltrato físico  
3. El niñ@ manifiesta miedo  
4. Otro

**P8: Cómo debe ser el exámen y la entrevista a un paciente con secuela de maltrato infantil?**

0: No responde en las siguientes a,b,c,d,e

- 1: a. Se debe demostrar confianza  
b. No forzar a respuesta  
c. Preguntar al niñ@ / acudiente por separado  
d. Otro  
e. No sabe

P8.1: d. Otro:

1. Observando el perfil psicológico del niño@
2. Buena relación paciente / doctor
3. Otro

**P9: Considera que en estos momentos tiene las bases suficientes para llegar a un diagnóstico de maltrato infantil, en cualquier paciente que lo requiera?**

- 0: No  
1: Si

**P10: Conoce el formato anexo a las historias clínicas de odontopediatría para el reporte de abuso y maltrato infantil?**

- 0: No  
1. Si

**P.11: Considera importante el diligenciamiento de este formato?**

- 0: No  
1: Si

P.11.1: Explique:

1. Ayuda a los niños@s
2. Permite dar un manejo integral a los pacientes con maltrato infantil
3. Evitar que la situación continúe
4. Otro

**P.12: Han llegado casos de maltrato infantil a su consulta?**

- 0: No  
1: Si

**P.12.1: Ha sido reportado?**

- 0: No  
1: Si

**P.13: Conoce los mecanismos de notificación que se quiere implementar en las clínicas de odontopediatría del COC?**

- 0: No  
1: si

P.13.1: Explique:

1. Llevar al ICBF, policía, comisaría de Flia
2. Docente, ICBF
3. Formato anexo a la historia clínica
4. Otro

## **INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA**

La encuesta es de tipo entrevista, es decir, el contenido de la encuesta únicamente lo conoce la persona encargada de realizar la entrevista, de tal manera que el estudiante o la persona encuestada desconoce totalmente las opciones de respuesta que aparecen en la encuesta y de esta forma, facilita al entrevistador señalar los conceptos que el estudiante responde.

Las respuestas dadas por el entrevistado pueden variar desde ninguna respuesta, una respuesta o varias respuestas simultáneamente, dependiendo del número específico de ítems de respuestas para cada pregunta.

### 3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las investigaciones en las que el ser humano es sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. La investigación se debe desarrollar conforme a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos que en este estudio se clasifican en la categoría de investigación con riesgo mínimo.

Se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. El grupo de investigadores debe identificar el tipo o tipos de riesgo a los que estarán expuestos los sujetos de investigación. Previo a la realización de la investigación, se debe obtener el consentimiento informado que es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos.

### 3.8 RECURSOS

#### RECURSOS FÍSICOS

PERSONAL	DEDICACIÓN EN HORAS DURANTE EL SEMESTRE	VALOR HORA	VALOR TOTAL
INVESTIGADOR	220	0	0
INVESTIGADOR	220	0	0
INVESTIGADOR	220	0	0
INVESTIGADOR	220	0	0
INVESTIGADOR	220	0	0
INVESTIGADOR	220	0	0
ASESOR CIENTÍFICO	16	\$20.000	\$320.000
ASESOR METODOLÓGICO	64	\$20.000	\$1.280.000
ASESOR ESTADÍSTICO	4	\$20.000	\$80.000
OTROS			
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$1.680.000</b>

\* Los gastos de asesores son cubiertos por la Institución

### RECURSOS FÍSICOS

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
Resmas de papel	4	\$10.000	\$40.000
Cartucho de tinta	3	\$70.000	\$210.000
Computador por hora	64	\$1000	\$64.000
Elementos de trabajo		\$50.000	\$50.000
Fotocopia por página	1000	\$30	\$30.000
Impresiones	500	\$300	\$150.000
Póster (Simposio)	1	\$43.000	\$43.000
Póster ilustrativo (Clinica)	1	\$280.000	\$280.000
<b>SUBTOTAL</b>			<b>\$867.000</b>

- Los recursos físicos fueron cubiertos por los investigadores

### RECURSOS FINANCIEROS

RUBRO	VALOR
RECURSOS HUMANOS	\$1.680.000
RECURSOS FÍSICOS	\$867.000
TOTAL	\$2.547.000
IMPREVISTOS 5%	\$127.350
GRAN TOTAL	\$2.674.350



FECHA/ACTIVIDAD	Feb /03	Mar /03	Abr /03	May /03	Jun /03	Jul /03	Ago /03	Sep /03	Oct /03	Nov /03	Ene /04	Feb /04	Mar /04	Abr /04	May /04	Jun /04	Jul /04	Ago /04	Sep /04	Oct /04	Nov /04	
Estandarización de criterios por parte de los investigadores para la realización de las encuestas							**															
Dar a conocer el formato a través de las historias clínicas de odontopediatría	****	****	****	****	****	****	****	****	****	**												
Realización de encuestas tipo entrevista para identificar los conocimientos de los estudiantes de odontopediatría									****	****	****	****										
Análisis estadístico de los resultados de las encuestas													****	****	****	****	****	****	****	***		



## **4. RESULTADOS**

### **4.1 GUÍA ODONTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y REPORTE DE SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL**

03A-030-00 00-00-0+300 0-00-00

# Guía Odontológica para el diagnóstico y reporte de abuso y Maltrato Infantil



Santiago de Cali, 2004

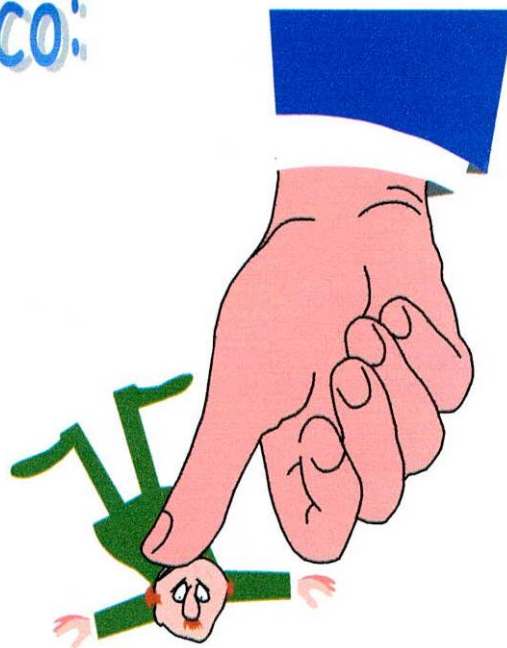
# ¿Qué es Maltrato Infantil?

Es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niñ@s de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.

## Tipos de Maltrato Infantil.

### Maltrato físico:

Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niñ@, o que lo coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada



### Abuso sexual:

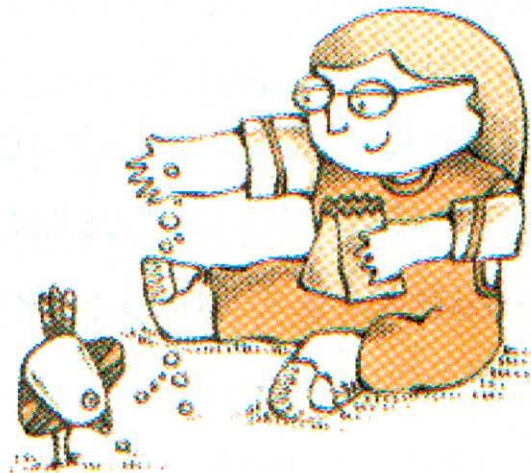
Cualquier clase de placer sexual con un niñ@ por parte de un adulto desde una posición de poder o de autoridad, no siendo necesario que exista un contacto físico, utilizándose al niñ@ como objeto de estimulación sexual. Se incluye el incesto, la violación y el abuso sexual sin contacto físico.

# Maltrato emocional:

Agresión verbal, lenguaje hostil, comportamiento de rechazo, sobreprotección, chantaje afectivo, carencia de respeto que puedan ocasionar deterioro en el desarrollo social, emocional o intelectual del niñ@.

# Abandono emocional:

Es la situación en la que el niñ@ no recibe afecto, estimulación, apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo, en la que existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niñ@.



# Síndrome de Münchhausen por poder:

Los padres o acudientes someten al niñ@ a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.

# Maltrato institucional:

Cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico o que viole los derechos básicos del niñ@.



# Abandono físico:

Relacionado con aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.

# Diagnósticos:

El proceso de orientar hacia el diagnóstico de malos tratos, comprende el análisis de diversos aspectos del paciente odontopediátrico, que se pueden dividir en tres grandes apartados:

## • EXAMEN FÍSICO GENERAL

- Lesiones cutáneo-mucosas: Contusiones; hematomas y equimosis en diferentes estadios de curación; quemaduras coágulos, heridas; marcas de manos u objetos; marcas de mordedura humana.
- Retraso del crecimiento no orgánico de origen psicosocial.
- Abuso sexual: Infecciones de transmisión sexual, lesiones bucofaciales.
- Negligencia en el cuidado de la salud y la seguridad del niño.

## • EXAMEN PSICOLÓGICO

- Alteraciones en el comportamiento: Indiferente, triste, apático, sumiso, temeroso y parece mayor a su edad.
- Retraso del desarrollo psicomotor.

## ·EXAMEN OROFACIAL

- Lesiones de tejidos blandos: contusiones y equimosis orofaciales y peribucales, quemaduras, laceraciones y abrasiones, marcas de mordeduras humana, rotura del frenillo labial superior y anomalía en apariencia y movilidad lingual.

- Lesiones dentales: pérdida por avulsión dentaria, fractura y luxación dentaria, lesión pulpar y actitud negligente en el cuidado dental (numerosas caries profundas, infecciones repetidas, granulomas y abscesos, dolor dental crónico o falta de continuidad en el cuidado dental cuando ha sido identificada una de estas patologías).

Tras la exploración intraoral de los tejidos blandos, debe realizarse el examen dental, que debe alertarnos si en el se encuentran:

.Dientes temporales ausentes antes de su época normal de exfoliación.

.Dientes fracturados, desviados o desvitalizados.

.Múltiples restos radiculares con un historial poco claro.

.Alteraciones en las oclusiones estéticas (desviación de la línea media y del mentón) y dinámica (limitaciones en los movimientos de la mandíbula) que nos hagan sospechar de fracturas óseas de maxilar y mandíbulas mal consolidadas.

# INDICADORES DE COMPORTAMIENTO OBSERVADOS EN UN NIÑ@ MALTRATADO

## A. MALTRATO FÍSICO:

- Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente.
- Muestra una conducta hipervigilante y temerosa.
- Se muestra cauteloso al contacto físico con adultos.
- Es pasivo, retraído, tímido y asustadizo con tendencia a la soledad.
- Es desafiante, agresivo o presenta rechazo ante situaciones adversas.
- Presenta una actitud autoculpable y de aceptación de castigos.
- Manifiesta sentimientos de tristeza.
- Tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niñ@s.



## B. ABUSO SEXUAL:

- Relata que algún adulto le ha enseñado sus genitales, le ha tocado el cuerpo o sus genitales.
- Tiene miedo a una persona y/o a un lugar específico.
- Muestra cambios repentinos de comportamiento.
- Comportamiento de miedo excesivo con adultos del sexo opuesto (o del mismo sexo, en casos de abuso homosexual).
- Pierde la confianza en los adultos.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños o inusuales para su edad.
- Sufre depresión y tiene conductas autoagresivas.

## C. SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER:

El impacto de este síndrome a largo plazo, puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y/o conductales.

Los niñ@s mayores víctimas de este síndrome, frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confirmando las historias médicas o fabricando ellos mismos sus "enfermedades."

#### **D. NEGLIGENCIA O ABANDONO FÍSICO:**

- Expresa que no hay nadie que lo cuide.
- Presenta retraso en la madurez y problemas de aprendizaje.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje.
- Tiene tendencia a la fantasía.
- Es autoagresivo.
- Presenta apatía, somnolencia, tristeza y/o falta de reacción ante estímulos extremos.

#### **E. MALTRATO Y ABANDONO EMOCIONAL:**

- Desconfía del adulto en sus promesas o actividades positivas.
- Muestra apatía en la relación con sus padres.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Tiene conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" o demasiado infantiles.
- Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación, el sueño y/o con el control de esfínteres.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## A\_ Maltrato Físico:

### · LESIONES CUTÁNEO-MUCOSAS:

\*Lesiones cutáneo - mucosas accidentales: localización en zonas prominentes; formas irregulares; distribución asimétrica.

\*Variantes normales: manchas mongólicas; nevus azules; manchas café con leche; hemangiomas.

\*Enfermedades dermatológicas: celulitis infecciosa; angioedema palpebral; dermatitis de contacto.

\*Enfermedades hemorrágicas: hemofilia; enfermedad de Von Willebrand; déficit de vitamina K; púrpura trombocitopénica idiopática; intoxicación salicílica; púrpura fulminante meningocócica; síndrome de Ehlers-Danlos.

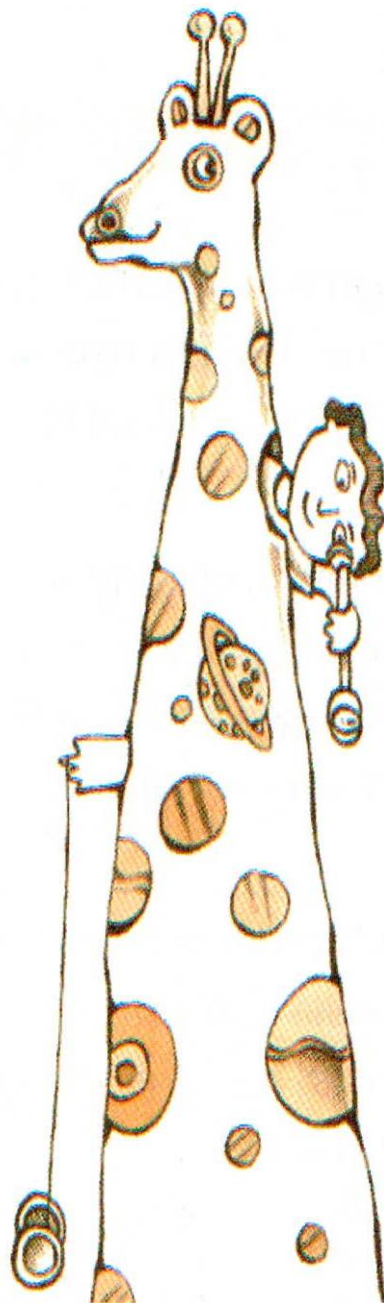
## • Quemaduras

\*Quemaduras accidentales: bordes irregulares; carácter único y casual; distribución asimétrica; localización en la región antero-superior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel.

\*Enfermedades dermatológicas: fotodermatitis; síndrome de la piel escaldada por estafilococos; varicela; otras dermatitis ampollosas.

## • Mordeduras

\*Mordedura de otro niño (distancia intercanina menor de 2,5 a 3 cm), mordedura de perro o de otros animales; automutilaciones por problemas psicológicos.



## • Alopecia traumática:

Áreas decalvantes por permanencia en decúbito (lactantes); enfermedades dermatológicas (alopecia areata).

## • Lesiones osteo-articulares:

\*Traumatismo obstetrico.

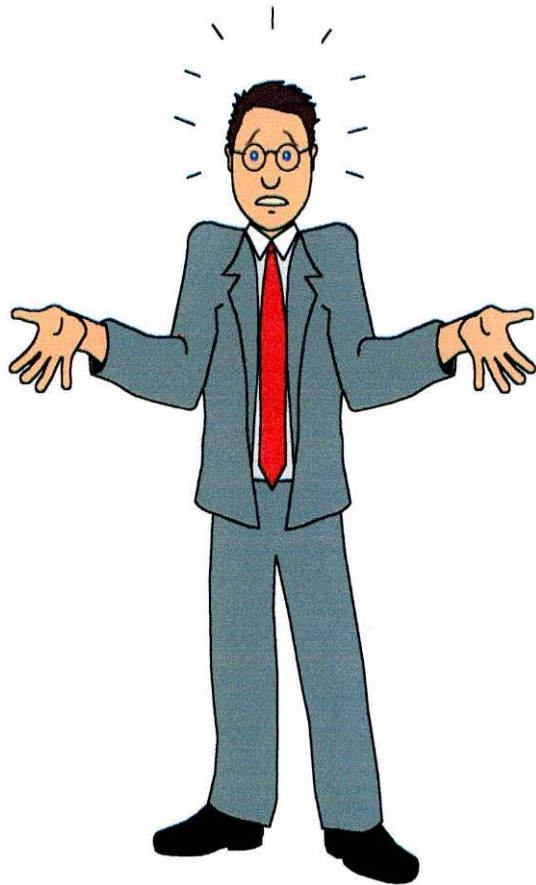
\*Enfermadades neuromusculares: insensibilidad gongénita al dolor, parálisis cerebral, mielodisplasia.

\* Displasias esqueléticas: osteogénesis imperfecta, hiperostosis cortical infantil (enfermedad de Caffey).

\* Defectos nutricionales: escorbuto, raquitismo, deficiencia de cobre.

\*Infecciones: sífilis congénita, osteomelitis.

\*Osteoporosis, osteodistrofia renal (hiperparatiroidismo secundario).



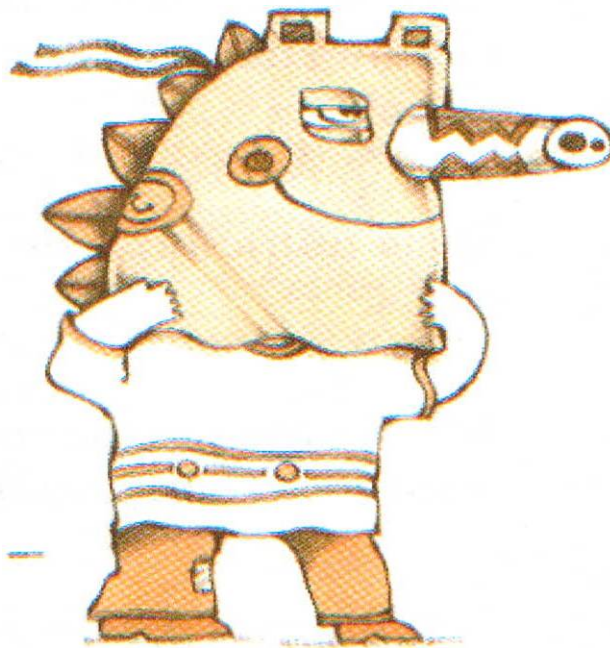
# B\_ Abuso Sexual:

\*Lesiones accidentales: lesión por caída, lesión producida por el cinturón de seguridad.

\*Problemas congénitos: fusión de labios, hemangioma, defectos de la línea media, malformaciones de genitales.

\*Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico.

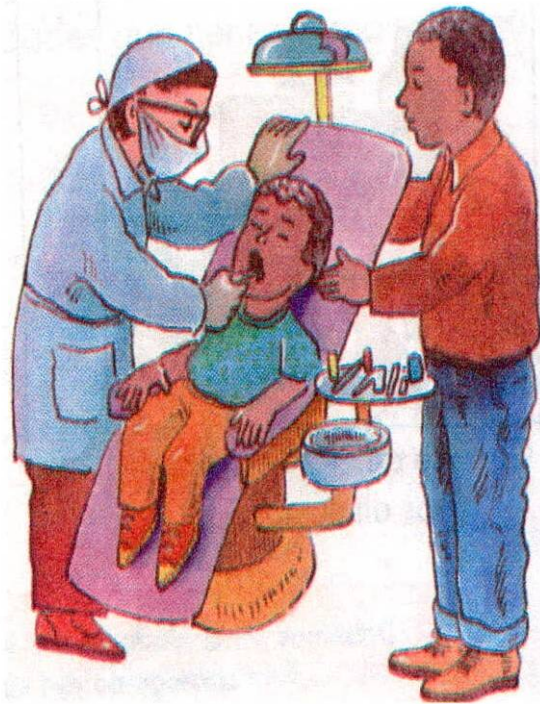
\*Lesiones no accidentales: masturbación, mutilación genital femenina, prácticas nocivas de cuidado genital.



# ¿Qué se debe hacer?

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben realizar la labor del diagnóstico, tratamiento del agredido, notificación, denuncia y seguimiento.

## ¿Qué se debe tener en cuenta para el diagnóstico y clasificación de Maltrato Infantil?



- Historia clínica completa y objetiva.
- Signos y síntomas como múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización.
- Interrogar al niñ@ a solas y analizar incongruencias en la información suministrada por padres o acudientes.

# ¿A quién se debe denunciar? Comisaría de familia

Protege a los menores de edad que se hallen en situación irregular y en caso de conflictos familiares recibe la queja o demanda de casos de maltrato y solicita a medicina legal los exámenes médicos pertinentes.

+ Siloé:

Cl. 2 - Cr. 52 Tel. 5521826

+ Guabal:

Cl 14B # 41- 25

Tel. 3365898 - 3365928

\* Mangos:

Cl. 73 A - Cr. 26 Tel. 4483630 - 32

\* Fray Damián:

Cr. 13 A # 13 A - 40 Tel. 8839956

+ Guadales:

Cr. 8 N # 70 A - 16

Tel. 4409902 - 01

## Policía de menores

Es un cuerpo especializado de la Policía Nacional encargado de auxiliar y colaborar con los organismos destinados por el estado a la educación, prevención, y protección del menor de edad.

# Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Desarrolla el conjunto de actividades orientadas a la satisfacción de necesidades y realización armónica de la familia, garantizando la protección preventiva de niños necesitados. Recibe los casos y toma las medidas INMEDIATAS de protección cuando lo amerite.

\* Nororiente:

Cr. 23 # 56 - 69 Tel. 4419508

\* Ladera:

Cl. 5 E # 41 - 17 Tel. 5536503

+ Centro:

Cr. 13 # 2 A - 33

Tel. 8937828- 31- 32-34

\* Suroriental:

Cl. 70 # 24- 67

Tel. 6631068 - 6632938

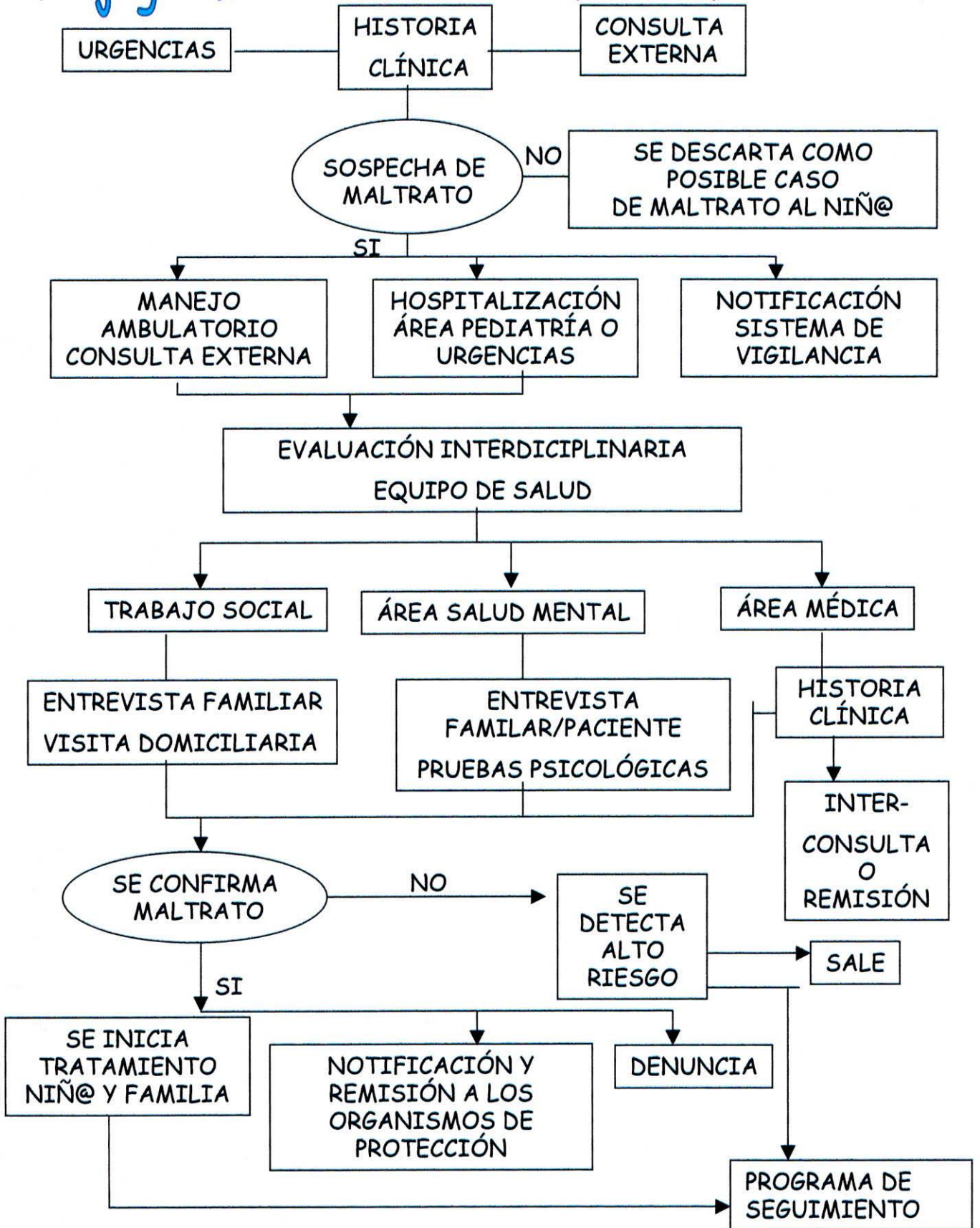
\* Sur:

Cl 36 # 33 A- 03 Tel. 4373518

## Fiscalía

En los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales hacia menores de edad. Recibe y atiende las denuncias verbales y escritas de la comunidad.

# Flujograma de atención al menor maltratado.



#### **4.2 FORMATO PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL**

# COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO - REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO EN NIÑ@S

ANEXO DE HISTORIA CLÍNICA No.

<b>A. IDENTIFICACIÓN DEL CASO</b>	<p style="text-align: center;"><b>Debe ser llenado por entidad investigadora</b></p> Nombre de la víctima: _____ Caso reportado: _____ Fecha del reporte: _____
-----------------------------------	---

<b>B. DATOS DE QUIEN REPORTA</b>	NOMBRE									
	DIRECCIÓN									
	TELÉFONO			FECHA DEL REPORTE				FIRMA C.C.		
<b>C. REPORTE ENVIADO A:</b>	<input type="checkbox"/> POLICÍA DE MENORES <input type="checkbox"/> FISCALÍA <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO <input type="checkbox"/> COMISARIA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> ICBF									
	CONTACTO OFICIAL									
	DIRECCIÓN			TELÉFONO				FECHA		
<b>D. PARTES INVOLUCRADAS</b>	NOMBRE			DIRECCIÓN			EDAD	GÉNERO	RAZA	
	LOCACIÓN ACTUAL DEL NIÑO									
	NOMBRE		EDAD	GÉNERO	RAZA	NOMBRE		EDAD	GÉNERO	RAZA
<b>HERMANOS VÍCTIMA</b>	1.	_____	_____	_____	_____	4.	_____	_____	_____	_____
	2.	_____	_____	_____	_____	5.	_____	_____	_____	_____
	3.	_____	_____	_____	_____	6.	_____	_____	_____	_____
<b>PADRES</b>	NOMBRE		EDAD	GÉNERO	RAZA	NOMBRE		EDAD	GÉNERO	RAZA
	DIRECCIÓN					DIRECCIÓN				
	TELÉFONO					TELÉFONO				
<b>E. INFORMACIÓN DEL INCIDENTE</b>	1. FECHA DEL INCIDENTE		2. LUGAR DEL INCIDENTE				<input type="checkbox"/> OCURRIÓ		<input type="checkbox"/> OBSERVÓ	
	2. TIPO DE MALTRATO: <input type="checkbox"/> MALTRATO FÍSICO <input type="checkbox"/> ABANDONO FÍSICO <input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/> MALTRATO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> ABANDONO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> S. DE MÜNCHAUSEN POR PODERES <input type="checkbox"/> MALTRATO INSTITUCIONAL									
	3. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:									
	4. DESCRIBA LO NARRADO POR EL NIÑ@ O LA PERSONA ACOMPAÑANTE:									
	5. EXPONGA LA HISTORIA CONOCIDA O LOS INCIDENTES SIMILARES PARA ESTE NIÑ@:									
<b>F. DATOS DE QUIEN SUMINISTRA LA INFORMACIÓN</b>	NOMBRE									
	DIRECCIÓN					PARENTESCO				
	TELÉFONO			FECHA DEL REPORTE				FIRMA C.C.		
<b>G. DATOS DE QUIEN ENVIÓ EL REPORTE</b>	DOCENTE ENCARGADO					R.M.S				
	FIRMA									

## COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

### INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO EN NIÑ@S

**SECCIÓN A: IDENTIFICACIÓN DEL CASO:** Esta sección debe ser llenada ÚNICAMENTE, por la entidad investigadora (Fiscalía, ICBF, policía de menores, etc.), quien resumirá los datos del caso en esta casilla (nombre de la víctima, caso reportado, fecha del reporte).

Todas las secciones siguientes deben ser diligenciadas COMPLETAMENTE según indicaciones:

**SECCIÓN B: DATOS DE QUIEN REPORTA:** En esta sección se registrará el nombre del director de clínica, la dirección y teléfono del Colegio Odontológico Colombiano. La fecha del reporte y la firma con número de cédula del director de clínicas.

**SECCIÓN C: REPORTE ENVIADO A:** En esta casilla, se indica a qué Institución o entidad se enviará el caso para su respectiva investigación. Debe marcarse con una (X) según corresponda (policía de menores, Fiscalía, psicólogo, Comisaría de Familia o ICBF). Posteriormente, se registrará el nombre del contacto oficial, dirección, teléfono (Estos datos serán suministrados por el docente de clínica) y la fecha en la que se envía el reporte.

**SECCIÓN D: PARTES INVOLUCRADAS:** Esta sección está dividida en tres subgrupos: Información de la víctima, hermanos y padres. En la primera, se registrarán los datos de la víctima: nombre, dirección, edad, género (femenino, masculino), raza (Blanco, Negro, Mestizo). En el renglón Locación actual del niño, se debe registrar con quién vive el niño (abuela, madre, padrastro, etc.) o si es institucionalizado.

En el segundo subgrupo, se registrarán los datos de todos los hermanos de la víctima: edad, género (Femenino, masculino), raza (Blanco, Negro, mestizo).

Por último la información correspondiente a los padres de la víctima: nombre, edad, género, raza, dirección y teléfono.

**SECCIÓN E: INFORMACIÓN DEL INCIDENTE:** 1. En esta casilla debe registrarse la fecha del incidente y el lugar del incidente si éste es denunciado por el acudiente del niñ@. Debe marcarse con una (X) en Observó, si el tipo de maltrato ha sido evidenciado por signos clínicos. (X) en Ocurrió, si ha sido testigo directo del incidente en el momento en que sucede el maltrato o si la víctima o el acudiente ha narrado los hechos.

2. TIPO DE MALTRATO: En esta parte debe marcarse con una (X) el tipo de maltrato al que fue sometido el niñ@.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: Debe registrarse lo que se observa clínicamente en el paciente como lesiones, comportamientos anormales, aspecto físico del niñ@ (cuidado negligente), etc.

4. DESCRIBA LO NARRADO POR EL NIÑ@ O LA PERSONA ACOMPAÑANTE: Se registrará textualmente la versión del niñ@ o la persona acompañante que relate lo ocurrido, incluyendo versiones contradictorias (acudiente- niñ@).

5. EXPONGA LA HISTORIA CONOCIDA O LOS INCIDENTES SIMILARES PARA ESTE NIÑ@: Se debe registrar si este caso ha ocurrido anteriormente en el mismo niñ@, la frecuencia con la que ocurre, si ha sido hospitalizado, si ha tenido intervenciones psicológicas, etc.

**SECCIÓN F: DATOS DE QUIEN SUMINISTRA LA INFORMACIÓN:** En esta sección debe registrarse el nombre, la dirección, teléfono, firma y número de cédula de la persona que suministra la información; es decir, si el acudiente está narrando los hechos, se registran sus datos; mientras que si es el odontólogo quien evidencia por los diferentes hallazgos clínicos el maltrato, se registra entonces, los datos de éste.

Finalmente, el registro debe ser firmado por el docente encargado en la clínica de odontopediatría, con su respectivo R.M.S., y debe entregársele este formato para su respectivo proceso de investigación.

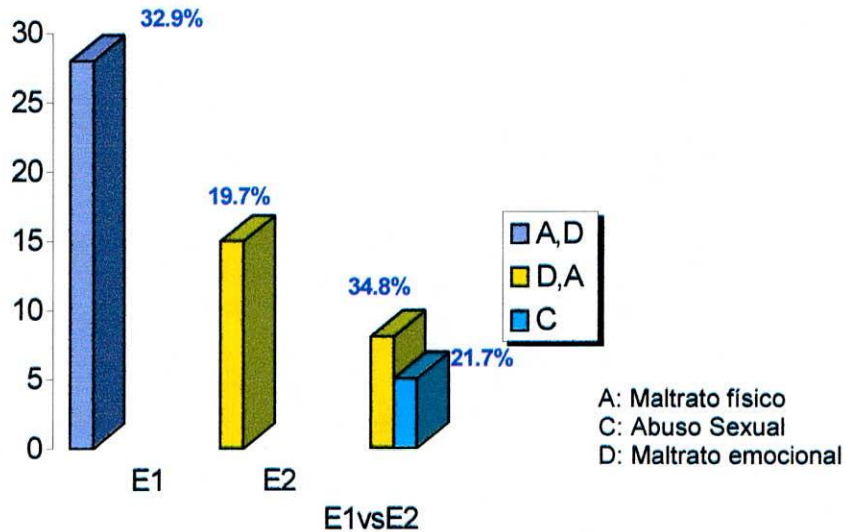
### 4.3 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Se realizaron las encuestas a los estudiantes de séptimo y octavo semestre de Odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, para identificar los conocimientos sobre el tema de maltrato infantil, y la importancia del diagnóstico y el reporte de este en las clínicas de dicha institución.

A continuación se explica algunos de los resultados más relevantes de la encuesta en gráficos que representan el contenido de los resultados de la primera encuesta, en donde se entrevistaron 85 estudiantes (E1), la segunda que se entrevistaron 76 estudiantes (E2) y finalmente de acuerdo a la segunda encuesta, se realizó una comparación con un grupo de 23 estudiantes (E1 vs E2) que habían sido entrevistados en la primera y segunda encuesta.

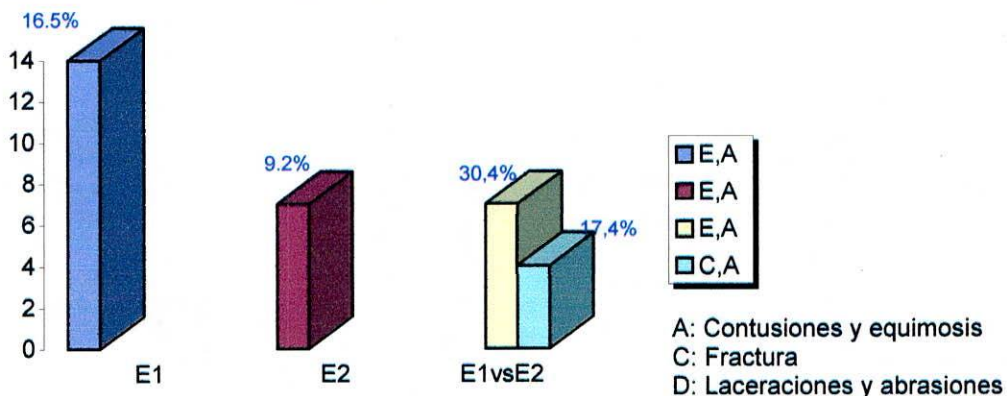
Cuando se preguntó ¿Cuáles son los tipos de maltrato que conocen? Se evidenció que el maltrato físico fue el más destacado en las dos encuestas, pero en la primera encuesta el número de personas que señalaron esta opción, además de maltrato emocional, como opciones de respuesta fueron de mayor relevancia. Ver gráfico No. 1

Gráfico N° 1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL



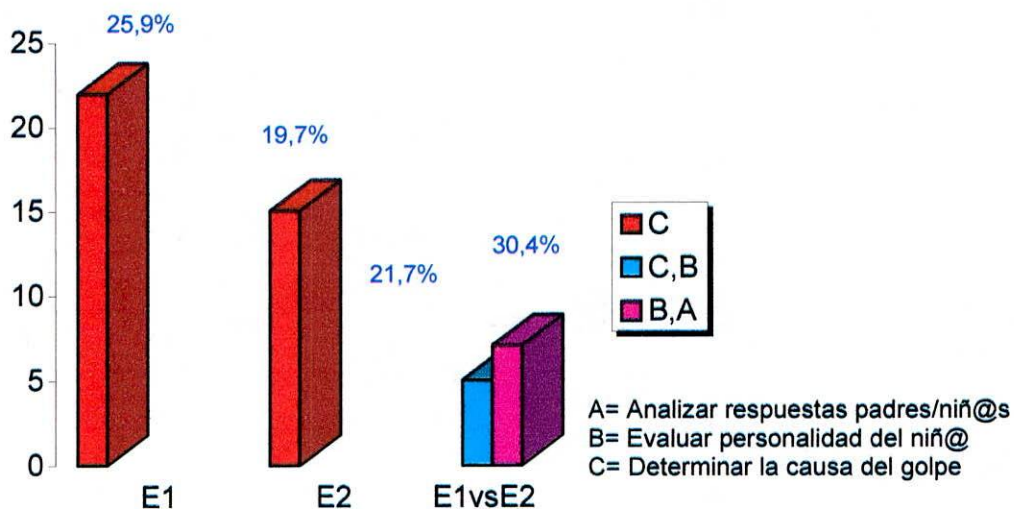
En la pregunta “¿cuáles son los signos a nivel orofacial?”, el dato más destacado de las dos encuestas se obtuvo durante la primera, quienes señalaron contusiones y equimosis, igualmente en la comparación de encuestas se obtuvo que en la primera se obtiene la misma opción de respuesta como la más señalada por los estudiantes. Ver gráfico No. 2

**Gráfico N° 2 SIGNOS A NIVEL OROFACIAL**



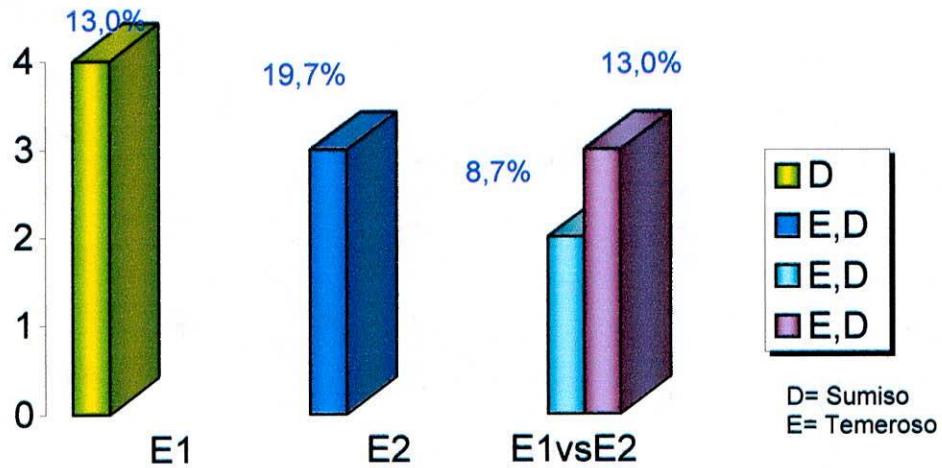
En la pregunta "¿cuáles son los elementos de ayuda para el diagnóstico de maltrato infantil?" de las dos encuestas el dato más relevante se obtuvo en la primera encuesta; quienes señalaron que determinar la causa del golpe puede ser un elemento de ayuda para el diagnóstico, mientras que en la comparación realizada al grupo de estudiantes que contestó las dos encuestas, en la segunda encuesta se obtiene el dato más alto. Ver gráfico No. 3

**GRÁFICO N° 3 ELEMENTOS DE AYUDA PARA EL DIGNÓSTICO**



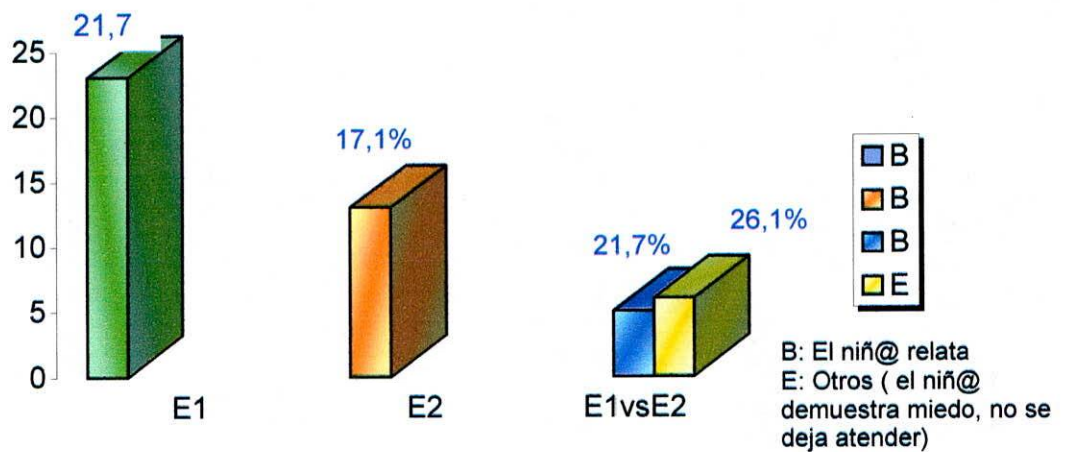
Al preguntar sobre "¿cuáles son los signos y síntomas del niño maltratado emocionalmente?", se observó nuevamente que la primera encuesta obtuvo la opción (D = sumiso) más señalada por los estudiantes; sin embargo en la comparación de encuestas al grupo de estudiantes que se entrevistó en las dos encuestas, la segunda encuesta obtuvo las opciones (D = sumiso y E = Temeroso) más contestadas por los estudiantes. Ver gráfico No.4

**GRÁFICO N°.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL NIÑ@ MALTRATADO EMOCIONALMENTE**



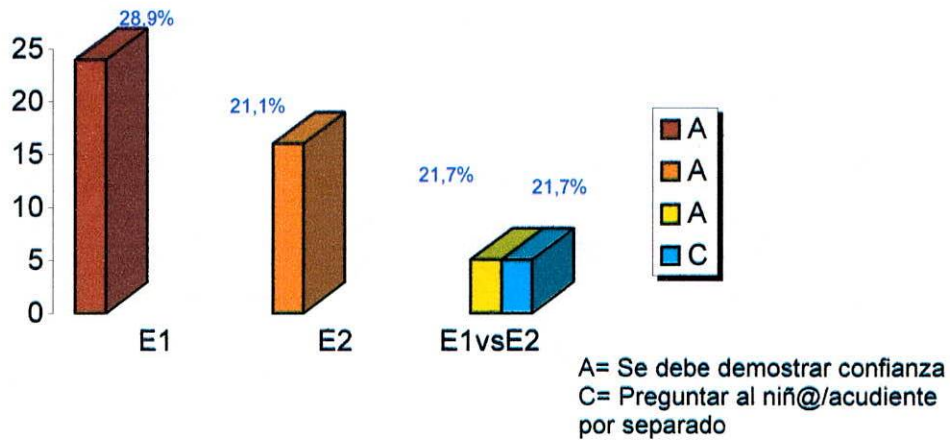
Respecto a la pregunta "¿Cómo reconocer a un niño abusado sexualmente?", en la primera encuesta se obtuvo la opción de respuesta con un valor más relevante (B = el niño relata). Ver gráfico No. 5

**GRÁFICO N°. 5 RECONOCIMIENTO DE UN NIÑ@ ABUSADO SEXUALMENTE**



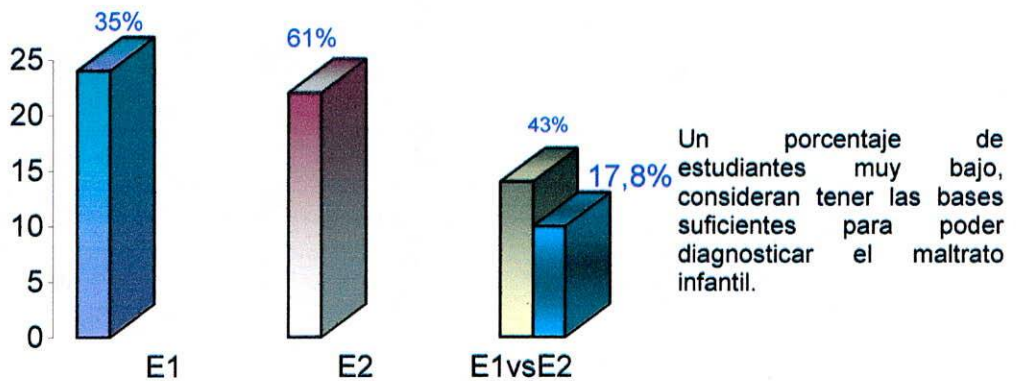
En la pregunta "¿Cómo debe ser el examen y entrevista al niño maltratado?", en las dos encuestas señalan la misma opción (se debe demostrar confianza), pero en la primera, el número de estudiantes que destacan esta opción es mayor. Ver gráfico No. 6

**GRÁFICO N°. 6 EXAMEN Y ENTREVISTA AL NIÑO@ MALTRATADO**



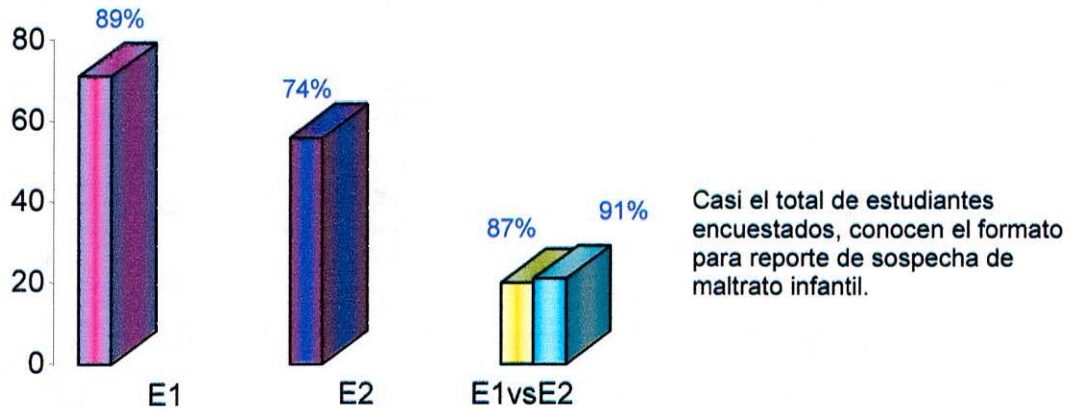
En la pregunta "¿considera tener las bases suficientes para el diagnóstico de maltrato infantil?", las respuestas fueron afirmativas para las dos encuestas, pero con poca diferencia el número de afirmaciones fue mayor en la primera encuesta; De igual manera en la comparación el dato fue mayor en la primera encuesta. Ver gráfico No. 7

**GRÁFICO N°. 7 ESTUDIANTES QUE CONSIDERAN TENER BASES SUFICIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL**



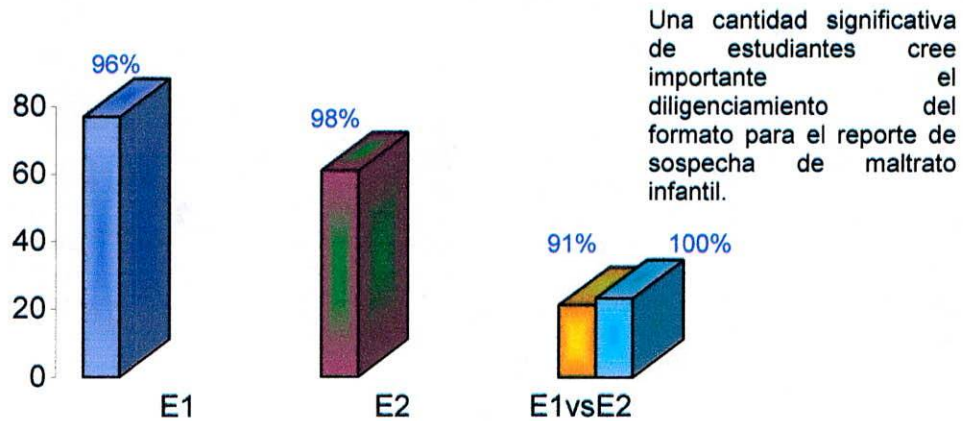
Respecto al conocimiento del formato, de las dos encuestas el dato más alto se obtuvo en la primera encuesta, en donde los estudiantes contestaron afirmativamente. Ver gráfico No. 8 En la página siguiente se anexa el Formato para el Reporte de sospecha de abuso y maltrato infantil.

**GRÁFICO N°.8 CONOCIMIENTO DEL FORMATO PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL**



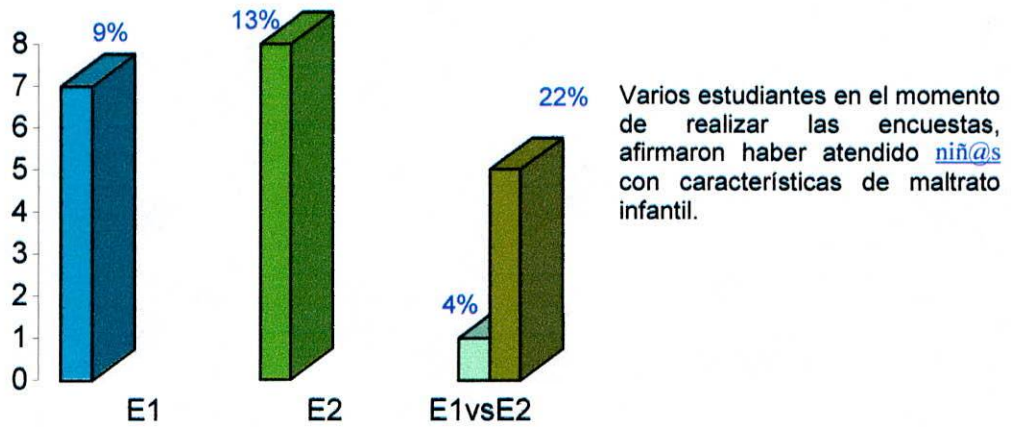
En la pregunta "¿Considera importante el diligenciamiento del formato?", De las dos encuestas en donde señalaron afirmativamente, la primera obtuvo más respuestas afirmativas. Ver gráfico No. 9

**GRÁFICO N°. 9 IMPORTANCIA DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**



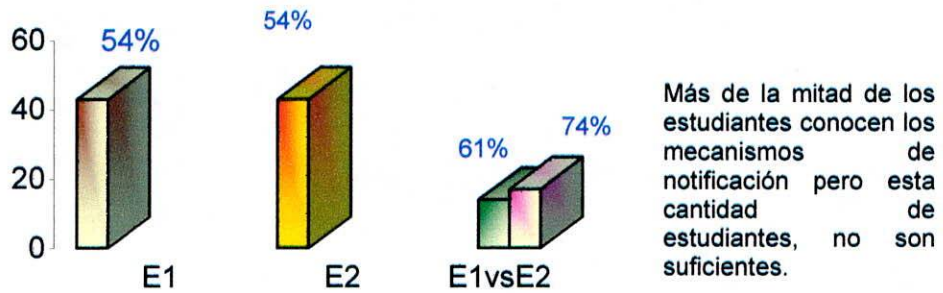
En la pregunta "¿Han llegado casos de maltrato infantil a su consulta?", De las dos encuestas en donde señalaron afirmativamente, la segunda obtuvo más respuestas afirmativas, de igual manera esto sucedió en la comparación. Ver gráfico No. 10

**GRÁFICO N°. 10 PRESENCIA DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN CONSULTA**



Respecto a la pregunta "¿Cuáles son los mecanismos de notificación?", de las dos encuestas la segunda con una diferencia pequeña obtuvo más afirmaciones, de igual manera sucedió en la comparación. Ver gráfico No. 11

**GRÁFICO N°. 11 CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE NOTIFICACIÓN**



## 5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el ejercicio de las encuestas permiten expresar las siguientes conclusiones:

Los estudiantes encuestados presentan un conocimiento superficial sobre el tema de maltrato infantil lo cual impide una adecuada identificación y tratamiento de los posibles casos que se presentan en la consulta odontológica.

Se evidencia un alto desconocimiento de los factores que constituyen el MALTRATO INFANTIL, ya que este concepto sólo está asociado al maltrato físico.

Resulta significativo el reconocimiento de evidencias físicas como indicadores de maltrato infantil, aunque no es muy clara la definición de otras manifestaciones de orden emocional

Existe consenso en cuanto a la realización de entrevistas a los pacientes con manifestaciones de maltrato, toda vez que se considera, se debe brindar confianza al menor para que pueda expresarse con mayor libertad, al igual que entrevistarlos separadamente de sus padres o cuidadores

"La violencia genera más violencia", "Un niño maltratado será un adulto maltratador". Estas sentencias sabias, deben constituirse en principios rectores para la actividad profesional del Odontólogo en cuanto que, como trabajadores de la salud, debe ocuparse de la salud integral de sus pacientes.

## 6. DISCUSIÓN

En relación con las competencias del sector salud en torno al maltrato contra la niñez, se ha promovido una normatividad que apunta a hacer posible la atención a la problemática en virtud de su importancia para la salud y el bienestar de todos los ciudadanos Colombianos.

En el Código del Menor se señala un principio de obligatoriedad para el sector salud: "Los centros de Salud y Hospitales públicos y privados están obligados a dispensar, de inmediato, la atención de urgencia que requiera el menor, sin que se pueda aducir motivo alguno para negarla, ni siquiera el de ausencia de los representantes legales, la carencia de recursos económicos o la falta de cupo"<sup>13</sup>

Es importante mencionar, que para el Ministerio de Protección Social, "la violencia constituye el principal problema de salud pública del país, no solamente por las cifras de muertos, lesionados, secuestrados, desaparecidos y desplazados que ésta representa, sino también por el impacto que tiene sobre la salud de los Colombianos y sobre este sector. La violencia alcanza dimensiones de la vida social que en ocasiones la hace menos visible pero no por ello menos nociva para la vida de los Colombianos."<sup>14</sup>

En la ciudad de Santiago de Cali, en el año 2003, fueron registrados 3894 casos de maltrato infantil. Esta información fue recolectada por las Comisarías de Familia (43.6%), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (37%), la Fiscalía (14.7%) y en Medicina Legal (3.7%), de los cuales el maltrato físico ocupa el primer lugar con un 44%, seguido de maltrato emocional con 38%;<sup>15</sup> sin embargo, es importante tener en cuenta que los valores registrados son solamente los porcentajes de los casos que han sido comprobados después del debido reporte.

En el momento de la elaboración del Formato para el Reporte de Sospecha de Abuso y Maltrato Infantil el grupo de investigación se basó en un diseño utilizado por la Universidad de San Diego con las respectivas adecuaciones para que se pudiera aplicar a la institución educativa y que su diligenciamiento se pueda realizar de una manera fácil y precisa.

Este formato, contiene los datos del niño víctima, los datos de su entorno (padres, hermanos, acudiente, etc.), datos de la persona que reporta el caso, y los datos del sujeto agresor. Además, los datos del contacto directo oficial a quien se envía el reporte, para su respectiva investigación.

El contenido de la guía para el reporte de abuso y maltrato infantil ayuda a los estudiantes de odontología y a los profesionales de la salud a identificar los diferentes tipos de maltrato que se puedan presentar en la consulta odontológica y orienta la forma de cómo y a quién se debe realizar el reporte de sospecha.

Los porcentajes de los resultados obtenidos en la segunda encuesta son menores o iguales que los porcentajes obtenidos en la primera; además, si se tiene en cuenta que algunos de los encuestados habían sido entrevistados en dos oportunidades, se esperaría que los resultados de la segunda evaluación fueran superiores a los de la primera, hecho que no sucedió.

Con el diseño de la guía odontológica se espera que los estudiantes identifiquen de una manera clara, precisa y concisa los tipos de maltrato, diferencien los conceptos de normalidad y anormalidad en cuanto a conducta y aspecto físico del niño y se entrenen en el reconocimiento y exploración las características físicas y psicológicas normales en el desarrollo, crecimiento y conducta de los niños.

Cabe anotar que a los estudiantes les impactó el tema evaluado ya que ellos asumían el maltrato físico como la única fuente de abuso y maltrato infantil.

Según los resultados de la segunda encuesta donde sólo el 4% de los estudiantes afirma tener las bases suficientes para el diagnóstico de maltrato infantil; sin embargo, ninguno de los encuestados ha atendido nif@s con características de maltrato infantil.

En el desarrollo de la presente investigación se evidenció que en el ámbito institucional no existen estudios que muestren el debido reporte de los casos de maltrato infantil por parte de profesionales y estudiantes de Odontología, aunque es una actividad muy común en otros campos profesionales. Vale la pena hacer la reflexión sobre las causas de este hecho, pues se ingresaría en el campo de ética profesional, además de la responsabilidad del ser humano mayor frente a un menor indefenso.

## **7. RECOMENDACIONES**

El grupo de investigadores y con base en los resultados del estudio realizado, plantea al Colegio Odontológico Colombiano las siguientes recomendaciones:

Se considera necesario incluir dentro del Plan de Estudios del área de Odontopediatría los temas relacionados con el maltrato infantil, su tipología, el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Es deber del futuro profesional de la Odontología asumir con responsabilidad el diagnóstico del pacientes pediátricos maltratados, con el fin de notificar a las instancias oficiales encargadas de la protección del menor.

El formato para reporte de pacientes pediátricos maltratados, elaborado por el grupo investigador y divulgado entre los estudiantes de séptimo y octavo semestre, constituye una guía para que el futuro profesional lo incorpore a la historia clínica en su consultorio

Se considera importante que en las campañas de promoción y prevención adelantadas por los organismos de salud oral, tanto oficiales como privados, se defina la pertinencia de incluir como tópico de reflexión, lo relacionado al diagnóstico de pacientes pediátricos con signos de maltrato.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Gessell, Arnold. El niño de 5 a 10 años. Enciclopedia de la psicología y la pedagogía SEDMAY- LIDIS. Paidós Buenos Aires. 1963
- <sup>2</sup> Gesell, Arnold. El niño de 10 a 16 años. Enciclopedia de la Psicología y la pedagogía Sedmay – Lidis. Paidós Buenos Aires. 1971
- <sup>3</sup> Lira Sibila, Patricio. Definición de Maltrato Infantil. Disponible en <http://www.maltratoinfantil.com>. 1999
- <sup>4</sup> Secretaría de Salud Pública Municipal. Documento Red de Promoción del Buen Trato y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Santiago de Cali, 2003
- <sup>5</sup> Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en odontología. Disponible <http://www.google.com/maltrato-infantil>. 2001
- <sup>6</sup> Cerda, Mario. Síndrome del Niño Agitado, Una forma de Maltrato Infantil escasamente conocida. Disponible [http:// www.pediatraldia.cl/pb/maltrato-inf-stgo.htm](http://www.pediatraldia.cl/pb/maltrato-inf-stgo.htm). 2003
- <sup>7</sup> Secretaría de Salud Pública. Documento Normas para el Diagnóstico y Manejo del Maltrato de los Niños, Niñas y Adolescentes. Santiago de Cali, Noviembre de 1999.
- <sup>8</sup> Oliván Gonzalvo, Gonzalo. Indicadores de Maltrato Infantil. 23/10/2002 Guías Clínicas 2002; 2 (44).
- <sup>9</sup> Guerra, María Elena. El Pediatra Frente a los Traumatismos Dentales. Disponible <http://www.google.com/maltrato-infantil>
- <sup>10</sup> De Blanco, Lucía P. Tratamiento Inmediato de las Luxaciones dentarias. Disponible en <http://www.odontored.cl/arluxaci.htm>. Junio 2001
- <sup>11</sup> Secretaría de Salud Pública. Documento Observatorio de Violencia Intrafamiliar. Santiago de Cali, 2003
- <sup>12</sup> Seguro Social Salud, Documento Guía para el Desarrollo del Programa en los Centros de Atención Ambulatorio y Clínicas del ISS. Elaborado por Seccional Caldas. Santa Fé de Bogotá. 1997
- <sup>13</sup> Código del Menor, Decreto No. 2737 de 1989, Biblioteca Actualidad Jurídica. Bogotá 1990
- <sup>14</sup> Ley 294 de 1996, Diario Oficial
- <sup>15</sup> Ley 360 de 1997, Diario Oficial
- <sup>16</sup> Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Módulo Pedagógico para Formadores. Cinco Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana (Ley 360 de 1997). Ed. Gente Nueva, 1999.
- <sup>17</sup> Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

---

<sup>18</sup> Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981. Norma sobre Ética Médica. Tribunal Nacional de Ética Médica.