



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

**Autor: Od. Neorlay Desireé Rondón
C.I: 18.673.189**

Valencia, Marzo 2019



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

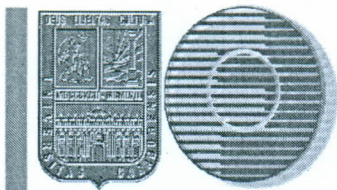
**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

Trabajo adscrito en UDACYD, en línea de investigación innovación educativa en el área odontológica y la temática actualización pedagógica en el área de la Odontopediatría y la subtemática estrategia de enseñanzas y aprendizaje en el área de la Odontopediatría.

Tutor de contenido Prof. Ysabel Zamudio
C.I: 7.549.344

Autor: Od. Neorlay Desireé Rondón
C.I: 18.673.189

Valencia, Marzo, 2019



ACTA DE DISCUSION TRABAJO DE ESPECIALIZACION

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127,128,137,138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado Designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Odontología, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA en ODONTOPEDIATRIA** por el (la) aspirante:

RONDON J., NEORLAY D.
C.I. V.- 18.673.189

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

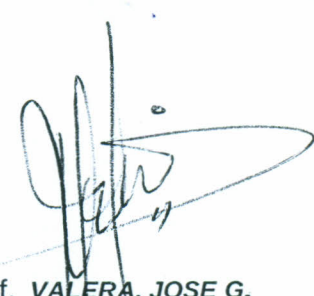
En Valencia, a los veinte días del mes de Junio del año dos mil diecinueve.

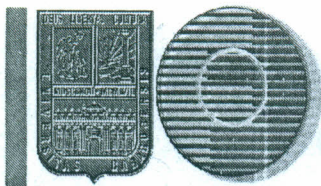

Prof. ZAVARSE P. SOCORRO
C.I.: 7023690
Fecha: 20/06/2019

03/06/2019 /Vg.


Prof. YSABEL ZAMUDIO
C.I. 7549348
Fecha: 20/06/2019




Prof. VALERA, JOSE G.
C.I.: 7538717
Fecha: 20/06/19



MENCION HONORIFICA

El día Veinte del mes de Junio del año dos mil diecinueve a las _____ reunidos en _____ de la Universidad de Carabobo, se reunió el Jurado integrado por **YSABEL ZAMUDIO**, titular de cedula de identidad numero _____ (en calidad de Presidente del jurado), **ZAVARSE P., SOCORRO** titular de cedula de identidad numero _____ y **VALERA, JOSE G;** titular de cedula de identidad numero _____ (en calidad de miembros del Jurado) para evaluar el Trabajo Especial de Grado Titulado "**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL**" presentado por el (la) Odontólogo **RONDON J., NEORLAY D.,** titular de la cédula de identidad No. **18.673.189**, como requisito para optar al grado de **ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA.**

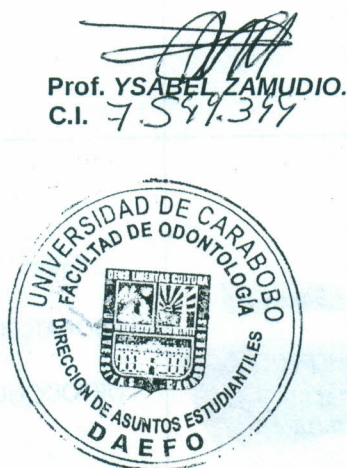
Realizada como fue el caso la presentación del Trabajo Especial de Grado titulado "**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL**" de acuerdo con el reglamento de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, se da fe que el Trabajo presentado reúne los requisitos para ser **APROBADA** con **MENCION HONORIFICA.**

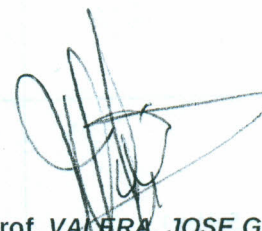
Los integrantes de este Jurado, hacemos constar que dicho Trabajo Especial de Grado, reúne plenamente, a nuestro juicio, las condiciones señaladas en los Artículos 4 y 5 de dichas normas, por cuanto satisface los criterios en ellos señalados, y en consecuencia se determina:

- 1.- La consistencia argumental del trabajo cumple las exigencias del nivel de Especialización en el cual se discute.
- 2.- Se evidencia en toda la estructura del Trabajo, el dominio de los métodos empleados que sirven de soporte al Trabajo Especial de Grado y la consolidan como una investigación de proyección científica relevante.
- 3.- El trabajo, producto de un estudio individual y con una temática original, constituye un aporte al conocimiento inédito y novedoso, lo cual amplía y satisface la Academia en la Magna Universidad de Carabobo.
- 4.- La amplitud bibliográfica y su profundidad son un autentico soporte para el discurso desarrollado y transitado por el investigador.

En Bárbula, firmamos conforme.


Prof. **ZAVARSE P. SOCORRO**
C.I. **7023690**




Prof. **VALERA, JOSE G.**
C.I. **7538714**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

AUTORIZACION DEL TUTOR

Por medio de la presente, yo Ysabel Zamudio, cédula de identidad No 7.549.344, en mi carácter de TUTOR, del Trabajo de grado de la especialización en Odontopediatría, titulado ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL, realizado por la ciudadana: Neorlay Desireé Rondón, cédula de identidad N°18.673.189, y cumpliendo con los objetivos planteados en el proyecto y con los requisitos de adscripción a una línea de investigación científica, autorizo introducirlo ante la Comisión Coordinadora del programa que le sea asignado el jurado respectivo a fin de llevar a cabo su respectiva evaluación y aprobación.

En Valencia, a los días del mes de del año dos mil diecinueve.

Prof. Ysabel Zamudio
CI: 7.549.344
Tutor.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

Principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en cada momento de dificultad.

A todos los niños que han sido maltratados, y me hicieron tomar conciencia y sensibilización para aportar un granito de arena a la solución de este gran problema.

A mis pacientes que llenaron mi corazón de tanto amor, dándome energía para finalizar esta meta.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, me guía, me fortalece y me llena de sabiduría en toda mi existencia.

A mi madre, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A la Prof. Ysabel Zamudio principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo, mi más grande y sincero agradecimiento.

A ti Nayi, por tu amor, paciencia, apoyo incondicional y buscar siempre la manera de poder ayudarme y estar conmigo en todo momento en este proceso. ¡Mil Gracias!

A todas mis amigas y amigos, por ser las personas que me apoyan cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles, hacerme sonreír y por la amistad brindada cada día, de verdad gracias, siempre las llevo en mi corazón.

Finalmente quiero agradecer aquellos ángeles terrestres y celestiales, que son mis guardianes y en todo momento están presentes en mi vida, mente y corazón.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

Trabajo adscrito en UDACYD, en línea de investigación innovación educativa en el área Odontológica y la temática actualización pedagógica en el área de la Odontopediatría y la subtemática estrategia de enseñanzas y aprendizaje en el área de la Odontopediatría

Autor: Neorlay Desireé Rondón
Tutor: Ysabel Zamudio.
Año: 2019

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad determinar el rol del Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los profesores y residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018, basada en una investigación de carácter descriptiva, no experimental. Para recabar información se realizó una encuesta tipo cuestionario para determinar los indicadores del maltrato infantil en Residentes y Profesores de Postgrado en Odontopediatría del período 2016 – 2018 cuya población y muestra estuvo conformada por 18 Residentes y 8 Profesores de Postgrado. De igual manera se estableció la validez y confiabilidad a través del panel de expertos, los cuales validaron el contenido y la metodología del instrumento para determinarlo a través del coeficiente Alfa de Crombach. Luego se procedió al análisis de datos. Los resultados de los instrumentos se presentaron en cuadros, gráficos y análisis, obteniendo como conclusión que los casos de maltrato infantil no están siendo denunciados, sin embargo los Odontopediatras están abiertos a recibir instrucciones y crear comités para contribuir a la detección y prevención del maltrato infantil.

Palabras claves: Rol del Odontopediatra – Maltrato infantil.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROLE OF THE ODONTOPEDIATRA AGAINST INDICATORS OF CHILD
MALTREATMENT.**

Work assigned to UDACYD, in line of research educational innovation in the dental area and the thematic pedagogical update in the area of Pediatric Dentistry and the sub-strategy teaching and learning strategy in the area of Pediatric Dentistry

Author: Neorlay Desireé Rondón

Tutor: Ysabel Zamudio.

Year: 2019

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the role of the Pediatric Dentist in relation to the indicators of child abuse according to the opinion of the professors and residents of the Postgraduate Course in Pediatric Dentistry, during the period 2016-2018, based on a descriptive, non-experimental research. To collect information, a questionnaire type survey was conducted to determine the indicators of child maltreatment in residents and postgraduate professors in Pediatric Dentistry of the period 2016 - 2018, whose population and sample consisted of 18 residents and 8 postgraduate professors. In the same way, validity and reliability were established through the panel of experts, who validated the content and methodology of the instrument to determine it through the Alfa coefficient of crombach. Then we proceeded to the data analysis. The results of the instruments were presented in tables, graphs and analyzes, obtaining as a conclusion that the cases of child abuse are not being reported, however the Pediatric Dentists are open to receive instructions and create committees to contribute to the detection and prevention of child maltreatment

Keywords: Role of the pediatric dentist - Child maltreatment.

INDICE GENERAL

	Pg.
Portada	2
Segunda Portada	3
Acta de Veredicto	4
Autorización del Tutor	5
Dedicatoria	6
Agradecimiento	7
Resumen	8
Abstrat	9
Índice General	10
Índice de Tablas	12
Índice de Gráficos	13
INTRODUCCION	14
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	16
Objetivos de la Investigación	21
Justificación de la Investigación	22
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
Antecedentes	27
Bases Teóricas	32
Bases Legales y Filosóficas	59
Sistema de Variables	61
CAPITULO III. METODOLOGIA	
Tipos de Investigación	64
Diseño de la Investigación	65
Población y Muestra	66
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	66
Validez y Confiabilidad	67
Procedimiento y Análisis de Datos	68

CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	
Resultados Obtenidos	70
Análisis General	82
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	87
Recomendaciones	89
REFERENCIAS	92
ANEXOS	100
Instrumento	101

INDICE DE TABLAS

TABLA	DESCRIPCION	Pg
1	Tipos de maltrato infantil	42
2	Tipos de Maltrato infantil	42
3	Tipos de Lesiones Orofaciales	51
4	Indicadores Psicológicos de Abuso	52
5	Operacionalización de La Variable	63
6	Observación de caso sospechoso de maltrato infantil	71
7	Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil	72
8	Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil	73
9	Caso sospechoso de maltrato infantil físico	74
10	Caso comprobado de maltrato infantil físico	75
11	Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades	76
12	Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil	77
13	Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas	78
14	Mecanismos para denunciar el maltrato infantil	79
15	Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil	80
16	Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil	81
17	Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional	82
18	Participación en la detección del maltrato infantil	83

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO	DESCRIPCION	Pg
1	Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.	71
2	Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.	72
3	Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil.	73
4	Caso sospechoso de maltrato infantil físico.	74
5	Caso comprobado de maltrato infantil físico.	75
6	Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades.	76
7	Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil.	77
8	Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas.	78
9	Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.	79
10	Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.	80
11	Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.	81
12	Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.	82
13	Participación en la detección del maltrato infantil.	83
14	Observación de casos de maltrato infantil.	85
15	Denuncias, omisiones, desconocimientos de procesos legales y de un comité para manejo del maltrato infantil.	86
16	Capacitación para el manejo del maltrato infantil.	87

INTRODUCCION

Los malos tratos infligidos a un niño no solo son un acto de brutalidad aislado ejercido sobre él sino que deben considerarse todo un conjunto de condiciones, actos, negligencias, que hacen que los derechos a la vida, educación y ayuda sean restringidas. Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, sexual y emocional, por parte de personas o instituciones de las cuales depende su desarrollo.

Por lo tanto un niño en cualquiera de sus fases de desarrollo, es objeto de maltrato cuando presenta manifestaciones físicas, conductuales que son consecutivas a un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y a la omisión de sus cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento, y desarrollo. Además dicha situación, activa o pasiva, repercute negativamente en el desarrollo del futuro del menor, a la vez que pueden presentarse efectos totalmente imprevisibles, si la situación es repetida.

Puesto que la cabeza, cuello y cavidad oral son las áreas mayormente afectadas en el maltrato infantil, el Odontopediatra está en una posición clave para el diagnóstico y prevención de este problema, es por esto que esta investigación tiene como propósito determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil y está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: contiene el problema, planteamiento del problema, objetivos de la investigación y justificación del estudio.

Capítulo II: se hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas y legales.

Capítulo III: presenta la metodología de la investigación, diseño, instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Capítulo IV: muestra la presentación y análisis de los resultados.

Capítulo V: contiene las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En la literatura se describe una correlación entre el maltrato infantil y las lesiones patológicas en cabeza y cuello¹. Estudios epidemiológicos evidencian que de 50 a 77 % de las lesiones físicas de niños maltratados aparecieron en la región oro-facial (cavidad bucal, cara y cabeza). Es por esto que el Odontopediatra durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, posee una posición privilegiada para la identificación de los posibles casos de maltrato. Dicho maltrato es una causa de sufrimiento para los niños y las familias y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nerviosos e inmunitarios.

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

En este orden de ideas, se puede citar el concepto de maltrato infantil según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo define como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder^{4,5,6}

Así mismo una definición importante del síndrome fue presentada en el XIII Congreso Nacional de Pediatría, indicando que el maltrato al menor; es una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.⁷

Por tal preocupación en el tema de maltrato infantil la Dra. Lya Imber de Coronil (1914-1981), la primera pediatra y puericultora en Venezuela, distinguida profesora y luchadora por los derechos de los niños, divulgó la existencia del síndrome del niño golpeado en sus clases de pediatría y en diversos órganos de la prensa general y especializada en los años 60 y 70. El pediatra José Gessen Campos, en 1983, creó la Fundación de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA) en el Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” en Caracas. En Barquisimeto, el pediatra César Isaacura, creó una organización similar, que luego se transformó en una Defensoría (Programa de Atención de Niños y Adolescentes en Circunstancias Especialmente Difíciles

(PANACED), que ha cumplido una importante labor en esa zona del país y tiene una organización similar en San Cristóbal, estado Táchira. En Maracaibo, un valioso grupo coordinado por la Psicóloga María Elena Liebster, trabaja intensamente en el tema, con una organización ligada a la Asociación Afecto, Organización no Gubernamental (ONG), de larga y muy eficiente trayectoria en materia de maltrato, con sede en Santa Fe de Bogotá, Colombia.

La real magnitud del maltrato infantil es difícil de determinar, lo cual demuestra la escasa importancia que se otorga a dicha problemática. Además, desde el punto de vista operativo, existen discrepancias en cuanto a validar o no los casos sospechados de maltrato. Una importante referencia es el informe del Child Abuse and Neglect Data System de los Estados Unidos de Norteamérica, que constató sobre un total de 3.000.000 de niños investigados, 1.000.502 de casos confirmados en dicho país durante el año 1995. Esta cifra constituye 34% de las investigaciones acerca de maltrato infantil en ese período. Dicha casuística se desglosa en 24,5% de maltrato físico; 12,6% de abuso sexual; 52,3% de negligencia; 4,5% de abuso emocional y 14,4% de otras formas de maltrato⁸.

En nuestro país, la preocupación, en algunos sectores, ha sido creciente en las últimas décadas. Las facultades y escuelas de medicina y de otros profesionales de salud y educación han incluido, progresivamente, el tema en las actividades docentes. Igualmente, se discute y actualiza en eventos científicos de pediatras, psicólogos, psiquiatras y abogados. También participan organismos como las Sociedades Científicas de las profesiones relacionadas con el tema, la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas y la Federación Médica Venezolana, entre otras. El

Ministerio de la Salud elaboró las Normas Oficiales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva que incluyen lineamientos sobre la solución de problemas de violencia intrafamiliar e indicadores de rendimiento en esta importante área. La prensa escrita, y oral divulga frecuentemente noticias, informaciones técnicas y entrevistas sobre el tema, cumpliendo un importante papel de información y formación ciudadana⁹.

Salvo algunas cifras aportadas por el Cuerpo de Investigación de Ciencias Penales y Criminalísticas (CICPC), antes denominada Policía Técnica Judicial (PTJ), no están disponibles los datos oficiales nacionales relacionados con el maltrato de niños.

En función de lo anterior, en Brasil esfuerzos educativos se han centrado en la formación de los profesionales de la salud oral en reporte obligatorio^{15,10}. De igual manera, la Asociación Dental Holandesa desarrolló un código de reporte para los profesionales de la salud oral¹¹. Así mismo en Escocia, estudios señalan que la falta de acción está relacionada con la carencia de la certeza del diagnóstico¹², por lo tanto, es imperativa la educación al profesional en cuanto esta problemática.^{13,14,15}

Es de destacar que para el Odontopediatra el maltrato físico apenas aparece en el listado de diagnósticos diferenciales, a pesar de que los signos cutáneos son la manifestación más comunes (se presentan en más de 90%) fácilmente reconocible. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema. El profesional requiere diferenciar las lesiones propias de un maltrato de las producidas accidentalmente, tales como condiciones benignas de la piel del niño o dermatopatías específicas y candidiasis oral.^{34,35,16}

Dentro de los inconvenientes que se han identificado para el reporte de maltrato infantil está la ausencia de instrucción y entrenamiento para el Odontopediatra¹⁷. Si este es entrenado, está más seguro de sus habilidades para reconocer el abuso y más casos pueden ser reportados y diagnosticados desde la consulta dental.^{7,18,19}

Por esta razón, el Odontopediatra debe estar vigilante ante las heridas o lesiones que atenten contra los tejidos bucales, que permitan sospechar de estos casos de maltrato infantil con el fin de tomar las medidas necesarias para proteger la salud e integridad de los pacientes³⁴. Durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, cuenta con una posición privilegiada para la identificación, diagnóstico y reporte de abuso infantil, además, una deficiente salud oral a menudo se asocia también al abandono de los niños^{20,21,22}, a pesar de todo lo anterior el profesional continúa dejando de reportar estos casos^{23,24} por tal motivo, estos profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes²⁵, las cuales juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal²⁶, ya que el diagnóstico es el fundamento para establecer un marco legal, que no es fácil estructurar dada la complejidad del problema.^{27,28}

El Odontopediatra al poseer los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil, estará en una inmejorable condición para asistir interdisciplinariamente a las víctimas de este trauma. Sin embargo es importante destacar que no es responsabilidad exclusiva de dicho profesional hacer el diagnóstico de un niño maltratado, sino que debe formar parte de un equipo multidisciplinario que complemente los conocimientos médicos y psiquiátricos para

hacer el diagnóstico diferencial entre las lesiones ocasionadas por maltrato con aquellas de otra índole.^{29,30}

Actualmente el problema no ha disminuido, a pesar que ya se sabe más de él, el maltrato al menor sigue siendo una práctica común en algunas familias y en instituciones privadas y públicas dedicadas al cuidado y educación de los niños³. Datos obtenidos en diferentes estudios coinciden, en señalar que los niños que han sufrido maltrato en la infancia muestran importantes problemas en la adolescencia, tales como consumo de drogas y alcohol, fracaso escolar, dificultades en la socialización, diversos problemas de conducta y un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad³¹.

Con la intención de crear mayor conciencia de esta problemática, contribuir a la prevención del maltrato infantil en nuestro país y aportar información profesional para que estos casos sean denunciados, este estudio se realizó en la Universidad de Carabobo en el área de Postgrado, con los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el periodo de los años 2016 a 2018. Por todo lo expuesto se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es el rol del Odontopediatra frente los indicadores de maltrato infantil?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las actitudes tomadas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría frente al manejo del maltrato infantil.
2. Evaluar las prácticas ejercidas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría frente a los posibles casos de maltrato infantil.
3. Determinar a través de la opinión de Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo si los casos de maltrato infantil están siendo diagnosticados, reportados y denunciados ante las autoridades competentes.

Justificación de la Investigación

El maltrato infantil es una problemática social que afecta el desenvolvimiento de los niños en cuanto a que tienen una menor confianza a sí mismos y baja autoestima lo que puede incidir en mayores dificultades de ajuste psicosocial en la edad adulta. Esto puede hacer que ellos tengan dificultades en su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Esto trae como consecuencia que hay una población especialmente propensa a presentar un ajuste social y escolar pobre, que exige atención especializada en dichas áreas del desarrollo. De tomarse las medidas adecuadas dicho problema afectara la sociedad. Es por esto que el presente estudio va aportar información en cuanto a los indicadores de maltrato, procedimientos a seguir en cuanto al diagnóstico, registro y denuncia.^{17,32}

La detección de la violencia en el medio familiar es un reto en el cual el personal sanitario juega un rol fundamental, dado lo complejo de este problema social. Los padres maltratadores suelen cambiar los médicos de sus hijos con frecuencia para evitar ser descubiertos. Sin embargo, el Odontopediatra tiene la posibilidad de verlo generalmente dos veces al año por lo cual se transforma en una pieza fundamental en el diagnóstico de maltrato⁴⁸.

Resulta oportuno destacar que estudios reportan que entre 60 y 70% de los casos, las víctimas presentan lesiones de cabeza, cara, cuello y boca³³. El Odontopediatra debe estar alerta ante posibles signos y síntomas que pueden verse en la cavidad oral; el diagnóstico comienza con una buena historia clínica, cuando se examina a un paciente con lesiones potencialmente no accidentales como son quemaduras, lesiones en mucosas, mordeduras, laceraciones, luxaciones y fracturas dentales, rotura de frenillos, eritema, petequias, fracturas radiculares, entre otros. Además el Odontopediatra obtendrá una impresión general de niño: higiene, desarrollo, estatura, vestimenta, relación con los padres, marcas inusuales en la piel, limitación de movimientos; todo esto en busca de un examen completo y sistemático.³³

Con referencia a lo anteriormente expuesto, el Odontopediatra como profesional de la salud puede detectar, inicialmente, signos y síntomas de maltrato físico por las lesiones buco-faciales que presente un niño. En ocasiones estas señales no pueden ser percibidas a causa de la falta de conocimiento sobre maltrato y abandono infantil³⁴. En el medio odontológico el maltrato infantil todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema. Por ello, el Odontopediatra tiene una función

vital en el reconocimiento de los signos mucocutáneos sospechosos de maltrato³⁵. Por lo tanto en este estudio se señalan los indicadores de maltrato y los pasos a seguir en caso de que sean detectados.

Se estima que entre un 50 y 70% de los casos de lesiones de maltrato infantil³⁶ se presentan en la cara y cavidad bucal, por consiguiente se puede decir que, los Odontopediatras tienen quizás, el privilegio de detectar estos traumas; no obstante es desperdiciado por desconocimiento que conlleva a la imposibilidad de comprender que están ante dicha entidad^{37,38,39}. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema.^{34:35}⁴⁰

Es por esto que dicha investigación beneficia a Residentes del Postgrado de Odontopediatría, Odontólogos, Odontopediatras, e Investigadores, ya que los criterios emitidos pueden considerarse como un medio de sensibilización y reflexión sobre el tema del maltrato infantil, la cual se ha expandido y mantenido a través del tiempo, principalmente porque su detección es un proceso complejo y delicado, para ello se debe estar orientado en el que hacer y cómo hacer, cuando se ve en la práctica profesional este tipo de situaciones.

Los Odontopediatras tienen la oportunidad de tratar a pacientes que han experimentado una amplia gama de eventos traumáticos, incluido el abuso y / o negligencia infantil, violencia doméstica, asalto sexual. La Asociación Dental Americana (ADA) 's Principios de Ética y el Código de Conducta Profesional destacan que los Odontólogos deben estar familiarizados con los requisitos para la presentación de informes de abuso y negligencia, así como los signos de abuso y cómo se presentan en un contexto de salud oral ⁴¹. Sin embargo varios autores

resaltan el escaso conocimiento sobre el tema como una de los principales factores que afectan a la identificación y presentación de informes de maltrato.^{42,43}

Socialmente, la salud y como parte de ésta, la salud oral en este caso del infante, es un factor directamente inherente a la sociedad, por ello, todas las acciones que se ejerzan en proteger la misma, redundará en beneficio de las personas y las comunidades. En vista de la problemática que se abordará con respecto a los pacientes que padecen de maltrato infantil, se propondrá en esta investigación descriptiva el rol del Odontopediatra en el diagnóstico, reporte y denuncia del maltrato infantil.

De las evidencias expuestas en diferentes estudios, se puede decir que el problema tiene un pronóstico desfavorable, ya que al no ser reportados estos casos, se infiere que cada día va aumentar en gran medida el maltrato infantil, puesto que familiares y personas que maltratan a los niños, no están siendo castigados. Por estas razones, esta investigación contribuye con la preparación, educación y concientización del Odontopediatra y profesionales de la salud bucal, en cuanto a este tema; para poder realizar un diagnóstico certero de maltrato infantil y cuente con la información necesaria para reportar los casos de maltrato.

Es de hacer notar que este estudio involucra el desarrollo del método científico; además de enriquecer el componente investigativo sobre la situación actual que se presenta en cuanto al maltrato infantil. Del mismo modo, servirá de aporte para la Universidad de Carabobo, para educar a sus estudiantes y profesores, en cuanto al diagnóstico y prevención del maltrato infantil. Así contribuir de forma positiva a

nuestra sociedad, aportar los conocimientos adquiridos y reportar a las autoridades la presencia de casos de maltrato infantil.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta revisión de aspecto relacionado con el problema en estudio y de la realidad contextual en la que se ubica el rol del Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil que en sus prácticas clínicas y su cercanía con el paciente le permite a identificación, diagnóstico y reporte de abuso infantil. En este sentido se hace revisión de antecedentes, aspectos legales, filosóficos y teóricos y situacionales del fenómeno. En este marco se pretende explicar la posición del Odontopediatra, su rol y la naturaleza interpersonal de este.

Antecedentes

Thomas y Cols⁴⁴ estudiaron la opinión de higienistas dentales, estudiantes de Odontología, Odontólogos, acerca del conocimiento de sus responsabilidades profesionales respecto al abuso infantil y sus experiencias con este tema. En este sentido señalan que 20% de los Odontólogos y el 9% de los Higienistas habían informado al menos 1 caso de sospecha de maltrato infantil. Mientras que el 83% de los profesionales de la Odontología sabían que tenían que reportar los casos, pero sólo el 73% de los estudiantes sabían su responsabilidad legal. Además, sólo el 28% de los profesionales y el 18% de los estudiantes sabían dónde reportar cualquier sospecha de abuso infantil. Los profesionales y estudiantes no estaban suficientemente informados acerca de sus responsabilidades legales relativas a los informes de abuso a menores y sobre todo dónde reportar este tipo de casos. Apesar

de que los profesionales tenían más conocimiento que los estudiantes sobre cómo diagnosticar sospecha de abuso infantil, en general, los encuestados no fueron informados de manera óptima sobre este asunto. Para concluir en este trabajo se señala que no todos los proveedores de cuidado dental y los estudiantes encuestados estaban dispuestos a cumplir con sus responsabilidades legales y profesionales en estas situaciones.

También Sousa y cols⁴⁵ hicieron un estudio cuyos objetivos eran de dos tipos: evaluar las actitudes y percepciones de los Odontólogos en relación con el abuso de menores e investigar las características profesionales asociadas con la identificación de abuso infantil. Enviaron un cuestionario a 276 Odontólogos de Brasil, y 187 (68%) fueron respondidos. Las características demográficas y perfiles de ellos, e información sobre sus conocimientos y actitudes en relación con el abuso de menores fueron recolectados. Se realizó un análisis descriptivo y asociaciones que fue probado por chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. De todos los Odontólogos encuestados, 123 (71,9%) informaron que proporcionan tratamiento a los niños. La mayoría de ellos creían que podían detectar casos de maltrato infantil (78,7%), pero 85,7% nunca habían sospechado que hubiera abuso. Entre los que sospecharon, el 76% no reportó los casos a las autoridades competentes. No se observaron diferencias entre los sexos, los años de la graduación, tipos de licencias, y la frecuencia con la que los niños fueron tratados. Una mayor proporción de los Odontólogos que trabajan en la universidad tenían sospechas de abuso infantil. A pesar de que los Odontólogos se consideraban capaces de identificar los casos sospechosos, reportó sólo un pequeño porcentaje esas sospechas, lo que indica una falta de conciencia de estos profesionales

en la adopción de medidas de protección para las víctimas de la agresión. Por lo tanto es necesario que los profesionales de la salud bucal reciban formación interdisciplinaria para mejorar su capacidad de cuidar y proteger a los niños.

Algo semejante ocurre con Marengo y cols⁴⁶ en su estudio validan la traducción al portugués de un cuestionario sobre el maltrato de los niños y adolescentes, desarrollado por Russell et al⁴⁷ para probar sus propiedades psicométricas para su uso en Brasil. Consistió en aplicar el cuestionario a dos grupos de estudiantes; el primer grupo estudiantes de la especialización de Odontopediatría y el otro grupo estudiantes de otras especialidades en Odontología. Dicho cuestionario estaba formado de cuatro partes, las cuales se dividen en; una primera parte identificación social y demográfica del profesional, la segunda parte experiencias previas de maltrato (incluyendo preguntas cerradas de si o no), la tercera parte se refiere a los conocimientos del profesional de la salud, diagnóstico y conducta, la cuarta parte se refiere al interés en relación con el tema. Se obtuvo como resultado que los estudiantes de la especialidad de Odontopediatría mostraba mayor interés al tema de maltrato infantil que la otras especialidades, y que independientemente del idioma lograban entender el tema, el cuestionario tenía buenas propiedades psicométricas (es decir, la fiabilidad, reproducibilidad y consistencia interna). Finalmente llegaron a la conclusión que este instrumento puede considerarse fiable para la investigación con fines o propósitos relacionados con estudios comparativos. Y también puede ayudar a resolver las dudas de la asistencia sanitaria a profesionales en relación con el maltrato infantil.

Al mismo tiempo Sarli y cols⁴⁸ analizaron el maltrato infantil y la consulta odontológica, donde se resalta la importancia de indagar en los factores de riesgo,

signos de alarma y características clínicas de un niño maltratado para dar al especialista las herramientas necesarias para poder diagnosticarlo y denunciarlo a las autoridades correspondientes con lo que se evita que miles de niños sigan muriendo al año por esta causa. Por otra parte, es necesario que todos los profesionales relacionados directa o indirectamente con la infancia y adolescencia estén no sólo sensibilizados respecto a la realidad del Maltrato Infantil, sino que también deben conocer los indicadores que pueden hacer sospechar que se está ante un caso de este tipo.

En conclusión del artículo anterior los Odontopediatras, como parte integrante del equipo de salud, deben tener en cuenta la necesidad de registrar en la Historia Clínica del niño o adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato. Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación durante la consulta odontológica. Tanto la prevención como la detección y la intervención de urgencia se deberían desarrollar en los servicios de salud y educativos, que trabajando de manera articulada tendrán que intervenir oportuna y adecuadamente para disminuir los efectos y prevenir las causas de este problema endémico. Las investigaciones realizadas sobre Maltrato Infantil han demostrado que una característica que se observa en cualquier población infantil es la reiteración del maltrato. Un 97,1% de los expedientes estudiados son de niños con abuso reiterado.

Vergara y cols¹⁹ describen los conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en estudiantes de Odontología en una universidad pública de Cartagena, Colombia, en el que participan 208 estudiantes de Odontología de Cartagena

(Colombia), seleccionados a través de un muestreo probabilístico, en el cual se diseñó y utilizó un instrumento tipo cuestionario estructurado anónimo de auto-reporte para evaluar las variables: socio-demográficas, conocimientos (relacionados con maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, indicadores de maltrato infantil y responsabilidades), actitudes, prácticas y prevalencia de posibles sospechas de casos de maltrato infantil detectados en la práctica odontológica. Los datos fueron analizados a través de distribuciones de frecuencia y proporciones. Para establecer relaciones entre la sospecha de maltrato infantil con algunas variables de interés se utilizó la prueba C2 asumiendo un límite de 0,05 para la significación. En el que resultó que las tres cuartas partes de los que manifestaron haber tenido una sospecha de maltrato no la consignaron en la historia clínica.

En relación al anterior estudio, la prevalencia de posibles casos de maltrato infantil identificados por los estudiantes de odontología fue alta; sus conocimientos y actitudes fueron adecuados. Sin embargo, existe incongruencia con las prácticas reportadas; por esto es necesario realizar entrenamientos en la temática que brinden una mayor seguridad al estudiante en el momento de identificar y reportar los posibles casos de maltrato infantil desde la práctica odontológica.

Rangel y cols⁴⁹ investigaron los aspectos más relevantes del abuso infantil y las características de lesiones en la cabeza, el cuello y las regiones orofaciales, además de la función por parte del Odontopediatra para la evaluación de esta condición, y también para informar de un caso de una niña abusada física y sexualmente de edad 5 años y 8 meses. Donde pudieron detectar durante las consultas odontológicas a través del comportamiento y lesiones de la niña que esta era abusada sexualmente y sufría

daños físicos y psicológicos. Por tanto podemos decir que la detección oportuna de los signos y síntomas de abuso sexual, que a menudo se presenta en la región orofacial, coloca al Odontopediatra en una situación estratégica, con la capacidad de reconocer, registrar y reportar más tarde aquellos casos considerados como sospechosos, con el fin de lograr la aceptación por parte del paciente, realizar como parte del plan de tratamiento un manejo psicológico, así como el tratamiento dental puesto que estos niños se presentan muy ansiosos y de difícil aceptación de procedimientos preventivos y restauradores.

Bases Teóricas

Teorías que sustentan la Investigación

Teoría Cognoscitiva Social de Albert Bandura. (1986)

Durante la primera mitad del siglo XX, la escuela de la psicología se convirtió en una fuerza predominante. Los conductistas propusieron que todo aprendizaje era el resultado de la experiencia directa con el medio ambiente a través de los procesos de asociación y refuerzo⁵⁰.

En la teoría del aprendizaje social, Albert Bandura está de acuerdo con las teorías del aprendizaje conductista del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, sin embargo, agrega dos ideas importantes:

1. Los procesos mediadores ocurren entre estímulos y respuestas.
2. El comportamiento se aprende del medio ambiente a través del proceso de aprendizaje observacional.

La teoría cognoscitiva social plantea que el aprendizaje proviene del entorno social y que ocurre de forma vicaria al observar, escuchar y/o leer, es decir que se obtiene a través del modelamiento.

Procesos de la teoría de aprendizaje social o vicario de Bandura

En la teoría de aprendizaje social, Bandura diferenció 4 procesos que se desarrollan necesariamente en el aprendizaje social:

1. Atención

Resulta totalmente imprescindible que la atención del aprendiz esté focalizada hacia el modelo que realiza la conducta. Cualquier distractor interrumpiría la tarea de aprendizaje.

2. Retención

La memoria juega un papel muy importante. La persona que está integrando un nuevo comportamiento, debe almacenarlo en su memoria para reproducirlo a continuación.

3. Reproducción

En este punto, además de la puesta en marcha de la conducta, la persona debe ser capaz de reproducir simbólicamente el comportamiento. Por ejemplo, por mucho que un niño vea a su tenista preferido jugar, no quiere decir que vaya a golpear la pelota igual que él, primero tiene que tener la capacidad motora para realizar esos movimientos. Se integrará el tipo de movimiento y la acción, pero esto requiere de repetición para realizar la conducta correctamente.

Además, debe haber una capacidad cognitiva para poder poner en marcha todos los mecanismos de recuperación simbólica. O sea, que el niño necesita obligatoriamente haber llegado a este nivel de desarrollo cognitivo.

4. Motivación

Aun teniendo las imágenes mentales de la conducta observada, hace falta querer realizarla. Podemos tener distintos motivos, por ejemplo:

- Refuerzo/castigo pasado: Se basa en el conductismo tradicional. Cuando ya hemos realizado una conducta y hemos obtenido algo bueno a cambio (un refuerzo). Esto hace que volvamos a reproducirla si buscamos conseguir el mismo refuerzo.
- Refuerzos/castigos prometidos: Expectativas de lo que se pretende conseguir. Imaginamos las consecuencias.
- Refuerzo/castigo vicario: Lo que hemos visto que consiguió el modelo del que aprendimos.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

La Teoría del Desarrollo Psicosocial fue ideada por Erik Erikson⁵¹ a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud en las cuales subrayó los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro facetas principales:

1. Enfatizó la comprensión del 'yo' como una fuerza intensa, como una capacidad organizadora de la persona, capaz de reconciliar las fuerzas sintónicas y

distónicas, así como de resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico de cada persona.

2. Puso en relieve las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial.

3. Propuso el concepto de desarrollo de la personalidad desde la infancia a la vejez.

4. Investigó acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad.

Características de la teoría de Erikson

Erikson también propone una teoría de la competencia. Cada una de las etapas vitales da pie al desarrollo de una serie de competencias. Si en cada una de las nuevas etapas de la vida la persona ha logrado la competencia correspondiente a ese momento vital, esa persona experimentará una sensación de dominio que Erikson conceptualiza como fuerza del ego. Haber adquirido la competencia ayuda a resolver las metas que se presentarán durante la siguiente etapa vital⁵¹.

Otro de los rasgos fundamentales de la teoría de Erikson es que cada una de las etapas se ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual. Cuando la persona logra resolver cada uno de los conflictos, crece psicológicamente.

En la resolución de estos conflictos la persona halla un gran potencial para el crecimiento, pero por otra parte también podemos encontrar un gran potencial para el fracaso si no se logra superar el conflicto propio de esa etapa vital.

4. Los 8 estadios psicosociales

Vamos a resumir cada uno de los ocho estadios psicosociales descritos por Erik Erikson.

1. Confianza vs Desconfianza

Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre.

La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad... la que puede determinar la calidad de las relaciones.

2. Autonomía vs Vergüenza y Duda

Este estadio empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño.

Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza. Asimismo, los logros en esta etapa desencadenan sensación de autonomía y de sentirse como un cuerpo independiente.

3. Iniciativa vs Culpa

Este estadio viaja desde los 3 hasta los 5 años de edad.

El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y

capacidades. Los niños sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente.

En caso de que los padres reaccionen de negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que les genere sensación de culpabilidad.

4. Laboriosidad vs Inferioridad

Este estadio se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años.

Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. Por esa razón es tan importante la estimulación positiva que pueda ofrecerle la escuela, en casa o por el grupo de iguales. Éste último comienza a adquirir una relevancia trascendental para ellos.

En el caso de que esto no sea bien acogido o sus fracasos motiven las comparaciones con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás.

Historia del Maltrato Infantil

Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos; incluso diferentes culturas los promueven, como es el sacrificio a los dioses, el infanticidio de niñas (por no ser rentables), o de niños para regular el crecimiento de un pueblo, por presentar problemas de salud, deficiencias físicas, psíquicas o según sus criterios niños considerados débiles , el maltrato como forma de educación, el derecho del padre sobre los hijos y sobre la hija en el incesto¹.

La historia de occidente se inicia en Grecia, en donde era una práctica común abandonar a los niños o utilizarlos para ciertos ritos que permitían, se pensaba, aplacar la ira de los dioses, los historiadores afirman que en la antigua Atenas el padre era dueño absoluto del hijo recién nacido y solamente levantándolo del suelo era que reconocía la paternidad y por supuesto, el cuidado y el derecho del hijo; en caso contrario, el pequeño tenía que ser tirado a los basureros que rodeaban las ciudades³.

Los romanos no querían muchos hijos y el feto no tenía ningún derecho; los no deseados simplemente eran depositados en los basureros, en ocasiones, la madre a espaldas de su marido, confiaba a su hijo a uno vecinos o a unos subordinados que lo criaban en secreto, más tarde se convertía en esclavo. Con la llegada del cristianismo, parece que cambian las cosas: Constantino reduce la severidad filicida de las leyes romanas que permitían al padre tener todas las prerrogativas y derechos sobre la vida y la muerte de su descendencia³.

En la época medieval, los niños eran considerados como enanos, un adulto en miniatura: la vida de ellos era como la de los adultos. Al mismo tiempo en la época precolombina los sacrificios de niños al Dios Tláloc eran frecuentes. Siendo la sociedad mexicana una cultura militarista y siempre dispuesta a la guerra, los niños eran educados con mano férrea, con el fin de hacerlos fuertes, sufridos y diestros.

Finalmente en la época moderna es evidente que a través de la historia, el maltrato a los niños ha sido negado, lo cual probablemente se explica por el hecho que en

general produce una gran ansiedad e incredulidad y cuanto mayor ansiedad produce un fenómeno, menos capaz es el ser humano para observarlo con cuidado y objetividad. Debido a esto hasta 1860 Ambroise Tardieu describe el síndrome del niño golpeado, basándose en datos obtenidos en las autopsias. Aunque no identifica el problema como tal, hace una descripción de las lesiones de 32 niños, 19 de ellos murieron quemados o por asfixias. Por consiguiente 1871 se funda la Sociedad para la Prevención de la Crueldad Contra los Niños teniendo como sede la ciudad de Nueva York³.

Concepto de Maltrato Infantil

El síndrome de maltrato o abuso infantil, también denominado en la literatura anglosajona como "*Battered*" o "*Shaken Baby Syndrome*", se puede definir como todo daño producido en un niño a consecuencia de una agresión directa o negligencia en su cuidado¹. Aquí se incluyen los daños físicos, psicológicos y sociales, producidos en niños entre 0 y 18 años, por agresiones esporádicas o más frecuentemente reiteradas, tanto de sus progenitores como de familiares, conocidos o extraños; Dentro de esta amplia definición, se pueden distinguir 4 grupos diferentes: maltrato físico, agresión sexual, abandono o negligencia en su cuidado o atención médica y maltrato psicológico o emocional⁵². Sin embargo, existen formas características de ciertos países concretos, así tenemos prostitución infantil, mendicidad (niños de la calle), niños de la guerra o terrorismo, trabajos forzados, mutilación (sobretudo sexual en niñas), patología paterna de tipo psiquiátrico o drogadicción que afecta a los niños⁵³.

Tipos de Maltrato Infantil

La OMS, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), usada en todos los países, establece la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades. La versión N°10, está vigente desde 1992 y se utiliza, prácticamente, en todos los países del mundo con la siguiente nomenclatura: “Síndromes de maltrato” (T74) con 6 posibilidades: T74.0: Negligencia o abandono; T74.1 Abuso físico. (Niño o bebé); T74.2 Abuso sexual; T74.3 Abuso psicológico; T74.8: Otros síndromes del maltrato. Formas mixtas y T74.9 Síndrome del maltrato, no especificado”⁹.

El maltrato Infantil se sub divide en dos grandes grupos⁵⁴:

A. Pasivo:

- a.) *Abandono físico*: cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro que conviva con él. Sería el grado extremo de la negligencia con gran implantación física.
- b.) *Abandono emocional*: falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias del menor y la indiferencia al estado de ánimo del niño.
- c.) *Omisión-Negligencia*: se define como aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado y educación del niño, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales así como una falta de previsión de futuro. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas no las llevan a cabo y un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se

satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Puede ser por motivado de forma consciente o puede producirse como una manifestación más de la ignorancia, la incultura, la pobreza y la incapacidad parenteral para proteger y criar a los hijos.

Dentro de la negligencia por parte de los cuidadores o representantes del niño podemos encontrar la Negligencia Odontológica, la cual es de suma importancia para el Odontopediatra, está es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como la falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infecciones orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor.⁵⁵

Entre los indicadores por negligencia podemos encontrar: Eritema genital del lactante, pediculosis capitis, lesiones consecutivas a exposiciones climáticas adversas, vitaminopatías y caries.

B. Activo:

a. Abuso físico: lesión corporal que el padre, cuidador o tutor cause a un niño intencionalmente.

b. Abuso sexual: explotación mediante cualquier acto sexual que va desde exposición indecente, tocamiento indebido, violación, prostitución, rapto, incesto, pornografía y comercio sexual.

c. Abuso emocional: patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima; va desde la hostilidad verbal, acoso, insulto,

menosprecio, sometimiento, dominación, abuso pedagógico (niños con excesivas obligaciones pedagógicas), evitando el desarrollo normal y vida social del niño.

d. Explotación laboral: acciones como la mendicidad, venta ambulante, etc⁵⁴.

Tabla N°1 Tipos de Maltrato Infantil ~~Error! Marcador no definido.~~

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

ACTIVO	PASIVO
Abuso Físico	Abandono Físico
Abuso Sexual	Omisión-Negligencia
Explotación Laboral	Negligencia Odontológica
Abuso Emocional	Abandono Emocional

Tabla N°2 Tipos de Maltrato infantil⁵⁶

Fuentes: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PREMAN). Sistema Nacional de Salud Pública, el maltrato infantil: un problema mundial, México, 1998.

Tipo de Maltrato	Definición	Características	Comportamiento
Físico	Es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor	Huellas de objeto agresor (plancha, lazo, cadena, cinturón, etc.) hematomas, eritema, quemaduras, fracturas, inflamación, deformación de la región ruptura visceral o envejecimiento, ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. En ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento

Sexual	Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto con el objeto de obtener excitación y/o gratificación sexual y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes dispareunia	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes, atracción homosexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, autodevaluación
Psico-Emocional	Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los menores a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan	Retraso psicomotor, no juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes, desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal	Deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar, retraimiento depresión, poca sociabilidad, sensación de no ser queridos, bloqueo emocional
Abandono o Negligencia	Cualquier conducta que prive al niño o niña de la supervisión o atención indispensable para su desarrollo	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Sin asistencia médica oportuna y adinamia permanentes	Retraimiento, apatía, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo

Síndrome de Munchausen

Se define como un trastorno facticio, en donde se induce la simulación o creación de una enfermedad física o psicológica a un tercero, el cual es por lo general el (la) hijo (a), quien es llevado al hospital repetidas veces. Dicha forma de maltrato físico o emocional puede acarrear graves secuelas o, incluso, la muerte del niño⁵⁷.

Es una forma específica de maltrato infantil, o para dar nombre al diagnóstico atribuido al perpetrador, quien en la mayoría de los casos es la madre. Muchos casos de este síndrome son diagnosticados tarde, por lo que hay niños que realmente fueron víctimas, pero cuya causa de óbito fue atribuida al Síndrome de la Muerte Repentina Infantil. De esta forma, se observa la evolución patológica y abusiva que caracteriza al SM, el cual, acomete a padres o responsables que provocan enfermedades imaginarias o reales en sus hijos, perjudicando su salud a través de tratamientos y cirugías innecesarias.

En relación a las características de los niños víctimas de este síndrome, por lo general son individuos con menos de dos años de edad, siendo raros los casos de niños con 6 o más años. Muchos de ellos colaboran con los padres en la creación de sus síntomas para ganar algún tipo de aceptación. Sobre los perpetradores, se estima que entre el 90% y 98% son mujeres, y que las madres constituyen el 85% del total de los abusadores. Otros perpetradores del género femenino pueden ser enfermeras o niñeras.

Expresiones Clínicas del Maltrato Infantil

Las manifestaciones clínicas que tendrán los niños víctimas de algún tipo de maltrato se pueden clasificar en 2 grupos: “visibles” e “invisibles”^{58,59}.

1. Expresiones clínicas visibles

Las expresiones visibles pueden estar presentes en casi cualquier modalidad del maltrato infantil. Habitualmente corresponden a lesiones que afectan la piel o las

mucosas, tales como: equimosis, rasguños, quemaduras, huellas de agresión en la piel con un objeto contundente como alambre, cordón, cinturón o un objeto punzocortante y mordeduras humanas. Estas lesiones suelen estar localizadas principalmente en el cráneo, cara, extremidades o en la mucosa génito-anal.

El mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un puntapié, el azote directo contra una superficie dura como la pared, el suelo o un mueble. En la mayoría de los casos, además de la expresión visible en la piel y en las mucosas, puede existir una lesión ósea en cráneo, costillas, vértebras o miembros superiores e inferiores. Por supuesto, también se puede ocasionar alguna lesión en los órganos de la cavidad craneal, la cavidad torácica, la cavidad abdominal y pélvica. En los casos de lesión ósea, la expresión habitual es la presencia de fracturas de grado y gravedad variable. De esta manera, la radiografía se convierte en la “voz del niño maltratado”.

En todos los pacientes con sospecha de abuso físico (AF), intencionadamente se deben buscar lesiones en la mucosa oral y en las piezas dentarias. Con relativa frecuencia, el daño en la cavidad oral, puede ser la expresión inicial de maltrato infantil.⁶⁰

2. Expresiones clínicas invisibles

La segunda expresión de Maltrato infantil son las alteraciones invisibles, y para ejemplificar dichas manifestaciones consideraremos 4 condiciones patológicas:

- a) Desnutrición grave.
- b) Talla baja.
- c) Sobre peso u obesidad infanto-juvenil.

d) Alteraciones emocionales.

- a) *Desnutrición grave:* Ante el caso de un menor con un cuadro grave de desnutrición, el médico debe investigar la etiología del proceso. Será muy cuidadoso y descartará organicidad que la explique, deberá estar muy atento para no considerar siempre que la pobreza o la ignorancia de la familia lo explican, sobre todo si es el único miembro de la familia que la sufre.
- b) *Talla baja:* El niño con talla baja debe ser estudiado por el médico bajo un algoritmo diagnóstico que permita excluir cualquier patología orgánica antes de establecer el diagnóstico de MI. Esta manifestación clínica puede ser la consecuencia de abuso físico, abuso psicológico o emocional (AP) o negligencia.
- c) *Sobre peso u obesidad infanto-juvenil:* Aunque en la mayoría de los casos se puede explicar por un inadecuado manejo alimentario y una vida sedentaria, cada vez es más conocido el hecho de que jóvenes obesas padecen depresión porque han sido víctimas de abuso sexual (AS). En estos casos, la existencia de este estado emocional genera que la niña o la adolescente coma de forma compulsiva, lo que ocasiona un aumento de peso. También utilizan esta estrategia para aumentar de peso y resultar poco atractivas para el agresor. En este caso, de nuevo, la acuciosidad clínica del médico es fundamental para poder precisar esta etiología.
- d) *Alteraciones emocionales:* Se deben considerar las manifestaciones cognitivas de los menores, y las alteraciones emocionales se deben

considerar en los problemas del sueño, del apetito, del control de esfínteres y del rendimiento escolar, principalmente. Su aparición es súbita, de difícil control y resolución, lo que obliga al médico a precisar su etiología y no considerar que son procesos propios de la edad.

Indicadores de Maltrato Infantil

Se define como indicadores a las manifestaciones presentes tanto en el niño como en el ámbito familiar, que se deberán analizar e integrar con el fin de determinar la posibilidad de maltrato. Estas manifestaciones se vierten hacia el exterior; y no todos los indicadores van a tener el mismo valor. Se dividen en específicos o directos e inespecíficos o indirectos.

- 1.) Específicos o Directos: Son aquellos que han dejado huella patente en el niño, de tipo físico o emocional.
- 2.) Inespecíficos o Indirectos: Derivados del comportamiento social general de la relación familiar, de la conducta infantil o familiar, de los cuidados emocionales, nutricionales y sanitarios, que son difíciles de materializar y pueden acompañar a situaciones conflictivas o estresantes, sin que su presencia equivalga a maltrato.

En tal sentido llama la atención los factores etiopatogénicos que conllevan al maltrato infantil como la edad, género, ubicación en el árbol genealógico familiar de las víctimas, siendo la mayor incidencia entre los 2 y los 7 años de edad y el punto más alto de castigo corporal ocurre entre los 3 y los 5 años⁶¹.

Así mismo, la víctima de malos tratos es con mayor frecuencia el primer hijo, bien por ser un niño no deseado, o por venir a romper el precario equilibrio económico de la pareja. En otras ocasiones, se trata de niños adoptados que "no respondieron" a las esperanzas puestas por esa pareja en este hecho. Y, por último, también son víctimas de maltrato los "niños difíciles", niños no deseados, prematuros, con bajo peso, con enfermedades crónicas o con diversidad funcional.^{4,62}

Del mismo modo, otro estudio afirma, que las características de desarrollo físico, la vulnerabilidad, edad, impedimentos físicos o psíquicos, problemas crónicos de salud, dificultades en lenguaje y aprendizaje, trastornos de conducta o de la personalidad son factores de riesgo-abuso¹².

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos⁴ ; es un comportamiento regular de omisión respecto al cuidado del niño(a), no le dan atención a las necesidades básicas a nivel físico (cuidado, alimentos, ropa , salud y vivienda) emocional (afecto , seguridad , apoyo emocional) , la educación (matrícula escolar en edad , la promoción de la asistencia regular) y médicos (vacunas , atención médica regular , atención médica urgente), odontológicos, que resulta en un daño en su salud y desarrollo físico, mental , emocional , moral o social¹².

En cuanto a la negligencia se debe establecer un límite entre aquello que ha dejado una huella, y por tanto puede medirse, y el fracaso en descubrir las necesidades infantiles. Ya que el Odontopediatra también puede adoptar una conducta negligente

ante la cotidianeidad de la situación. Por ejemplo un retraso en el crecimiento en un niño menor de tres años, donde todas las necesidades físicas y emocionales deben estar cubiertas por los padres, es un indicador de maltrato.

Así mismo, la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, cabello deslustrado, lactantes con eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.²⁷

Por otra parte se describen los indicadores de tipo conductual, como ausencias reiteradas a clase, bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración, depresión constantes o conductas auto-agresivas, ideas suicidas, docilidad excesiva, actitud evasiva o defensiva frente a los adultos, la búsqueda intensa de expresiones afectuosas, actitudes o juegos sexualizados para su edad, intrusión, ansiedad, trastornos de sueño, baja autoestima, conductas adictivas, evidencia de "inversión de papeles".⁶³

Mención especial merecen las lesiones craneoencefálicas por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el síndrome de niño maltratado (sobre todo en niños menores de 2 años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial, estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del SNC⁶⁴. Fue precisamente el hematoma subdural el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, y constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales.^{4,65}

Lo más llamativo suelen ser las lesiones cutáneas, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias son las más frecuentes manifestaciones del Síndrome del niño maltratado^{66,67}. En el caso de alopecias es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.⁴

Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Deben ser motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo y, particularmente, si presentan diferentes estadios evolutivos⁶⁸. Al mismo tiempo Bsoul²³ afirma que más de 50 % de las lesiones se producen en cabeza, cara, cavidad oral; estas múltiples lesiones se deben a su fácil accesibilidad. (En particular, para tratar de silenciar al niño).

Las lesiones orofaciales se deben, a golpes con la mano o con objetos⁷¹. En general, el resultado de la introducción de un objeto forzado en la boca para amordazar o silenciar al niño, a la fuerza de alimentación hasta abusos sexuales⁶⁹. La erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarró del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarró será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que erosiones a nivel de mejillas y orejas.⁴

Un ejemplo es, la laceración del frenillo labial y lingual, especialmente el labial; que puede ocurrir accidentalmente en un niño que está aprendiendo a gatear y cae al piso, sin embargo, un niño menor de ocho y más de 18 meses es muy sugerente de abuso (Abuso o la potencia sexual particular Forzada).⁷¹

Por lo tanto, las lesiones en lugares poco usuales al trauma o la naturaleza accidental a la edad del niño como hematomas u otras lesiones orofaciales, especialmente alrededor de los ojos, los oídos región retro-auricular, las zonas laterales de la cara y la boca, sugieren que se han producido en el contexto de abuso. También lesiones en el paladar son típicas de alimentación forzada y petequias palatinas son sugestivas de abuso sexual, especialmente si se asocia a laceraciones de los frenillos y a infecciones orales de agentes causal de las enfermedades de transmisión sexual.¹²

En resumen; se consideran signos de abuso (indicadores física y sexual) y los síntomas o cambios comportamiento (indicadores psicológicos) cuando están presentes y se sospecha que ha ocurrido una situación de abuso, o al menos la existencia de un entorno de riesgo para el niño(a), implicaría hacer profundo estudio del caso⁷⁰. Estos indicadores serán mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 3. Tipos de Lesiones Orofaciales²³

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

Localización de Lesiones	Tipo de Lesiones Orofaciales
Labios	Excoriación, Esquimosis, Laceraciones, Quemaduras, Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual

Mucosa Gingival y Yugal	Abrasiones, Laceraciones, Quemaduras, Petequias, Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual
Lengua	Mordedura, Quemaduras, Patología Infecciosa por Agentes de Enfermedad de Transmisión Sexual
Frenillo Labial y Lingual	Laceraciones, Esquimosis
Paladar	Laceraciones, Quemaduras
Dientes	Luxación, Avulsión, Fractura, Intrusión, Necrosis
Huesos de la Cara y Mandíbula	Fracturas

Tabla 4. Indicadores psicológicos de abuso²³

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

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

El lugar de trabajo dental más común es la zona del maxilar anterior, debido a traumatismo directo con mano o la muñeca durante agresión, o indirectamente, por la introducción forzada de instrumentos en la cavidad oral⁷¹. En el caso de lesiones como quemaduras, aparecen tanto intraoral como perioral producto de la introducción de líquidos calientes o sustancias cáusticas.²²

Los indicadores físicos tienen lugares muy diversos y pueden ser identificados en áreas como miembros superiores e inferiores, piel, tejidos blandos, pecho, abdomen y las regiones del cerebro y el cráneorofacial. En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax "lesiones figuradas" que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión de los dedos.⁷¹

Otro signo bien conocido dentro de la clínica, son las mordeduras. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas⁷². Pueden ser únicas o múltiples y, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en Odontología Forense.⁴

Intervención del Odontopediatra

¿Cómo identificar?

El diagnóstico de sospecha de abuso infantil es complejo y nunca debe depender únicamente de la observación de una lesión, secuela o cualquier otro tipo único, ya que la mayoría de ellos no son patognomónicos de abuso, sólo pueden ser indicadores más o menos consistente de la posibilidad de ser ante un cuadro de maltrato⁷¹. Por lo tanto, el diagnóstico siempre se basa en una serie de indicadores insertados en un contexto particular: indicadores físicos, siempre valoradas en el contexto, la historia y el resultado de la confrontación entre lo que se observa y la historia de lo informado por la víctima u otros, especialmente cuando hay la explicación es insuficiente, los cambios en la historia de cómo se produjo la lesión, discrepancia entre la aparición de lesiones y / o secuelas.

Hay, sin embargo, algunas lesiones con un alto grado de especificidad; se debe prestar especial atención a situaciones en las que se observan lesiones en lugares inapropiados por accidentes, lesiones en diferentes etapas de la evolución o el retraso en la búsqueda de atención de salud, si hay lesiones significativas⁷¹.

Durante la consulta Odontopediátrica se debe evaluar la alimentación del niño, cantidad y calidad, también descartar un tipo de enfermedad orgánica o sistémica, problemas durante el embarazo, apetito, desarrollo motor, aspecto higiénico del paciente y comportamiento tanto del paciente como de sus familiares o representantes.

En cuanto a la evaluación de la caries dental como indicador por negligencia, se debe tener presente el número de piezas dentarias afectadas y su estadio, abscesos y celulitis repetitivas, dificultad evidente para la alimentación, sin que existan indicios de que se intente corregir. Por lo tanto el alto índice de caries dental será un indicador de maltrato infantil por negligencia.

En términos de diagnóstico diferencial debe tenerse siempre presente la posibilidad de estar frente a lesiones asociadas con un defecto en particular o patología (por ejemplo, trastornos de la coagulación, la osteogénesis, trastornos convulsivos imperfectos, condiciones patológicas que debilitan los dientes como la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta, sobremordida vertical, superior a cuatro milímetros, la incompetencia del labio, mordida abierta), a una lesión accidental, lesión postoperatoria o iatrogénica a ciertas condiciones morfológica o incluso un daño infligido a sí mismo (por ejemplo morder después del tratamiento dental bajo el efecto de la anestesia, la depresión, retraso mental).

¿Cómo comprobar?

Es primordial establecer una definición adecuada del maltrato infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema^{73,74,75}. El diagnóstico de sospecha de abuso infantil es complejo y nunca debe depender únicamente de la observación de una lesión, secuela o cualquier otro tipo único, ya que la mayoría de ellos no son patognomónicos de abuso, sólo pueden ser indicadores más o menos consistentes de la posibilidad de ser un cuadro de maltrato⁷¹.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que los padres suelen tardar en llevar al niño al médico, y es característico que las consultas se hagan sucesivamente en centros distintos para no levantar sospechas. La presencia de estos hechos en su totalidad o parcialmente hace necesario el estudio radiológico completo, exploración neurológica mediante (Tomografía Axial Computarizada) TAC, determinaciones analíticas para descartar estados carenciales, estudio psicosocial de la familia.⁴

¿Cómo registrar?

La historia clínica de un paciente es un documento médico-legal⁷⁶, especialmente cuando se enfrenta a una potencial víctima de un delito. Una vez que el Odontopediatra diagnostica una lesión de maltrato, su principal e inmediato compromiso es la defensa del niño. El profesional debe ser discreto para determinar exactamente cómo ha de proceder. Puede hacer consultas al médico pediatra para confirmar las sospechas y realizar el tratamiento y la evaluación adecuada. Aunque sea difícil, el Odontopediatra debe abordar la problemática con los padres y todo lo referido al tema. Por lo tanto, deben ser cuidadosamente documentados en el procedimiento clínico, los siguientes aspectos:

- Antecedente personales y familiares:
 - Lesiones, hospitalizaciones, enfermedades, enfermedades crónicas congénitas, enfermedades genéticas, alergias a medicamentos.
 - Historia del desarrollo de la motricidad, el lenguaje y psicosocial del niño.

- Historia del embarazo (deseado o no deseado, planeado o no; atención prenatal; inasistencia médica; complicaciones durante el embarazo y parto, depresión postparto).
- Historia de la violencia doméstica, el abuso sustancias, problemas sociales o financieros, abuso de los hermanos o los mismos padres.
- Estándar de la disciplina familiar
- Historia de la enfermedad actual :
 - La documentación detallada de las lesiones del niño, en particular, foto y formación de imágenes, debe ser realizada en presencia de enfermera o asistente dental.
 - Descripción de los síntomas presentados por el infante.
 - Registro detallado de la historia del evento reportado por cuidadores y el niño.
 - Estado y descripción emocional del niño y sus familiares o compañeros en la consulta.
 - Descripción de las actividades y estado emocional de los niños y cuidadores antes, durante y después de producida la lesión.
 - El diagnóstico de sospecha de abuso o descuido de los niños.
 - Las secuelas resultantes del abuso.

La serie fotográfica del niño, en su caso lesiones sospechosas de ser abusivo, deben incluir fotografía de la cara para identificarlo. Todas las fotografías deben tener fecha y hora, y deben ser registrados o tres imágenes de todas las lesiones, diferentes

enfoques, es decir, de largo alcance, mediana gama, estas fotos con una escala de colores (Para documentar fielmente que representa el color en las fotografías). Además de esto se recomienda realizar impresiones en silicona en caso de presentar fracturas dentarias, o marcas de mordida en la piel y durante este registro debe ser muy discreto y sensible.

¿Cómo denunciar?

Cada país cuenta con organismos específicos para recibir e investigar los informes de sospecha de abuso infantil⁷⁷. En Venezuela existen entidades como el Consejo de Protección de niños, niñas y adolescente (CPNNA), la Fiscalía de protección de niños, el Tribunal de Protección, y Ministerio Público que se rigen por la ley orgánica de protección del niño, niña y adolescente (LOPNNA), encargadas de orientar las denuncias, en casos de maltrato infantil.

Como Odontopediatra se está en la responsabilidad ética de realizar un informe de la problemática o el caso específico de maltrato que ocurre, este informe se debe entregar en el CPNNA, quien va a evaluar la gravedad del maltrato, si esto se considera grave, pasa de inmediato a la orden de la fiscalía, de lo contrario si no es tan grave esto deberá ser evaluado, al tercer informe emitido por el Odontopediatra de un mismo caso, el CPNNA está en la obligación de pasar a la fiscalía sin importar su gravedad. Y en casos de abuso sexual con el informe odontológico y forense pasa inmediatamente al ministerio público.

No obstante el Odontopediatra tiene que estar atento y no dejarse persuadir de un todo por lo que diga los representantes o niños ya que muchas veces se puede estar frente al síndrome de alienación parenteral donde uno de los progenitores quiere perjudicar al otro ya sea por un divorcio o diferencias que sostenga la pareja. El denominado (SAP) fue descrito por primera vez por Richard Gardner en 1985, sin embargo, otros autores habían recogido con anterioridad el concepto bajo otras denominaciones más o menos afines como “Síndrome de Medea”, “Síndrome de la Madre maliciosa” o “Programación Parental en el Divorcio” entre otros.⁷⁸

Bases Legales y Filosóficas

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁷⁹

Artículo 75

El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas.

Ley Orgánica Para Niños, Niñas Y Adolescentes (2007)⁸⁰

La Ley Orgánica para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (LOPNNA) establece penas o multas a todas aquellas personas que incurran en delitos a los niños, niñas y adolescentes, siendo penados en su mayoría con prisión, buscando proteger y garantizar los derechos de los menores de edad.

Artículo 1.Objeto.

Esta ley tiene por objeto garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus

derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y a familia deben brindarles desde el momento de su concepción.

Parágrafo Tercero. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar programas y medidas de protección especiales para los niños, niñas y adolescentes privados o privadas temporal o permanentemente de la familia de origen.

Artículo 15. Derecho a la vida

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 32. Derecho a la integridad personal.

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, síquica y moral.

Parágrafo Primero. Los niños, niñas y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Parágrafo Segundo. El Estado, las familias y la sociedad deben proteger a todos los niños, niñas y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal. El Estado debe garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido lesiones a su integridad personal.

Artículo 33. Derecho a ser protegidos y protegidas contra abuso y explotación sexual. ... El Estado debe garantizar programas permanentes y gratuitos de asistencia

y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual.

Artículo 254. Trato cruel o maltrato.

Quien someta a un niño, niña o adolescente bajo su autoridad, Responsabilidad de Crianza o vigilancia a trato cruel o maltrato, mediante vejación física o síquica, será penado o penada con prisión de uno a tres años, siempre que no constituya un hecho punible será sancionado o sancionada con una pena mayor. El trato cruel o maltrato puede ser físico o psicológico.

En la misma pena incurrirá el padre, madre, representante o responsable que actúe con negligencia u omisión en el ejercicio de su Responsabilidad de Crianza y ocasionen al niño, niña o adolescente perjuicios físicos o psicológicos.

Código de Deontología Odontológica

Artículo 6°:

La participación activa del personal odontológico, en actos que constituyan colaboración o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ellos o intento de cometerlos, constituyen una violación patente a la ética odontológica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables.

Sistema de Variables

De acuerdo al nivel de medición podemos definir las siguientes variables:

1. Variable X:

Rol del Odontopediatra:

1. Conocer de forma precisa los indicadores de maltrato y los factores de riesgo que puedan ser observados en la consulta Odontopediátrica.
2. Responder adecuadamente ante una situación de maltrato y orientar a la familia como debe responder hacia el menor.
3. Conocer la legislación existente sobre menores, así como su obligación de denunciar y colaborar en la protección a la infancia.
4. Establecer canales de coordinación e interconsulta con otros profesionales que le permitan realizar un diagnóstico y tratamiento integral al paciente que ha sido víctima de maltrato infantil.
5. Conocer cuáles son los procedimientos interinstitucionales: educativo, salud, sociales, terapéuticos, jurídicos y penales.
6. Desarrollar programas de prevención para el menor, la familia y la sociedad.
7. Evitar la lentitud administrativa, por falta de registros en las historias clínicas.
8. Asegurar la confidencialidad del caso.
9. Consensuar con los medios de comunicación el código deontológico para tratar los temas de maltrato.
10. Todo profesional tiene la obligación de hacer todo lo posible para evitar una situación de maltrato.

2. Variable Y:

Maltrato infantil: Según el Centro Internacional de la Infancia de París, señala al (MTI), como “la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño

de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”⁸¹

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo de la Investigación	Variables	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018.	Rol del Odontopediatra	-Diagnóstico -Reporte -Denuncia		-Años de preparación académica. -Años de experiencia laboral. -Años de experiencia en casos de Maltrato Infantil. - Conocimiento sobre los pasos a seguir para denunciar casos de Maltrato Infantil.
	Maltrato Infantil	-Indicadores. -Lesiones	-Tipos de Maltrato Infantil -Diagnóstico diferencial	-Activo o Pasivo. -Tipos de lesiones - Traumatismo dental, enfermedades sistémicas,

				accidentes.
--	--	--	--	-------------

CAPITULO III

METODOLOGIA

Enunciado el marco teórico que indica los fundamentos sobre el qué del proceso de investigación, incluida la base conceptual que lo sustenta, es importante exponer la estructura metodológica que da respuesta al cómo o conjunto de procesos, técnicas e instrumentos que conforman la metodología a seguir para generar el producto adecuado que exigen los objetivos planteados y el problema formulado.

Tipo de Investigación

La siguiente investigación es de tipo descriptiva, ya que se va a definir el Rol de Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil para determinar el rol de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018 frente a los indicadores de maltrato infantil basado en sus experiencias educativas y laborales.

Arias expresa que la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento; los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere⁸².

La investigación descriptiva es aquella que busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁸³.

Diseño de Investigación

Esta investigación es de diseño no experimental, donde vamos a realizar una encuesta a Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría en los años 2016-2018 para determinar los indicadores de maltrato infantil en cuanto a su opinión basada en sus conocimientos científicos y experiencias clínicas. Posteriormente se analizará la información obtenida en base a los objetivos previamente definidos.

Diseños no experimentales no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables o revisión de diseños de investigación grupos de comparación. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. Existen muchas razones para realizar este tipo de estudio. Primero, un número de características o variables no están sujetas, o no son receptivas a manipulación experimental. Así como, por consideraciones éticas, algunas variables no pueden o no deben ser manipuladas. En algunos casos, las variables independientes aparecen y no es posible establecer un control sobre ellas.

Los diseños no experimentales, puede ser similares a experimentos por el pos-test. Sin embargo, existe una denominación natural para la condición o grupo a ser estudiado, al contrario de la denominación aleatoria, y la intervención o condición (X) es algo que se da de forma natural, no siendo colocada de forma impositiva o manipulada. Los métodos más comunes utilizados en los diseños no experimentales, involucran investigaciones exploratorias y/o cuestionarios. Diseños no experimentales son típicamente clasificados tanto como descriptivos como de correlación⁸⁴.

Población y Muestra

La población, en esta investigación estuvo conformada por 18 Residentes y 8 Profesores del Postgrado de Odontopediatría del periodo 2016-2018. Por otra parte se atiende a la definición de muestra expresada por Tamayo⁸⁵: el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico.

Es necesario delimitar el objeto de estudio, ya que se requiere identificar la población, definida según Hernández⁸⁶ como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

Conviene aclarar el concepto de población finita expuesta por Ramírez³⁶ como aquella cuyos elementos en su totalidad son identificables por el investigador, por lo menos desde el punto de vista del conocimiento que se tiene de su cantidad total. En consideración a lo anterior es posible afirmar que la población a la que se le aplicó el instrumento es finita; por lo tanto la muestra para este trabajo fue el cien por ciento (100%) de la población. No fue necesario extraer una muestra, se llevó a cabo con toda la población (muestra censal)

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó como instrumento el cuestionario con preguntas cerradas, que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas. Pueden ser policotómicas o alternativas múltiples.

Según Arias⁸² los instrumentos de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener información. La encuesta es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. Cuando la encuesta es verbal se suele hacer uso del método de la entrevista; y cuando la encuesta es escrita se suele hacer uso del cuestionario, el cual consiste en un documento con un listado de preguntas, las cuales se les hacen a la personas a encuestar.

Esta técnica permitió seleccionar, organizar, presentar e interpretar una serie de datos relacionados en el problema abordado con el presente estudio. Al respecto Hernández señala que al momento de analizar los datos el investigador busca, en primer término describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadístico para relacionar sus variables⁸⁶.

En esta perspectiva con posterioridad al análisis estadístico de los datos se procedió a diseñar la presentación de los mismos, apoyándose en cuadros estadísticos. Debe destacarse que los gráficos estuvieron constituidos por la frecuencia y el valor de la muestra arrojado por cada ítem para una categoría determinada, y fueron diseñados para representar aquellos ítems considerados importantes.

Validez y Confiabilidad

En la presente investigación se estableció la validez a través de panel de tres expertos, los cuales validaron el contenido y la metodología para aplicar el instrumento, se estableció que existía relación entre los objetivos de la investigación, la variable en estudio, la dimensión con sus correspondientes indicadores, los expertos hicieron observaciones y recomendaciones que fueron acogidas por el investigador.

En lo referente a la confiabilidad Hernández⁸⁷ define como el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. En este sentido el criterio de confiabilidad del instrumento, se determinó, por el coeficiente de Alfa Cronbach, que de una sola administración de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno.

Procedimiento y Análisis de Datos

En la fase de análisis se procedió a describir las diversas operaciones a las que se sometieron los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos. De acuerdo con Tamayo⁸⁵, el procesamiento de los datos no es otra cosa que el registro de los datos obtenidos, mediante una técnica analítica en la cual se compruebe la hipótesis y se obtienen las conclusiones. Se trata de especificar el tratamiento que se dará a los datos, para comprobar, clasificar, codificar y establecer categorías precisas con ellos. Los datos que se obtuvieron en esta investigación fueron presentados mediante gráficos circulares, en porcentajes y tablas de distribución de frecuencia, definida ésta última por Hernández⁸⁷ como un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías. Finalmente luego de ser procesados y tabulados los datos, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida.

Procedimientos

La investigación se desarrolló en tres fases, ajustadas a los objetivos fijados en la investigación:

Fase Inicial: Se realizó revisión documental para identificar las fuentes de información, concepciones teóricas y caracterizar el estudio de manera amplia y exhaustiva.

Fase Intermedia: Después de la revisión bibliográfica, se organizó la información de acuerdo a los objetivos, confrontando los hallazgos con los planteamientos teóricos y la experiencia clínica del Odontopediatra.

Se describieron los indicadores de maltrato infantil, los tipos de maltrato, lesiones más comunes en la consulta Odontopediátrica, y el rol del Odontopediatra.

Fase Final: En función de la información teórica recopilada, se aplicó encuesta a los Profesores y Residentes, utilizando un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Posteriormente se procedió al análisis de los resultados obtenidos en dicho instrumento.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, luego de la aplicación del instrumento diseñado para recoger las opiniones de los sujetos considerados en la muestra. Por lo tanto, se sigue el orden de las preguntas estipuladas en el mismo.

Pregunta 1:

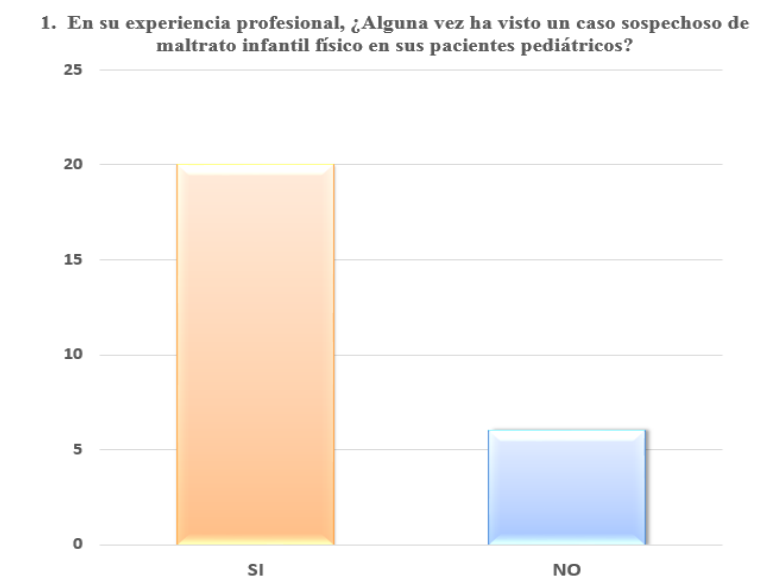


Gráfico 1. Pregunta 1: Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 6. Pregunta 1: Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 1	SI	NO
En su experiencia profesional ¿Alguna vez ha visto un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos?	20 (76,92%)	06 (23,08%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 1: De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 76,92% manifiesta haber visto alguna vez un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 23,08% no.

Pregunta 2:



Gráfico 2. Pregunta 2: Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 7. Pregunta 2: Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 2	SI	NO
¿Alguna vez ha denunciado un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes?	02 (07,69%)	24 (92,31%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 2:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 07,69% manifiesta haber denunciado alguna vez un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 92,31% no.

Pregunta 3:

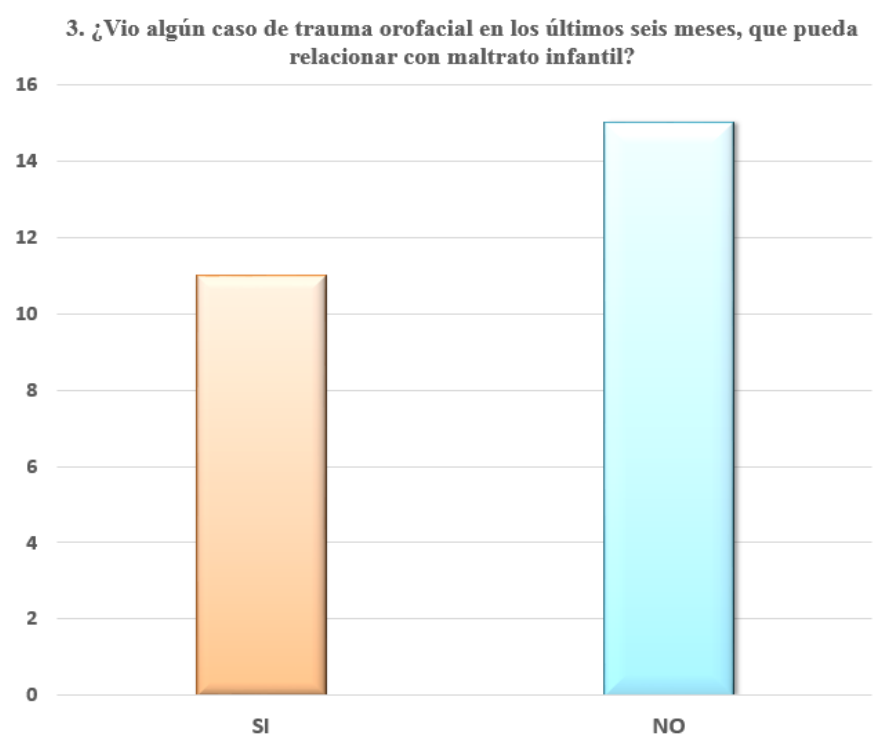


Gráfico 3. Pregunta 3: Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 8. Pregunta 3: Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil..

CUESTIONARIO: Pregunta 3	SI	NO
¿Vio algún caso de trauma orofacial en los últimos seis meses, que pueda relacionar con maltrato infantil?	11 (42,31%)	15 (57,69%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 3:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 42,31% manifiesta haber visto traumas orofaciales en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 57,69% no.

Pregunta 4:

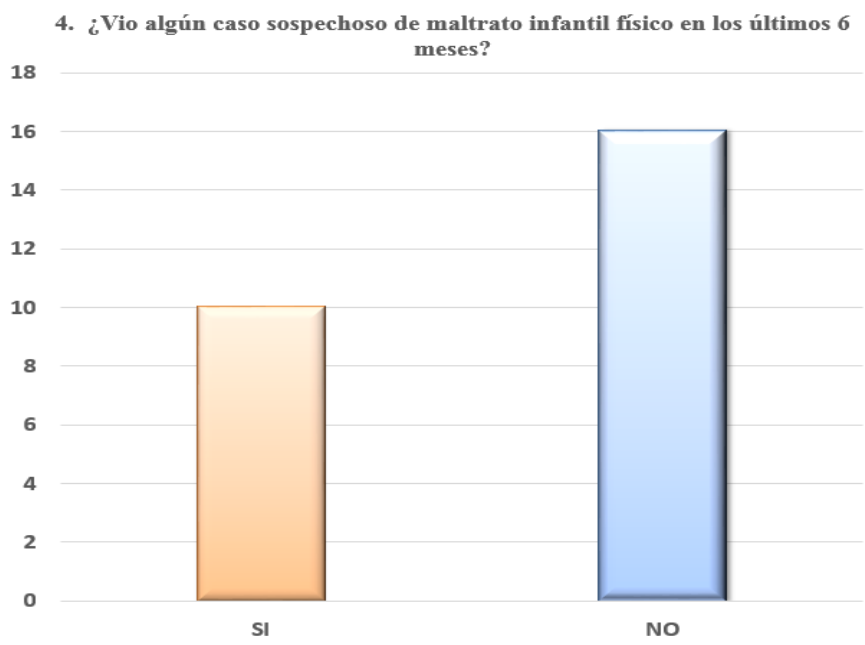


Gráfico 4. Pregunta 4: Caso sospechoso de maltrato infantil físico.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 9. Pregunta 4: Caso sospechoso de maltrato infantil físico

CUESTIONARIO: Pregunta 4	SI	NO
¿Vio algún caso sospechoso de maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?	10 (38,46%)	16 (61,54%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 4:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 38,46% manifiesta haber visto casos sospechosos de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 61,54% no.

Pregunta 5:

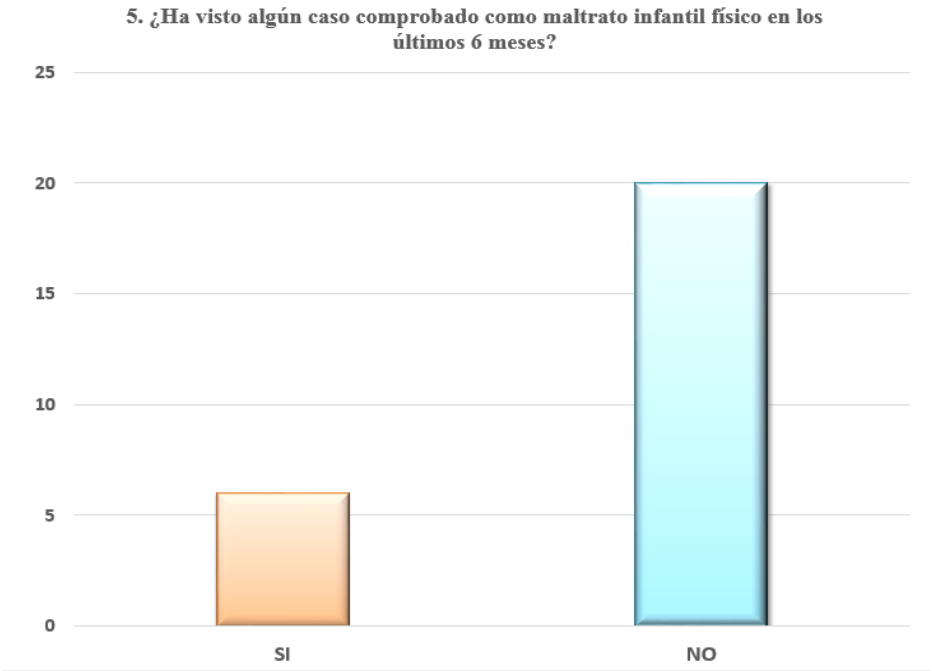


Gráfico 5. Pregunta 5: Caso comprobado de maltrato infantil físico.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 10. Pregunta 5: Caso comprobado de maltrato infantil físico

CUESTIONARIO: Pregunta 5	SI	NO
¿Ha visto algún caso comprobado como maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?	06 (23,08%)	20 (76,92%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 5:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 23,08% manifiesta haber visto casos comprobados de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 76,92% no.

Pregunta 6:

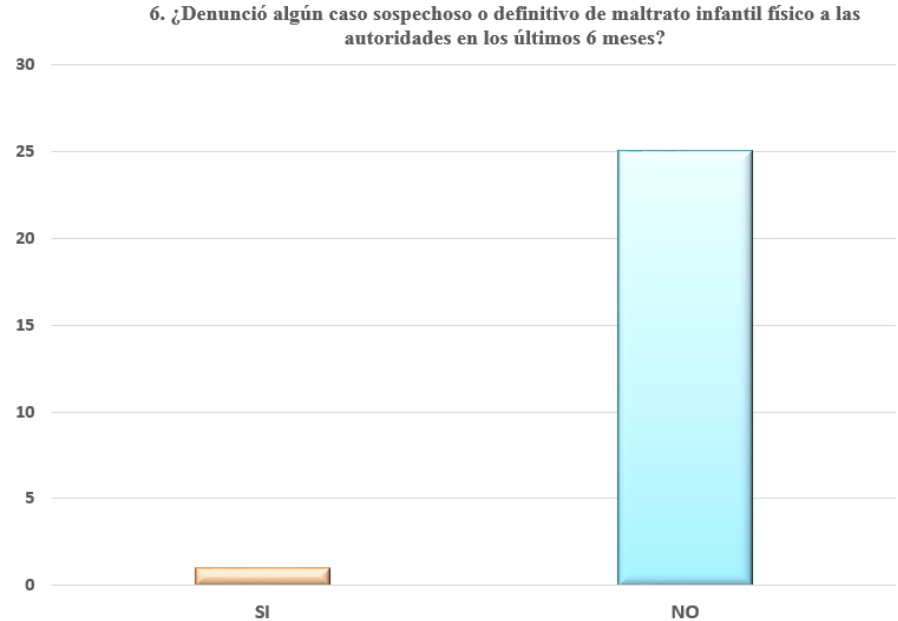


Gráfico 6. Pregunta 6: Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 11. Pregunta 6: Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades.

CUESTIONARIO: Pregunta 6	SI	NO
¿Denunció algún caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades en los últimos 6 meses?	01 (03,85%)	25 (96,15%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 6:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 03,85% manifiesta haber denunciado casos sospechosos o definitivos de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, mientras que el 96,15% no.

Pregunta 7:

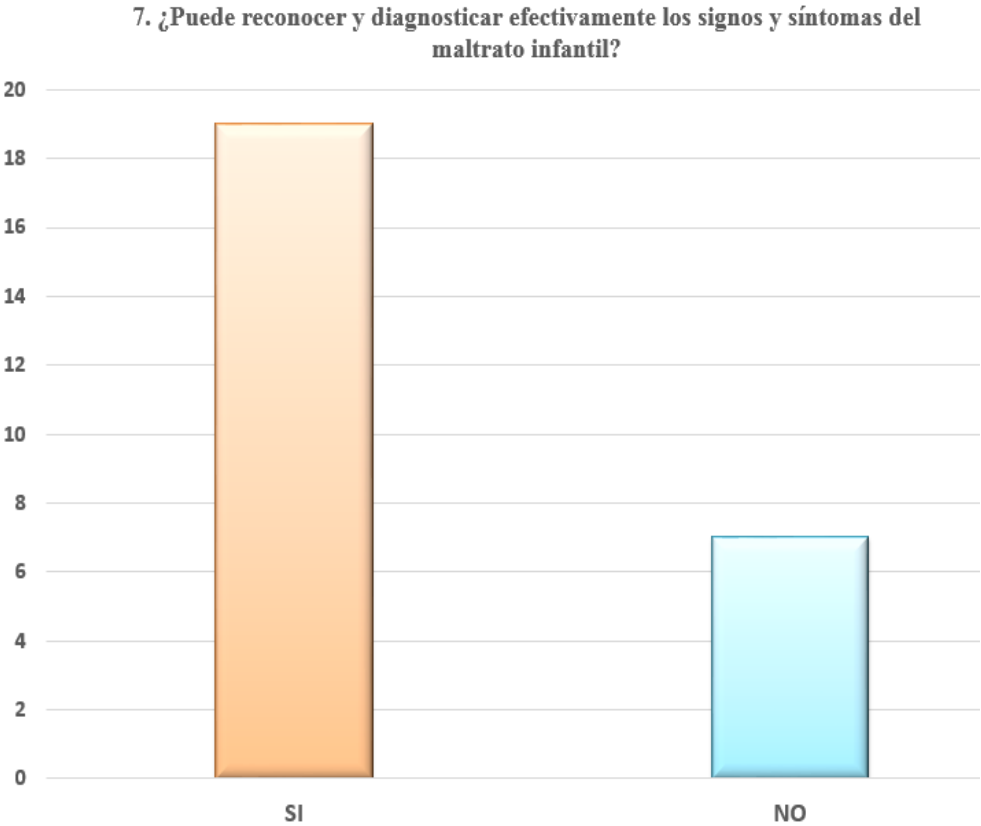


Gráfico 7. Pregunta 7: Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 12. Pregunta 7: Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 7	SI	NO
¿Puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y	19	07

síntomas del maltrato infantil?	(73,98%)	(26,02%)
---------------------------------	----------	----------

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 7:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 73,98% puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y síntomas del maltrato infantil, mientras que el 26,02% no.

Pregunta 8:

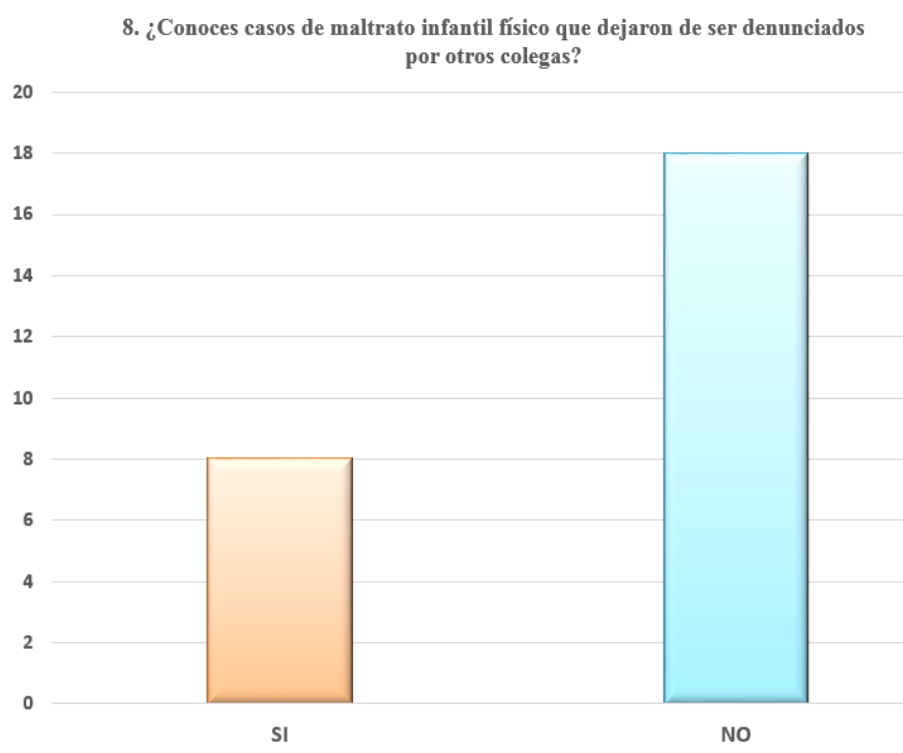


Gráfico 8. Pregunta 8: Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 13. Pregunta 8: Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas.

CUESTIONARIO: Pregunta 8	SI	NO
¿Conoce casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas?	08 (39,77%)	18 (60,23%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 8:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 39,77% conoce casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas, mientras que el 60,23% no.

Pregunta 9:

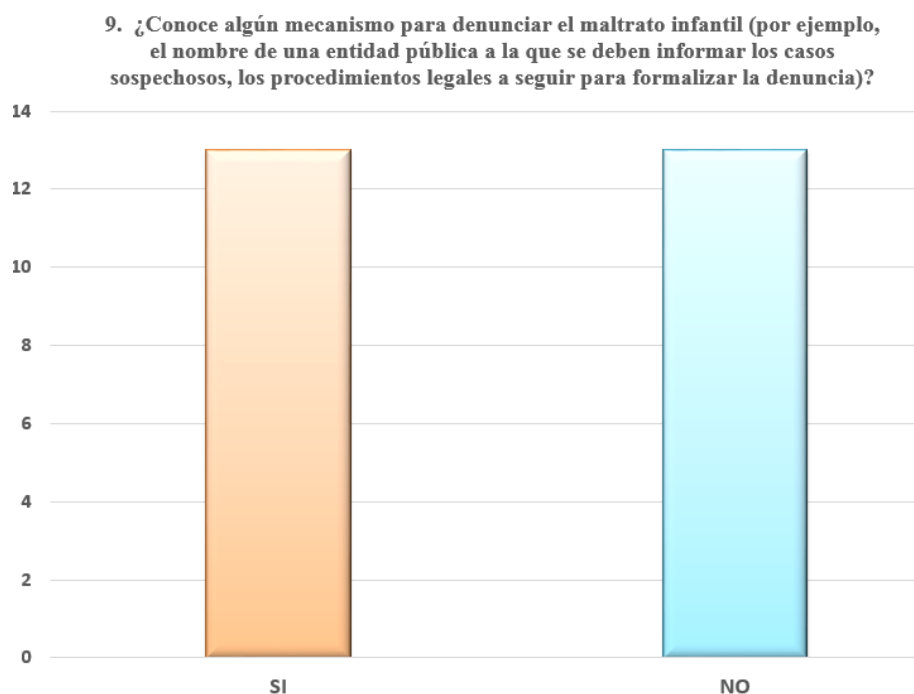


Gráfico 9. Pregunta 9: Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 14. Pregunta 9: Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 9	SI	NO
¿Conoce algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil (por ejemplo, el nombre de una entidad pública a la que se deben informar los casos sospechosos, los procedimientos legales a seguir para formalizar la denuncia)?	13 (50%)	13 (50%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 9:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 50% conoce algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil, mientras que el 50% no.

Pregunta 10:

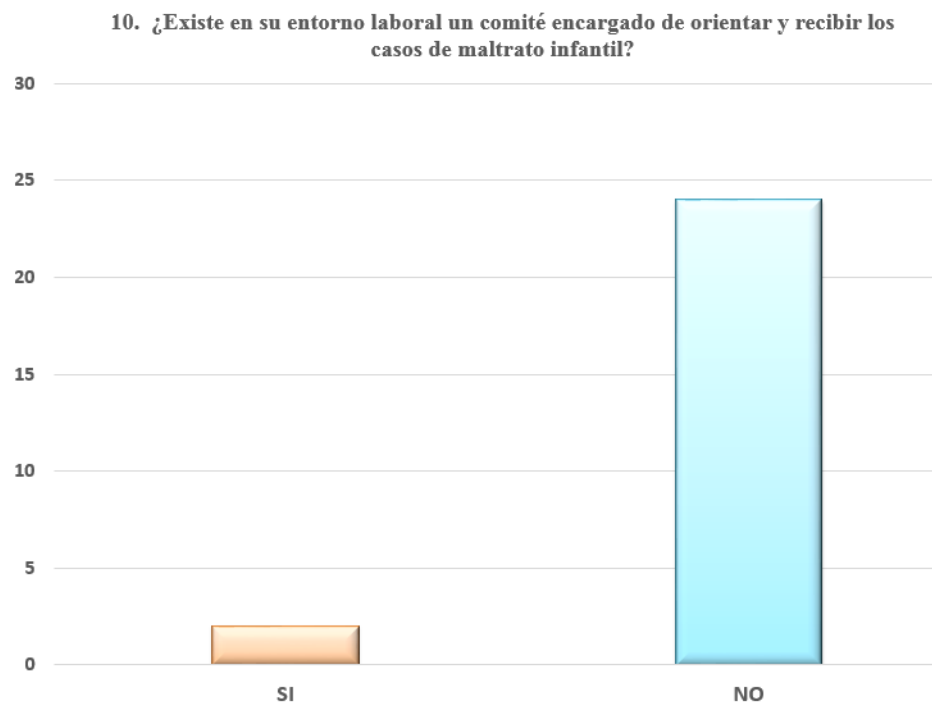


Gráfico 10. Pregunta 10: Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 15. Pregunta 10: Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 10	SI	NO
¿Existe en su entorno laboral un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil?	02 (07,69%)	24 (92,31%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 10:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 07,69% manifiestan que existe un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil, mientras que el 92,31% no.

Pregunta 11:

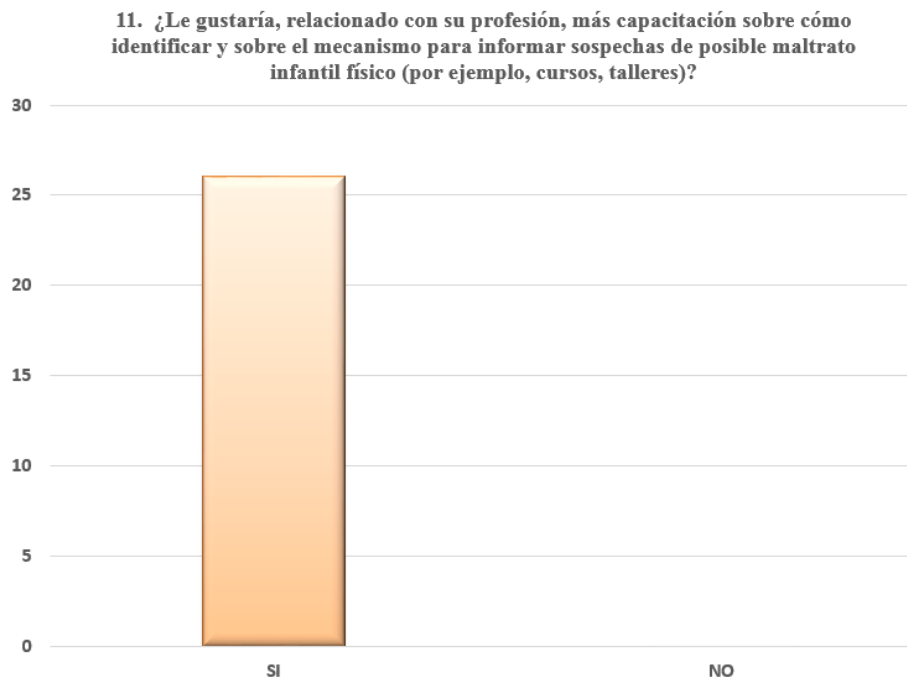


Gráfico 11. Pregunta 11: Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 16. Pregunta 11: Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 11	SI	NO
¿Le gustaría, relacionada con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo,	26 (100%)	0 (0%)

cursos, talleres)?		
--------------------	--	--

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 11:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% manifiestan que les gustaría, relacionada con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo, cursos, talleres).

Pregunta 12:

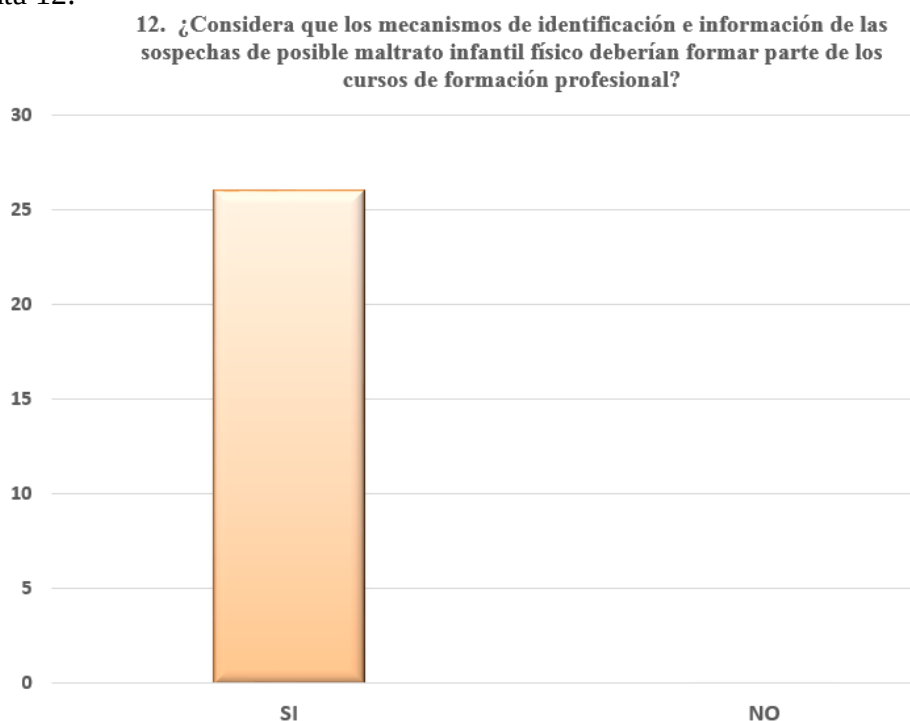


Gráfico 12. Pregunta 12: Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 17. Pregunta 12: Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.

CUESTIONARIO: Pregunta 12	SI	NO
¿Considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico, deberían formar parte de los cursos de formación	100 (100%)	0 (0%)

profesional?		
--------------	--	--

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 12:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico, deberían formar parte de los cursos de formación profesional.

Pregunta 13:

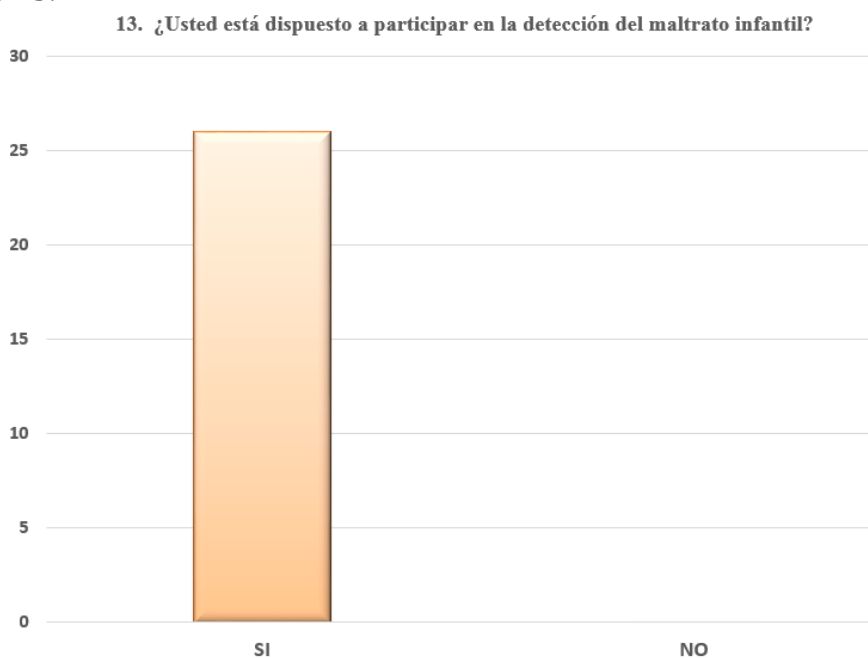


Gráfico 13. Pregunta 13: Participación en la detección del maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 18. Pregunta 13: Participación en la detección del maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 13	SI	NO
¿Usted está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil?	100 (100%)	0 (0%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 13:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil.

Análisis General:

Después de haber efectuado el análisis particular de cada pregunta efectuada a los sujetos de la muestra seleccionada, surgió la necesidad de realizar un análisis general, a través del cual se agruparon las preguntas en tres (3) grupos, a saber:

- Las relacionadas con la observación de casos de maltrato infantil, el reconocimiento de síntomas, diagnóstico y traumas orofaciales. Estas son las preguntas número 1, 3, 4, 5, 7.
- Las relacionadas con la realización de denuncias u omisiones, el proceso legal asociado a ello y la existencia de un comité para manejar el maltrato infantil. Estas son las preguntas número 2, 6, 8, 9, 10.
- Las relacionadas con la posibilidad de capacitación del Odontólogo para que pueda manejar y denunciar el maltrato infantil. Estas son las preguntas número 11, 12, 13.

En el Gráfico 14, se muestra que los Odontólogos que formaron parte del estudio manifestaron en las preguntas 1 y 7, que en más de un 74%, han podido observar, reconocer y diagnosticar signos de maltrato infantil. Sin embargo, sólo en un 42,3% (pregunta 3) han podido observar traumas orofaciales, en el 38,46% (pregunta 4) maltrato físico y en un 23,08% (pregunta 5) han logrado comprobar el maltrato infantil. Estos últimos aspectos mencionados, hacen pensar en que pudieran ser reforzados, con cursos especializados de capacitación.

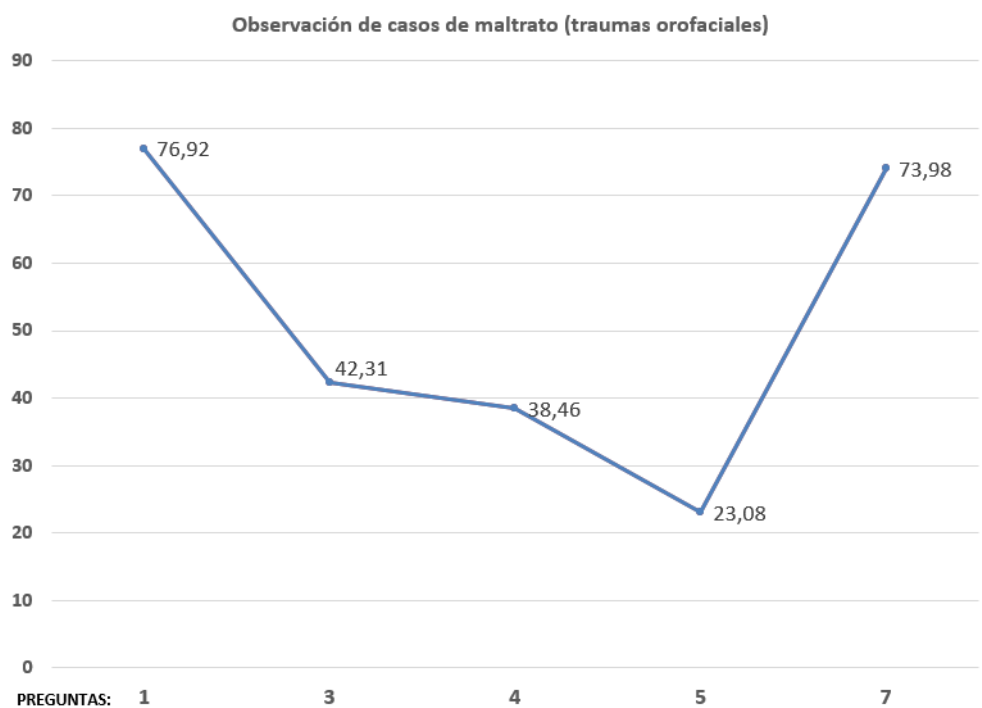


Gráfico 14. Observación de casos de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

En el Gráfico 15, se muestran que los Odontólogos que formaron parte del estudio han denunciado muy pocos casos de maltrato infantil (7,69%, pregunta 2 y 3,85%, pregunta 6). Por otra parte, indicaron que en un 39,77% (pregunta 8) han conocido casos que se han omitido, es decir, que no han sido denunciados. Es preocupante, que el 50% (pregunta 9) desconoce los procesos legales para denunciar el maltrato infantil y sólo un 7,69% (pregunta 10) tienen información sobre la existencia de un comité para manejo del maltrato infantil. Estos aspectos mencionados, también hacen pensar en que pudieran ser reforzados, con cursos especializados de capacitación.

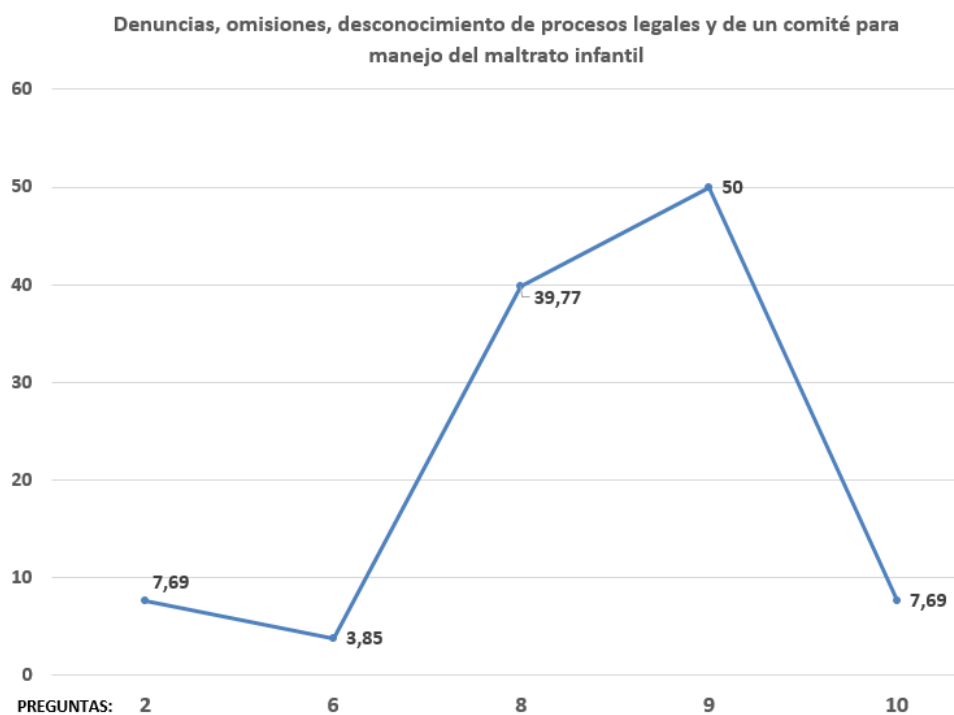


Gráfico 15. Denuncias, omisiones, desconocimientos de procesos legales y de un comité para manejo del maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

En el Gráfico 16, se muestran que los Odontólogos que formaron parte del estudio han manifestado en un 100% (preguntas 11 y 12) estar de acuerdo con participar en un curso que les ayude a identificar, manejar y denunciar casos de maltrato infantil. Igualmente, en un 100% (pregunta 13), están dispuestos a detectar y procesar casos de maltrato infantil. Todo esto refuerza la necesidad de llevar a cabo cursos especializados de capacitación en la materia.

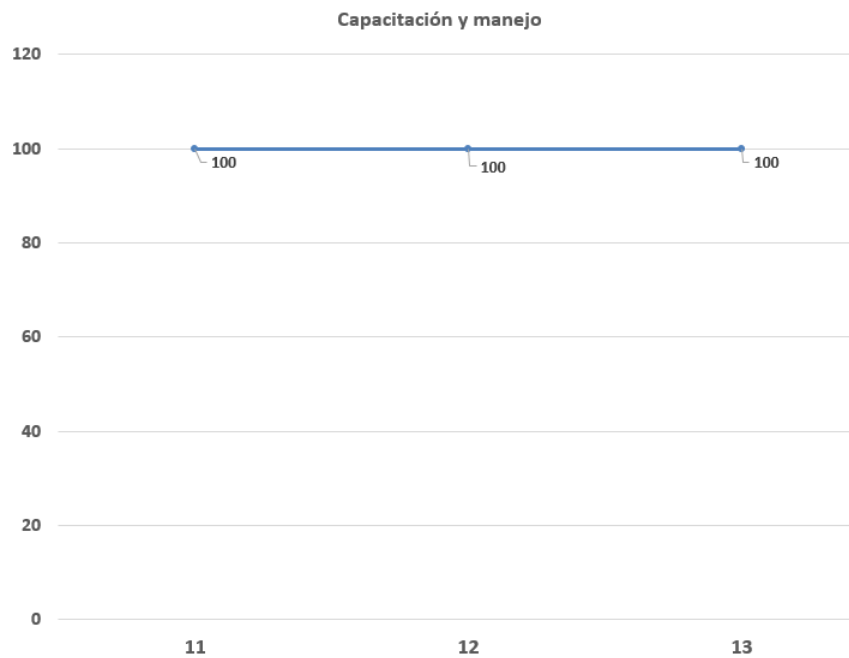


Gráfico 16. Capacitación para el manejo del maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

El Odontopediatra como parte importante de los profesionales de la salud, debe estar capacitado con técnicas y herramientas para detectar los aspectos físicos y psicológicos que reflejen la presencia de maltrato, así como para enfrentar y manejar este problema, para no solo atender las molestias bucales, sino poder mejorar la calidad de vida de los pacientes en todo lo que ha esto concierne.

Es por esto que algunos estudios hacen énfasis en la importancia del rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil, y Ramos³⁷ en su investigación afirma que los profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes, las cuales

juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal, es por esto la gran importancia de realizar una buena historia clínica y un informe de denuncia en caso de encontrarnos en la consulta Odontopediátrica en esta situación.⁸⁸

Del mismo modo Sousa en su estudio manifiesta que solo un pequeño porcentaje de casos comprobados de maltrato infantil está siendo denunciado, donde a pesar de tener una buena formación profesional y diagnósticos estos casos están dejando de reportarse a las autoridades por falta de un equipo multidisciplinario dentro de los centros de salud; lo cual coincide con esta investigación, donde no existe un equipo multidisciplinario para la detección de maltrato infantil⁴⁵. Tal como en el estudio de Cárdenas que afirma que los Odontólogos manifiestan tener los conocimientos adecuados y suficientes para detectar las lesiones orales sospechosas para un diagnóstico de maltrato infantil, pero no hay una acción decidida de pasar de la sospecha de maltrato infantil a la denuncia adecuada de la misma.⁸⁹

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez realizado el presente estudio investigativo y cumpliendo con cada procedimiento para el alcance de los objetivos planteados, se llegó a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- La presente investigación pretendió determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018. Se debe destacar que a través de los resultados que suministró esta investigación se logró determinar el rol del Odontopediatra frente los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018, como investigadora puedo señalar que fue una experiencia muy productiva y reconfortante, en la dimensión diagnóstico caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos el mayor porcentaje de los sujetos encuestados reflejan que ante la mayor concienciación que existe actualmente del problema es necesario tomar una postura activa en la detección y notificación de este tipo de actos.
- Los clínicos deben estar constantemente alerta sobre esta posibilidad. El conocimiento de determinados signos físicos, las lesiones repetidas, al igual que el comportamiento del niño consigo mismo y con los demás, son claves para establecer un diagnóstico correcto de maltrato infantil.

- Al evaluar las actitudes y practicas ejercidas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo frente al maltrato infantil se encontró apropiado, aunque la mayoría de ellos no han realizado formación específica en este tema, y más de la mitad declararon no haber realizado ningún tipo de denuncia para la protección del niño. Se concluye que es por desconocimiento de los pasos a seguir para formalizar una denuncia, ya que más de la mitad refirió no conocer en cual ente público debe realizarla, se presume también que por temor a los problemas legales que implica notificar un caso de abuso de menores, estos tampoco fueron denunciados, por lo tanto no cumplen suficientemente su rol frente a la protección del niño.

- Por lo tanto, se recomienda la formación de equipos multidisciplinarios en los centros de salud donde se atienden niños, es necesario o quizás una emergencia la formación de comités, sobre todo dentro del Postgrado, ya que es un servicio público donde son atendidos niños con grandes necesidades, y también es el sitio principal donde se debe incentivar y sensibilizar sobre el cuidado y protección de los niños. Este equipo debe estar formado por Psicólogos, Psiquiatras, Abogados, Médicos Forenses, Médicos Pediatras, Visitadores Sociales y Odontopediatras.

- Ya que el cien por ciento (100%) de los Profesores y Residentes están abiertos a la posibilidad de asistir a cursos especializados para la capacitación, se resalta la importancia de estar adecuadamente formados e instruidos sobre el abuso, y la negligencia hacia la población infantil para estos casos ; para que no sólo se reconozca los hechos sospechosos, sino también tengan claro los procedimientos si tienen un niño en su unidad odontológica que muestra signos de haber sido abusado o

abandonado. Al igual que el estudio de Thomas donde los profesionales también están dispuestos a cumplir sus responsabilidades legales y éticas para contribuir cada día a disminuir este gran problema.⁴⁴

- Esta acción debe ser inculcada y fortalecida desde las Facultades de Odontología en el proceso formación en Pregrado y Postgrado, incluyendo allí la realización de protocolos de atención al niño maltratado y conocer la reglamentación existente frente a la obligación de efectuar el reporte de sospecha ya en su calidad de Odontólogos profesionales y más aun siendo Odontopediatras.

- Con todo lo estudiado y analizado, se recomienda que la temática para las charlas que se realizan en los hospitales, escuelas y servicios públicos como parte de las prácticas profesionales durante los estudios de Pregrado y Postgrado se incluyan temas como: embarazo precoz, maltrato infantil (incluyendo negligencia), educación sexual, violencia familiar, autoestima; siendo los Odontopediatras afortunados de tener contacto tanto con el niño como con familia, pudiendo abordar a ambos, en consecuencia ayudar a la formación de ciudadanos con salud física y mental.

- Frente a este resultado es prioritario que el Odontopediatra debe capacitarse sobre las causas que originan el maltrato infantil para poder diagnosticar un paciente maltratado y conocer las vías para denunciar el caso, en los organismos correspondientes ya que tienen la obligación legal y ética de hacerlo pues si no se convierte en cómplice, ya que una posición neutral siempre ayuda al opresor y nunca a la víctima; es poco factible que el maltrato y descuido del niño sea erradicado si no hay cambios en la actitud y prioridades en la sociedad, tomando en cuenta que los

daños físicos y mentales no solo repercutirán en el futuro del niño sino en toda la sociedad.

- Siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, se considera que la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos, y así evitar que miles de niños sigan muriendo y sufriendo por esta causa.

ANEXOS



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Área de Postgrado

Programa de Especialización en Odontopediatría

INSTRUMENTO

Este cuestionario se ha elaborado para determinar el conocimiento, experiencia e información que tienen los Odontopediatras en cuanto al maltrato infantil, su opinión es muy importante ya que sus respuestas serán de gran ayuda para la investigación.

INSTRUCCIONES:

- Lea cuidadosamente cada pregunta.
- Marque con una x la alternativa que usted considere correcta y en caso de escalas colocar en el espacio su número según sea su respuesta.
- No deje ninguna pregunta sin contestar.
- Ante cualquier duda consulte con el facilitador del cuestionario.
- El cuestionario es totalmente anónimo.

CUESTIONARIO	SI	NO
1. En su experiencia profesional, ¿Alguna vez ha visto un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos?		
2. ¿Alguna vez ha denunciado un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes?		
3. ¿Vio algún caso de trauma orofacial en los últimos seis meses, que pueda relacionar con maltrato infantil?		
4. ¿Vio algún caso sospechoso de maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?		
5. ¿Has visto algún caso comprobado como maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?		
6. ¿Denunció algún caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades en los últimos 6 meses?		

7. ¿Puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y síntomas del maltrato infantil?		
8. ¿Conoces casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas?		
9. ¿Conoces algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil (por ejemplo, el nombre de una entidad pública a la que se deben informar los casos sospechosos, los procedimientos legales a seguir para formalizar la denuncia)? ¿Cuál conoce?_____		
10. ¿Existe en tu entorno laboral un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil?		
11. ¿Le gustaría, relacionado con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo, cursos, talleres)?		
12. ¿Considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico deberían formar parte de los cursos de formación profesional?		
13. ¿Usted está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil?		

REFERENCIAS

-
1. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *J Clin Pediatr Dent*. 2007; 32 (1):19-25.
 2. Casado F, Díaz J, Martínez C. Niños maltratados. Díaz de Santos 1997.
 3. Díaz H, García M. Maltrato y abandono infantil. Madrid 1995:19-27.
 4. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico legales. *Cuad Med Forense* 2010;16(1-2):53-63
 5. Al- Dabaan R. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J* 2014; 26: 79-87.
 6. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect. Geneva: WHO Press, 2006. [Acceso: 30 de junio de 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
 7. González M. Maltrato infantil. Editorial Trillas. México 2011.
 8. Bagamaspad A. Management of mandibular fascial space infection of odontogenic origin. *J Philipp Dent Assoc*. 1998;50; 1:28-33.
 9. Francisco J. Maltrato de Niños en Venezuela. *Tribuna del Investigador*. 2012. 13 (1).
Obtenible en: <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2012/1-2/art-3/>
Consultado el: 09/01/2019
 10. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review *Arch Dis Child*. 2006;91:744-52
 11. Brigitte A, Wil J, Josef J. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *Oral Health*. 2015; 15:159

-
- 12 . Harris CM, Welbury R, Cairns AM. Summary of: The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; (9).454–5.
 13. Markovic N. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater sociomed.* 2015; 27(6): 372-5.
 14. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1): 5-11.
 - 15 . Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat.* 2010; 44(4): 285-92.
 - 16 . Odontopediatria SEd. www.odontologiapediatrica.com. 2008 consultado 12 noviembre 2012; disponible en: <http://www.odontologiapediatrica.com>
 17. Granville A. Maus-Tratus infantis: Percepção e responsabilidades do cirurgião-dentista. *Rev. odontociênc.* 2008;23(1):35-9
 18. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent.* 2003; 25 (6): 541-5.
 19. Vergara K, Cárdenas S. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam* Junio 2014. Vol 7(2)
 20. Valencia N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent.* 2009; 68(2): 94-101.
 21. Arslanagic A, Markovic N, Zukanovic A, Selimovic M, Kobaslija S, Juric H. Oral Health Related to Demographic Features in Bosnian Children Aged Six. *Coll Antropol.* 2010; 34(3): 1027-33.
 22. Markovic N, Arslanagic Muratbegovic A, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A. Caries prevalence of children and adolescents in Bosnia and Herzegovina. *Act Med Acad.* 2013; 42(2): 108-16.
 23. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent.* 2003; 25 (6): 541-5.

-
24. Vergara K, Cárdenas S. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam.* 2014; 7 (2): 152-67.
25. Cukovic I, Welbury R. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *JFOS.* 2013; 31 (1): 15-21.
26. Crespo M, Andrade D, Alves A. O papel do médico dentista No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port.* 2011; 24: 939-48.
27. Santana R, Sanchez R. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México.* 1998; 40 (1): 28-36
28. Da Fonseca M, Feigal R. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at major country hospital. *Pen Dentistry* 1992; 14: 152-7
29. Pinkham J. Odontología pediátrica México: Interamericana Mc Graw Hill; 1998
30. Díaz H. Niños maltratados. Papel del Pediatra. *Anales Españoles de Pediatría.* 2000; 52:548-53.
31. Evans E, Hawton K. y Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*, 2005 29(1), 45-58.
32. Muela A, Balluerka N, Torres B. Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 2013, vol. 29, nº 1 (enero), 197-206
33. Mendoza A, Bermeo N, Carrillo E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil. Reporte de caso. *Int Odontoto stomat.* Abr 2014; 8 (1).
34. Gamboa M, Guerra M. Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de caso. *Rev de Odont latin* 2013; 3 (2).
35. NS. E. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am J DisChild.* 1979; 133:906-9
36. Cavalcanti AL. Maus-tratos Infantis-Guia de orientação para profissionais de Saúde. João Pessoa: Ed. Idéia; 2001
37. Ramos-Gómez F RDBS. Knowledge and attitudes among California dental care providers. Regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc.* 1998; 129:340-8.

-
- 38 . Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat*. 2010; 44 (4): 285-92.
39. Mouden LD. Child abuse and dentistry: what you should know. *J Mich Dent Assoc*. 1994; 76(5): 22-7.
40. Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, Giardino I, Chiaretti A. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr*. 2017; (1):72
41. Raja S, Chelsea F, Kruthoff. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module. *Journal of Dental Education* 2015
42. Alves G, Araújo A, Marques L. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting treatment of children and adolescents. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2):223-30.
43. Crespo M, Andrade D, Alves A. O papel do médico dentista No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port* 2011; 24: 939-948
44. Thomas J, Straffon L, Rohr M. Knowledge and Professional Experiences Concerning Child Abuse: An Analysis of Provider and Student Responses. *Pediatric Dentistry* – 28:5 2006
45. Sousa M, Brito A, Domingues J. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012 Jan-Feb; 26(1):5-11
46. Marengo G, Borges A. Child abuse: validation of a question naire translated in to Brazilian Portuguese. *Braz Oral Res.*, (São Paulo) 2013 Mar-Apr; 27(2):163-8
47. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis, and responses. *Br J Community Nurs*. 2004 Aug; 9(8):332-8
48. Sarli R, RIZZO P, Gonzalez S. Maltrato infantil y la consulta Odontológica. 2013; 7.(2)

-
49. Rangel A, Márquez R, Olguien A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Clin Exp Dent*. 2015;7(3):e428-34
50. Bandura A. *Modificación de la conducta*. Trilla 1973
51. Erickson E. *Infancia y sociedad*. Horme 1980
52. Pérez E, Dujovny M, Vinas F, Park H, Lizárraga S, Park T, Díaz F. CNS child abuse: epidemiology and prevention. *Neurol Res*. 2002; 24: 29-40
53. Giménez P, Pérez A, Dujovny, Díaz. Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía* 2007; 18:95-100.
54. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. *Int. J. Odonto stomat.*, 8(1):167-173, 2014.
55. Martinez A, Ochotorena J. *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca 2000
56. Domínguez T, Quintero A, Xochilt S, Hernández G, Bravo M. El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Rev mex cnsagr*. 2016; 7(1): 195-207. Recuperado en 31 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342016000100195&lng=es&tlng=e
57. Gomes T, Germano Ma, Kegler P, Kother M. Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Rev Psic*. 2014; 32(1), 139-156. Recuperado en 14 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100006&lng=es&tlng=es.
58. Gilbert R, Spatz WC, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-80
59. Loredó A, Monroy D. Maltrato infantil: características clínicas usuales. *Rev med UNAM*. 2014; 57(1)

-
60. De la Teja-Ángeles E, Escudero CA, Monter-García MA, Loredó-Abdalá A. El estomatólogo pediatra en la atención integral del niño maltratado: una nueva política de intervención. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México, DF: Editores de Textos Mexicanos; 2004. pp 248- 261
61. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan Am J Public Health*. 1999; 5:222-31.
62. Flaherty EG, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report –The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics* 2010;126(4):833-41.
63. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *Int. J. Odontomat.* ; 8(1): 167-173. 2014 Abr.
- 64 . Lee EP, Hsia SH, Huang JL, Lin JJ, Chan OW, Lin CY, Lin KL, Chang YC, Chou IJ, Lo FS, Lee J, Hsin YC, Chan PC, Hu MH, Chiu CH, Wu H. Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine (Baltimore)*.96 (23). 2017
65. Yoon SY, Choi YJ, Park SH, Hwang JH, HwangSK. Traumatic Brain Injury in Child renunder Age 24 Months: Analysis of Demographic Data, Risk Factors, and Out comes of Post-traumatic Seizure. *J Korean Neurosurg Soc*. 60(5):584-90. 2017
66. Swerdlin A, Berkowilz C. Cutaneous signs of child abuse. *J Am acad Dermatol*. 2007; 57 (3): 371-92.
67. Welburry R, Hobson R, Stephenson J. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the orofacial signs of child physical abuse (non accidental injury) by general dental practitioners. *Br Dent J*. 2001; 190: 668-70.
68. Santos DD. Intervención de la policía Vasca en el maltrato infantil. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio

Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:311-22.

69. Dias I, Silveira Ribeiro C, Magalhães T: A Construção Social do Abuso na Infância. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lidel Editora. 2010. 5-22

70. Mouesca. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Arch. argent. pediatr. 2015 [citado 2017 Sep 27; 113(6): 558-567. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.558>.

71. Magalhães T, Jardim P, Santos L, Pinto N, Dinis R, Caldas I: Indicadores Físicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lidel Editora. 2010;(29) 51-108.

72. Milling-Kinard E. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. Child Abuse Negl. 1994; 18: 645- 56.

73. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas, 1991.

74. Gough D. Defining the problem. Child Abuse Negl. 1996;20: 993-1002.

75. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil. 1992:192-200.

76. Alcaraz M, Román Y , Guerra I, La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. 2010;14 (7). 578-86.

77. Aldunate M. Maltrato infantil, situación en el Hospital de Niños Roberto del Río .Rev. Ped. Elec. 2007; 4 (2): 718-918.

78. Pereda N. Arch M. Abuso sexual infantil y síndrome de alienación parental: criterios diferenciales. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Cuad Med Forense. 2009; 15(58):279-87

79. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Elaborada por la Asamblea Nacional Constituyente. Ediciones Divulgativas. 1999

80. Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2007

81. Gancedo A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AE Pap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones. 2017; 3:535-43.

82. Arias F. El proyecto de investigación. Editorial episteme. 4ta Edición. 2004

83. Danhke G. Investigación y comunicación. En C. Fernández -Collado y G.L. Danhkw (Eds.) La comunicación Humana: ciencia social (pp.385-454) México McGraw Hill.1989

84. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación. Rev Latino-am Enferma gem. 2007; 15(3)

85. Tamayo, Tamayo M. El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A. México.1997.

86. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. 1998

87. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F.2006

88. Medrano G, Perona M. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, Como debemos actuar los odontólogos? Odontol Pediatr. 9(1):78-94. 2010

89. Cárdenas S, Martínez F, Vergara K. Conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena: 2013 [cited 2018 Feb 4]. Consultado en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2601/1/informe%20final%20MI.pdf>



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

**Autor: Od. Neorlay Desireé Rondón
C.I: 18.673.189**

Valencia, Marzo 2019



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

Trabajo adscrito en UDACYD, en línea de investigación innovación educativa en el área odontológica y la temática actualización pedagógica en el área de la Odontopediatría y la subtemática estrategia de enseñanzas y aprendizaje en el área de la Odontopediatría.

Tutor de contenido Prof. Ysabel Zamudio
C.I: 7.549.344

Autor: Od. Neorlay Desireé Rondón
C.I: 18.673.189

Valencia, Marzo, 2019



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA

ACTA DE VEREDICTO

Quienes suscribimos, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de grado titulado: ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL, presentado por: Neorlay Desireé Rondón, titular de la cédula No 18.673.189, para optar al título de Especialista en Odontopediatría, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: mérito degradado en el programa de Especialización en Odontopediatría.

Nombre y Apellido

CI.

Firma

En Valencia, a los

días del mes de

del año dos mil diecinueve.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

AUTORIZACION DEL TUTOR

Por medio de la presente, yo Ysabel Zamudio, cédula de identidad No 7.549.344, en mi carácter de TUTOR, del Trabajo de grado de la especialización en Odontopediatria, titulado ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL, realizado por la ciudadana: Neorlay Desiree Rondón, cédula de identidad N°18.673.189, y cumpliendo con los objetivos planteados en el proyecto y con los requisitos de adscripción a una línea de investigación científica, autorizo introducirlo ante la Comisión Coordinadora del programa que le sea asignado el jurado respectivo a fin de llevar a cabo su respectiva evaluación y aprobación.

En Valencia, a los días del mes de del año dos mil diecinueve.

Prof. Ysabel Zamudio
CI: 7.549.344
Tutor.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

Principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en cada momento de dificultad.

A todos los niños que han sido maltratados, y me hicieron tomar conciencia y sensibilización para aportar un granito de arena a la solución de este gran problema.

A mis pacientes que llenaron mi corazón de tanto amor, dándome energía para finalizar esta meta.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida, me guía, me fortalece y me llena de sabiduría en toda mi existencia.

A mi madre, gracias por inculcar en mi el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A la Prof. Ysabel Zamudio principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo, mi más grande y sincero agradecimiento.

A ti Nayi, por tu amor, paciencia, apoyo incondicional y buscar siempre la manera de poder ayudarme y estar conmigo en todo momento en este proceso. ¡Mil Gracias!

A todas mis amigas y amigos, por ser las personas que me apoyan cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles, hacerme sonreír y por la amistad brindada cada día, de verdad gracias, siempre las llevo en mi corazón.

Finalmente quiero agradecer aquellos ángeles terrestres y celestiales, que son mis guardianes y en todo momento están presentes en mi vida, mente y corazón.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROL DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE A LOS INDICADORES DE
MALTRATO INFANTIL.**

Trabajo adscrito en UDACYD, en línea de investigación innovación educativa en el área Odontológica y la temática actualización pedagógica en el área de la Odontopediatría y la subtemática estrategia de enseñanzas y aprendizaje en el área de la Odontopediatría

Autor: Neorlay Desireé Rondón
Tutor: Ysabel Zamudio.
Año: 2019

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad determinar el rol del Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los profesores y residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018, basada en una investigación de carácter descriptiva, no experimental. Para recabar información se realizó una encuesta tipo cuestionario para determinar los indicadores del maltrato infantil en Residentes y Profesores de Postgrado en Odontopediatría del período 2016 – 2018 cuya población y muestra estuvo conformada por 18 Residentes y 8 Profesores de Postgrado. De igual manera se estableció la validez y confiabilidad a través del panel de expertos, los cuales validaron el contenido y la metodología del instrumento para determinarlo a través del coeficiente Alfa de Crombach. Luego se procedió al análisis de datos. Los resultados de los instrumentos se presentaron en cuadros, gráficos y análisis, obteniendo como conclusión que los casos de maltrato infantil no están siendo denunciados, sin embargo los Odontopediatras están abiertos a recibir instrucciones y crear comités para contribuir a la detección y prevención del maltrato infantil.

Palabras claves: Rol del Odontopediatra – Maltrato infantil.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ÁREA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
ODONTOPEDIATRÍA**

**ROLE OF THE ODONTOPEDIATRA AGAINST INDICATORS OF CHILD
MALTREATMENT.**

Work assigned to UDACYD, in line of research educational innovation in the dental area and the thematic pedagogical update in the area of Pediatric Dentistry and the sub-strategy teaching and learning strategy in the area of Pediatric Dentistry

Author: Neorlay Desireé Rondón

Tutor: Ysabel Zamudio.

Year: 2019

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the role of the Pediatric Dentist in relation to the indicators of child abuse according to the opinion of the professors and residents of the Postgraduate Course in Pediatric Dentistry, during the period 2016-2018, based on a descriptive, non-experimental research. To collect information, a questionnaire type survey was conducted to determine the indicators of child maltreatment in residents and postgraduate professors in Pediatric Dentistry of the period 2016 - 2018, whose population and sample consisted of 18 residents and 8 postgraduate professors. In the same way, validity and reliability were established through the panel of experts, who validated the content and methodology of the instrument to determine it through the Alfa coefficient of crombach. Then we proceeded to the data analysis. The results of the instruments were presented in tables, graphs and analyzes, obtaining as a conclusion that the cases of child abuse are not being reported, however the Pediatric Dentists are open to receive instructions and create committees to contribute to the detection and prevention of child maltreatment

Keywords: Role of the pediatric dentist - Child maltreatment.

INDICE GENERAL

	Pg.
Portada	2
Segunda Portada	3
Acta de Veredicto	4
Autorización del Tutor	5
Dedicatoria	6
Agradecimiento	7
Resumen	8
Abstrat	9
Índice General	10
Índice de Tablas	12
Índice de Gráficos	13
INTRODUCCION	14
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	16
Objetivos de la Investigación	21
Justificación de la Investigación	22
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
Antecedentes	27
Bases Teóricas	32
Bases Legales y Filosóficas	59
Sistema de Variables	61
CAPITULO III. METODOLOGIA	
Tipos de Investigación	64
Diseño de la Investigación	65
Población y Muestra	66
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	66
Validez y Confiabilidad	67
Procedimiento y Análisis de Datos	68

CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	
Resultados Obtenidos	70
Análisis General	82
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	87
Recomendaciones	89
REFERENCIAS	92
ANEXOS	100
Instrumento	101

INDICE DE TABLAS

TABLA	DESCRIPCION	Pg
1	Tipos de maltrato infantil	42
2	Tipos de Maltrato infantil	42
3	Tipos de Lesiones Orofaciales	51
4	Indicadores Psicológicos de Abuso	52
5	Operacionalización de La Variable	63
6	Observación de caso sospechoso de maltrato infantil	71
7	Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil	72
8	Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil	73
9	Caso sospechoso de maltrato infantil físico	74
10	Caso comprobado de maltrato infantil físico	75
11	Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades	76
12	Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil	77
13	Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas	78
14	Mecanismos para denunciar el maltrato infantil	79
15	Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil	80
16	Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil	81
17	Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional	82
18	Participación en la detección del maltrato infantil	83

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO	DESCRIPCION	Pg
1	Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.	71
2	Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.	72
3	Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil.	73
4	Caso sospechoso de maltrato infantil físico.	74
5	Caso comprobado de maltrato infantil físico.	75
6	Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades.	76
7	Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil.	77
8	Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas.	78
9	Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.	79
10	Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.	80
11	Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.	81
12	Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.	82
13	Participación en la detección del maltrato infantil.	83
14	Observación de casos de maltrato infantil.	85
15	Denuncias, omisiones, desconocimientos de procesos legales y de un comité para manejo del maltrato infantil.	86
16	Capacitación para el manejo del maltrato infantil.	87

INTRODUCCION

Los malos tratos infligidos a un niño no solo son un acto de brutalidad aislado ejercido sobre él sino que deben considerarse todo un conjunto de condiciones, actos, negligencias, que hacen que los derechos a la vida, educación y ayuda sean restringidas. Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, sexual y emocional, por parte de personas o instituciones de las cuales depende su desarrollo.

Por lo tanto un niño en cualquiera de sus fases de desarrollo, es objeto de maltrato cuando presenta manifestaciones físicas, conductuales que son consecutivas a un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y a la omisión de sus cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento, y desarrollo. Además dicha situación, activa o pasiva, repercute negativamente en el desarrollo del futuro del menor, a la vez que pueden presentarse efectos totalmente imprevisibles, si la situación es repetida.

Puesto que la cabeza, cuello y cavidad oral son las áreas mayormente afectadas en el maltrato infantil, el Odontopediatra está en una posición clave para el diagnóstico y prevención de este problema, es por esto que esta investigación tiene como propósito determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil y está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: contiene el problema, planteamiento del problema, objetivos de la investigación y justificación del estudio.

Capítulo II: se hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas y legales.

Capítulo III: presenta la metodología de la investigación, diseño, instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Capítulo IV: muestra la presentación y análisis de los resultados.

Capítulo V: contiene las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En la literatura se describe una correlación entre el maltrato infantil y las lesiones patológicas en cabeza y cuello¹. Estudios epidemiológicos evidencian que de 50 a 77 % de las lesiones físicas de niños maltratados aparecieron en la región oro-facial (cavidad bucal, cara y cabeza). Es por esto que el Odontopediatra durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, posee una posición privilegiada para la identificación de los posibles casos de maltrato. Dicho maltrato es una causa de sufrimiento para los niños y las familias y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nerviosos e inmunitarios.

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

En este orden de ideas, se puede citar el concepto de maltrato infantil según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo define como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder^{4,5,6}

Así mismo una definición importante del síndrome fue presentada en el XIII Congreso Nacional de Pediatría, indicando que el maltrato al menor; es una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.⁷

Por tal preocupación en el tema de maltrato infantil la Dra. Lya Imber de Coronil (1914-1981), la primera pediatra y puericultora en Venezuela, distinguida profesora y luchadora por los derechos de los niños, divulgó la existencia del síndrome del niño golpeado en sus clases de pediatría y en diversos órganos de la prensa general y especializada en los años 60 y 70. El pediatra José Gessen Campos, en 1983, creó la Fundación de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA) en el Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” en Caracas. En Barquisimeto, el pediatra César Isaacura, creó una organización similar, que luego se transformó en una Defensoría (Programa de Atención de Niños y Adolescentes en Circunstancias Especialmente Difíciles

(PANACED), que ha cumplido una importante labor en esa zona del país y tiene una organización similar en San Cristóbal, estado Táchira. En Maracaibo, un valioso grupo coordinado por la Psicóloga María Elena Liebster, trabaja intensamente en el tema, con una organización ligada a la Asociación Afecto, Organización no Gubernamental (ONG), de larga y muy eficiente trayectoria en materia de maltrato, con sede en Santa Fe de Bogotá, Colombia.

La real magnitud del maltrato infantil es difícil de determinar, lo cual demuestra la escasa importancia que se otorga a dicha problemática. Además, desde el punto de vista operativo, existen discrepancias en cuanto a validar o no los casos sospechados de maltrato. Una importante referencia es el informe del Child Abuse and Neglect Data System de los Estados Unidos de Norteamérica, que constató sobre un total de 3.000.000 de niños investigados, 1.000.502 de casos confirmados en dicho país durante el año 1995. Esta cifra constituye 34% de las investigaciones acerca de maltrato infantil en ese período. Dicha casuística se desglosa en 24,5% de maltrato físico; 12,6% de abuso sexual; 52,3% de negligencia; 4,5% de abuso emocional y 14,4% de otras formas de maltrato⁸.

En nuestro país, la preocupación, en algunos sectores, ha sido creciente en las últimas décadas. Las facultades y escuelas de medicina y de otros profesionales de salud y educación han incluido, progresivamente, el tema en las actividades docentes. Igualmente, se discute y actualiza en eventos científicos de pediatras, psicólogos, psiquiatras y abogados. También participan organismos como las Sociedades Científicas de las profesiones relacionadas con el tema, la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas y la Federación Médica Venezolana, entre otras. El

Ministerio de la Salud elaboró las Normas Oficiales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva que incluyen lineamientos sobre la solución de problemas de violencia intrafamiliar e indicadores de rendimiento en esta importante área. La prensa escrita, y oral divulga frecuentemente noticias, informaciones técnicas y entrevistas sobre el tema, cumpliendo un importante papel de información y formación ciudadana⁹.

Salvo algunas cifras aportadas por el Cuerpo de Investigación de Ciencias Penales y Criminalísticas (CICPC), antes denominada Policía Técnica Judicial (PTJ), no están disponibles los datos oficiales nacionales relacionados con el maltrato de niños.

En función de lo anterior, en Brasil esfuerzos educativos se han centrado en la formación de los profesionales de la salud oral en reporte obligatorio^{15,10}. De igual manera, la Asociación Dental Holandesa desarrolló un código de reporte para los profesionales de la salud oral¹¹. Así mismo en Escocia, estudios señalan que la falta de acción está relacionada con la carencia de la certeza del diagnóstico¹², por lo tanto, es imperativa la educación al profesional en cuanto esta problemática.^{13,14,15}

Es de destacar que para el Odontopediatra el maltrato físico apenas aparece en el listado de diagnósticos diferenciales, a pesar de que los signos cutáneos son la manifestación más comunes (se presentan en más de 90%) fácilmente reconocible. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema. El profesional requiere diferenciar las lesiones propias de un maltrato de las producidas accidentalmente, tales como condiciones benignas de la piel del niño o dermatopatías específicas y candidiasis oral.^{34,35,16}

Dentro de los inconvenientes que se han identificado para el reporte de maltrato infantil está la ausencia de instrucción y entrenamiento para el Odontopediatra¹⁷. Si este es entrenado, está más seguro de sus habilidades para reconocer el abuso y más casos pueden ser reportados y diagnosticados desde la consulta dental.^{7,18,19}

Por esta razón, el Odontopediatra debe estar vigilante ante las heridas o lesiones que atenten contra los tejidos bucales, que permitan sospechar de estos casos de maltrato infantil con el fin de tomar las medidas necesarias para proteger la salud e integridad de los pacientes³⁴. Durante sus prácticas clínicas, al tener cercanía con el paciente, cuenta con una posición privilegiada para la identificación, diagnóstico y reporte de abuso infantil, además, una deficiente salud oral a menudo se asocia también al abandono de los niños^{20,21,22}, a pesar de todo lo anterior el profesional continúa dejando de reportar estos casos^{23,24} por tal motivo, estos profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes²⁵, las cuales juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal²⁶, ya que el diagnóstico es el fundamento para establecer un marco legal, que no es fácil estructurar dada la complejidad del problema.^{27,28}

El Odontopediatra al poseer los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil, estará en una inmejorable condición para asistir interdisciplinariamente a las víctimas de este trauma. Sin embargo es importante destacar que no es responsabilidad exclusiva de dicho profesional hacer el diagnóstico de un niño maltratado, sino que debe formar parte de un equipo multidisciplinario que complemente los conocimientos médicos y psiquiátricos para

hacer el diagnóstico diferencial entre las lesiones ocasionadas por maltrato con aquellas de otra índole.^{29,30}

Actualmente el problema no ha disminuido, a pesar que ya se sabe más de él, el maltrato al menor sigue siendo una práctica común en algunas familias y en instituciones privadas y públicas dedicadas al cuidado y educación de los niños³. Datos obtenidos en diferentes estudios coinciden, en señalar que los niños que han sufrido maltrato en la infancia muestran importantes problemas en la adolescencia, tales como consumo de drogas y alcohol, fracaso escolar, dificultades en la socialización, diversos problemas de conducta y un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad³¹.

Con la intención de crear mayor conciencia de esta problemática, contribuir a la prevención del maltrato infantil en nuestro país y aportar información profesional para que estos casos sean denunciados, este estudio se realizó en la Universidad de Carabobo en el área de Postgrado, con los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el periodo de los años 2016 a 2018. Por todo lo expuesto se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es el rol del Odontopediatra frente los indicadores de maltrato infantil?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las actitudes tomadas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría frente al manejo del maltrato infantil.
2. Evaluar las prácticas ejercidas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría frente a los posibles casos de maltrato infantil.
3. Determinar a través de la opinión de Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo si los casos de maltrato infantil están siendo diagnosticados, reportados y denunciados ante las autoridades competentes.

Justificación de la Investigación

El maltrato infantil es una problemática social que afecta el desenvolvimiento de los niños en cuanto a que tienen una menor confianza a sí mismos y baja autoestima lo que puede incidir en mayores dificultades de ajuste psicosocial en la edad adulta. Esto puede hacer que ellos tengan dificultades en su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Esto trae como consecuencia que hay una población especialmente propensa a presentar un ajuste social y escolar pobre, que exige atención especializada en dichas áreas del desarrollo. De tomarse las medidas adecuadas dicho problema afectara la sociedad. Es por esto que el presente estudio va aportar información en cuanto a los indicadores de maltrato, procedimientos a seguir en cuanto al diagnóstico, registro y denuncia.^{17,32}

La detección de la violencia en el medio familiar es un reto en el cual el personal sanitario juega un rol fundamental, dado lo complejo de este problema social. Los padres maltratadores suelen cambiar los médicos de sus hijos con frecuencia para evitar ser descubiertos. Sin embargo, el Odontopediatra tiene la posibilidad de verlo generalmente dos veces al año por lo cual se transforma en una pieza fundamental en el diagnóstico de maltrato⁴⁸.

Resulta oportuno destacar que estudios reportan que entre 60 y 70% de los casos, las víctimas presentan lesiones de cabeza, cara, cuello y boca³³. El Odontopediatra debe estar alerta ante posibles signos y síntomas que pueden verse en la cavidad oral; el diagnóstico comienza con una buena historia clínica, cuando se examina a un paciente con lesiones potencialmente no accidentales como son quemaduras, lesiones en mucosas, mordeduras, laceraciones, luxaciones y fracturas dentales, rotura de frenillos, eritema, petequias, fracturas radiculares, entre otros. Además el Odontopediatra obtendrá una impresión general de niño: higiene, desarrollo, estatura, vestimenta, relación con los padres, marcas inusuales en la piel, limitación de movimientos; todo esto en busca de un examen completo y sistemático.³³

Con referencia a lo anteriormente expuesto, el Odontopediatra como profesional de la salud puede detectar, inicialmente, signos y síntomas de maltrato físico por las lesiones buco-faciales que presente un niño. En ocasiones estas señales no pueden ser percibidas a causa de la falta de conocimiento sobre maltrato y abandono infantil³⁴. En el medio odontológico el maltrato infantil todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema. Por ello, el Odontopediatra tiene una función

vital en el reconocimiento de los signos mucocutáneos sospechosos de maltrato³⁵. Por lo tanto en este estudio se señalan los indicadores de maltrato y los pasos a seguir en caso de que sean detectados.

Se estima que entre un 50 y 70% de los casos de lesiones de maltrato infantil³⁶ se presentan en la cara y cavidad bucal, por consiguiente se puede decir que, los Odontopediatras tienen quizás, el privilegio de detectar estos traumas; no obstante es desperdiciado por desconocimiento que conlleva a la imposibilidad de comprender que están ante dicha entidad^{37,38,39}. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema.^{34:35}⁴⁰

Es por esto que dicha investigación beneficia a Residentes del Postgrado de Odontopediatría, Odontólogos, Odontopediatras, e Investigadores, ya que los criterios emitidos pueden considerarse como un medio de sensibilización y reflexión sobre el tema del maltrato infantil, la cual se ha expandido y mantenido a través del tiempo, principalmente porque su detección es un proceso complejo y delicado, para ello se debe estar orientado en el que hacer y cómo hacer, cuando se ve en la práctica profesional este tipo de situaciones.

Los Odontopediatras tienen la oportunidad de tratar a pacientes que han experimentado una amplia gama de eventos traumáticos, incluido el abuso y / o negligencia infantil, violencia doméstica, asalto sexual. La Asociación Dental Americana (ADA) 's Principios de Ética y el Código de Conducta Profesional destacan que los Odontólogos deben estar familiarizados con los requisitos para la presentación de informes de abuso y negligencia, así como los signos de abuso y cómo se presentan en un contexto de salud oral ⁴¹. Sin embargo varios autores

resaltan el escaso conocimiento sobre el tema como una de los principales factores que afectan a la identificación y presentación de informes de maltrato.^{42,43}

Socialmente, la salud y como parte de ésta, la salud oral en este caso del infante, es un factor directamente inherente a la sociedad, por ello, todas las acciones que se ejerzan en proteger la misma, redundará en beneficio de las personas y las comunidades. En vista de la problemática que se abordará con respecto a los pacientes que padecen de maltrato infantil, se propondrá en esta investigación descriptiva el rol del Odontopediatra en el diagnóstico, reporte y denuncia del maltrato infantil.

De las evidencias expuestas en diferentes estudios, se puede decir que el problema tiene un pronóstico desfavorable, ya que al no ser reportados estos casos, se infiere que cada día va aumentar en gran medida el maltrato infantil, puesto que familiares y personas que maltratan a los niños, no están siendo castigados. Por estas razones, esta investigación contribuye con la preparación, educación y concientización del Odontopediatra y profesionales de la salud bucal, en cuanto a este tema; para poder realizar un diagnóstico certero de maltrato infantil y cuente con la información necesaria para reportar los casos de maltrato.

Es de hacer notar que este estudio involucra el desarrollo del método científico; además de enriquecer el componente investigativo sobre la situación actual que se presenta en cuanto al maltrato infantil. Del mismo modo, servirá de aporte para la Universidad de Carabobo, para educar a sus estudiantes y profesores, en cuanto al diagnóstico y prevención del maltrato infantil. Así contribuir de forma positiva a

nuestra sociedad, aportar los conocimientos adquiridos y reportar a las autoridades la presencia de casos de maltrato infantil.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta revisión de aspecto relacionado con el problema en estudio y de la realidad contextual en la que se ubica el rol del Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil que en sus prácticas clínicas y su cercanía con el paciente le permite a identificación, diagnóstico y reporte de abuso infantil. En este sentido se hace revisión de antecedentes, aspectos legales, filosóficos y teóricos y situacionales del fenómeno. En este marco se pretende explicar la posición del Odontopediatra, su rol y la naturaleza interpersonal de este.

Antecedentes

Thomas y Cols⁴⁴ estudiaron la opinión de higienistas dentales, estudiantes de Odontología, Odontólogos, acerca del conocimiento de sus responsabilidades profesionales respecto al abuso infantil y sus experiencias con este tema. En este sentido señalan que 20% de los Odontólogos y el 9% de los Higienistas habían informado al menos 1 caso de sospecha de maltrato infantil. Mientras que el 83% de los profesionales de la Odontología sabían que tenían que reportar los casos, pero sólo el 73% de los estudiantes sabían su responsabilidad legal. Además, sólo el 28% de los profesionales y el 18% de los estudiantes sabían dónde reportar cualquier sospecha de abuso infantil. Los profesionales y estudiantes no estaban suficientemente informados acerca de sus responsabilidades legales relativas a los informes de abuso a menores y sobre todo dónde reportar este tipo de casos. Apesar

de que los profesionales tenían más conocimiento que los estudiantes sobre cómo diagnosticar sospecha de abuso infantil, en general, los encuestados no fueron informados de manera óptima sobre este asunto. Para concluir en este trabajo se señala que no todos los proveedores de cuidado dental y los estudiantes encuestados estaban dispuestos a cumplir con sus responsabilidades legales y profesionales en estas situaciones.

También Sousa y cols⁴⁵ hicieron un estudio cuyos objetivos eran de dos tipos: evaluar las actitudes y percepciones de los Odontólogos en relación con el abuso de menores e investigar las características profesionales asociadas con la identificación de abuso infantil. Enviaron un cuestionario a 276 Odontólogos de Brasil, y 187 (68%) fueron respondidos. Las características demográficas y perfiles de ellos, e información sobre sus conocimientos y actitudes en relación con el abuso de menores fueron recolectados. Se realizó un análisis descriptivo y asociaciones que fue probado por chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. De todos los Odontólogos encuestados, 123 (71,9%) informaron que proporcionan tratamiento a los niños. La mayoría de ellos creían que podían detectar casos de maltrato infantil (78,7%), pero 85,7% nunca habían sospechado que hubiera abuso. Entre los que sospecharon, el 76% no reportó los casos a las autoridades competentes. No se observaron diferencias entre los sexos, los años de la graduación, tipos de licencias, y la frecuencia con la que los niños fueron tratados. Una mayor proporción de los Odontólogos que trabajan en la universidad tenían sospechas de abuso infantil. A pesar de que los Odontólogos se consideraban capaces de identificar los casos sospechosos, reportó sólo un pequeño porcentaje esas sospechas, lo que indica una falta de conciencia de estos profesionales

en la adopción de medidas de protección para las víctimas de la agresión. Por lo tanto es necesario que los profesionales de la salud bucal reciban formación interdisciplinaria para mejorar su capacidad de cuidar y proteger a los niños.

Algo semejante ocurre con Marengo y cols⁴⁶ en su estudio validan la traducción al portugués de un cuestionario sobre el maltrato de los niños y adolescentes, desarrollado por Russell et al⁴⁷ para probar sus propiedades psicométricas para su uso en Brasil. Consistió en aplicar el cuestionario a dos grupos de estudiantes; el primer grupo estudiantes de la especialización de Odontopediatría y el otro grupo estudiantes de otras especialidades en Odontología. Dicho cuestionario estaba formado de cuatro partes, las cuales se dividen en; una primera parte identificación social y demográfica del profesional, la segunda parte experiencias previas de maltrato (incluyendo preguntas cerradas de si o no), la tercera parte se refiere a los conocimientos del profesional de la salud, diagnóstico y conducta, la cuarta parte se refiere al interés en relación con el tema. Se obtuvo como resultado que los estudiantes de la especialidad de Odontopediatría mostraba mayor interés al tema de maltrato infantil que la otras especialidades, y que independientemente del idioma lograban entender el tema, el cuestionario tenía buenas propiedades psicométricas (es decir, la fiabilidad, reproducibilidad y consistencia interna). Finalmente llegaron a la conclusión que este instrumento puede considerarse fiable para la investigación con fines o propósitos relacionados con estudios comparativos. Y también puede ayudar a resolver las dudas de la asistencia sanitaria a profesionales en relación con el maltrato infantil.

Al mismo tiempo Sarli y cols⁴⁸ analizaron el maltrato infantil y la consulta odontológica, donde se resalta la importancia de indagar en los factores de riesgo,

signos de alarma y características clínicas de un niño maltratado para dar al especialista las herramientas necesarias para poder diagnosticarlo y denunciarlo a las autoridades correspondientes con lo que se evita que miles de niños sigan muriendo al año por esta causa. Por otra parte, es necesario que todos los profesionales relacionados directa o indirectamente con la infancia y adolescencia estén no sólo sensibilizados respecto a la realidad del Maltrato Infantil, sino que también deben conocer los indicadores que pueden hacer sospechar que se está ante un caso de este tipo.

En conclusión del artículo anterior los Odontopediatras, como parte integrante del equipo de salud, deben tener en cuenta la necesidad de registrar en la Historia Clínica del niño o adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato. Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación durante la consulta odontológica. Tanto la prevención como la detección y la intervención de urgencia se deberían desarrollar en los servicios de salud y educativos, que trabajando de manera articulada tendrán que intervenir oportuna y adecuadamente para disminuir los efectos y prevenir las causas de este problema endémico. Las investigaciones realizadas sobre Maltrato Infantil han demostrado que una característica que se observa en cualquier población infantil es la reiteración del maltrato. Un 97,1% de los expedientes estudiados son de niños con abuso reiterado.

Vergara y cols¹⁹ describen los conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en estudiantes de Odontología en una universidad pública de Cartagena, Colombia, en el que participan 208 estudiantes de Odontología de Cartagena

(Colombia), seleccionados a través de un muestreo probabilístico, en el cual se diseñó y utilizó un instrumento tipo cuestionario estructurado anónimo de auto-reporte para evaluar las variables: socio-demográficas, conocimientos (relacionados con maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, indicadores de maltrato infantil y responsabilidades), actitudes, prácticas y prevalencia de posibles sospechas de casos de maltrato infantil detectados en la práctica odontológica. Los datos fueron analizados a través de distribuciones de frecuencia y proporciones. Para establecer relaciones entre la sospecha de maltrato infantil con algunas variables de interés se utilizó la prueba C2 asumiendo un límite de 0,05 para la significación. En el que resultó que las tres cuartas partes de los que manifestaron haber tenido una sospecha de maltrato no la consignaron en la historia clínica.

En relación al anterior estudio, la prevalencia de posibles casos de maltrato infantil identificados por los estudiantes de odontología fue alta; sus conocimientos y actitudes fueron adecuados. Sin embargo, existe incongruencia con las prácticas reportadas; por esto es necesario realizar entrenamientos en la temática que brinden una mayor seguridad al estudiante en el momento de identificar y reportar los posibles casos de maltrato infantil desde la práctica odontológica.

Rangel y cols⁴⁹ investigaron los aspectos más relevantes del abuso infantil y las características de lesiones en la cabeza, el cuello y las regiones orofaciales, además de la función por parte del Odontopediatra para la evaluación de esta condición, y también para informar de un caso de una niña abusada física y sexualmente de edad 5 años y 8 meses. Donde pudieron detectar durante las consultas odontológicas a través del comportamiento y lesiones de la niña que esta era abusada sexualmente y sufría

daños físicos y psicológicos. Por tanto podemos decir que la detección oportuna de los signos y síntomas de abuso sexual, que a menudo se presenta en la región orofacial, coloca al Odontopediatra en una situación estratégica, con la capacidad de reconocer, registrar y reportar más tarde aquellos casos considerados como sospechosos, con el fin de lograr la aceptación por parte del paciente, realizar como parte del plan de tratamiento un manejo psicológico, así como el tratamiento dental puesto que estos niños se presentan muy ansiosos y de difícil aceptación de procedimientos preventivos y restauradores.

Bases Teóricas

Teorías que sustentan la Investigación

Teoría Cognoscitiva Social de Albert Bandura. (1986)

Durante la primera mitad del siglo XX, la escuela de la psicología se convirtió en una fuerza predominante. Los conductistas propusieron que todo aprendizaje era el resultado de la experiencia directa con el medio ambiente a través de los procesos de asociación y refuerzo⁵⁰.

En la teoría del aprendizaje social, Albert Bandura está de acuerdo con las teorías del aprendizaje conductista del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, sin embargo, agrega dos ideas importantes:

1. Los procesos mediadores ocurren entre estímulos y respuestas.
2. El comportamiento se aprende del medio ambiente a través del proceso de aprendizaje observacional.

La teoría cognoscitiva social plantea que el aprendizaje proviene del entorno social y que ocurre de forma vicaria al observar, escuchar y/o leer, es decir que se obtiene a través del modelamiento.

Procesos de la teoría de aprendizaje social o vicario de Bandura

En la teoría de aprendizaje social, Bandura diferenció 4 procesos que se desarrollan necesariamente en el aprendizaje social:

1. Atención

Resulta totalmente imprescindible que la atención del aprendiz esté focalizada hacia el modelo que realiza la conducta. Cualquier distractor interrumpiría la tarea de aprendizaje.

2. Retención

La memoria juega un papel muy importante. La persona que está integrando un nuevo comportamiento, debe almacenarlo en su memoria para reproducirlo a continuación.

3. Reproducción

En este punto, además de la puesta en marcha de la conducta, la persona debe ser capaz de reproducir simbólicamente el comportamiento. Por ejemplo, por mucho que un niño vea a su tenista preferido jugar, no quiere decir que vaya a golpear la pelota igual que él, primero tiene que tener la capacidad motora para realizar esos movimientos. Se integrará el tipo de movimiento y la acción, pero esto requiere de repetición para realizar la conducta correctamente.

Además, debe haber una capacidad cognitiva para poder poner en marcha todos los mecanismos de recuperación simbólica. O sea, que el niño necesita obligatoriamente haber llegado a este nivel de desarrollo cognitivo.

4. Motivación

Aun teniendo las imágenes mentales de la conducta observada, hace falta querer realizarla. Podemos tener distintos motivos, por ejemplo:

- Refuerzo/castigo pasado: Se basa en el conductismo tradicional. Cuando ya hemos realizado una conducta y hemos obtenido algo bueno a cambio (un refuerzo). Esto hace que volvamos a reproducirla si buscamos conseguir el mismo refuerzo.
- Refuerzos/castigos prometidos: Expectativas de lo que se pretende conseguir. Imaginamos las consecuencias.
- Refuerzo/castigo vicario: Lo que hemos visto que consiguió el modelo del que aprendimos.

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

La Teoría del Desarrollo Psicosocial fue ideada por Erik Erikson⁵¹ a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud en las cuales subrayó los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro facetas principales:

1. Enfatizó la comprensión del 'yo' como una fuerza intensa, como una capacidad organizadora de la persona, capaz de reconciliar las fuerzas sintónicas y

distónicas, así como de resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico de cada persona.

2. Puso en relieve las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial.

3. Propuso el concepto de desarrollo de la personalidad desde la infancia a la vejez.

4. Investigó acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad.

Características de la teoría de Erikson

Erikson también propone una teoría de la competencia. Cada una de las etapas vitales da pie al desarrollo de una serie de competencias. Si en cada una de las nuevas etapas de la vida la persona ha logrado la competencia correspondiente a ese momento vital, esa persona experimentará una sensación de dominio que Erikson conceptualiza como fuerza del ego. Haber adquirido la competencia ayuda a resolver las metas que se presentarán durante la siguiente etapa vital⁵¹.

Otro de los rasgos fundamentales de la teoría de Erikson es que cada una de las etapas se ven determinadas por un conflicto que permite el desarrollo individual. Cuando la persona logra resolver cada uno de los conflictos, crece psicológicamente.

En la resolución de estos conflictos la persona halla un gran potencial para el crecimiento, pero por otra parte también podemos encontrar un gran potencial para el fracaso si no se logra superar el conflicto propio de esa etapa vital.

4. Los 8 estadios psicosociales

Vamos a resumir cada uno de los ocho estadios psicosociales descritos por Erik Erikson.

1. Confianza vs Desconfianza

Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre.

La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad... la que puede determinar la calidad de las relaciones.

2. Autonomía vs Vergüenza y Duda

Este estadio empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño.

Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza. Asimismo, los logros en esta etapa desencadenan sensación de autonomía y de sentirse como un cuerpo independiente.

3. Iniciativa vs Culpa

Este estadio viaja desde los 3 hasta los 5 años de edad.

El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y

capacidades. Los niños sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente.

En caso de que los padres reaccionen de negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que les genere sensación de culpabilidad.

4. Laboriosidad vs Inferioridad

Este estadio se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años.

Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. Por esa razón es tan importante la estimulación positiva que pueda ofrecerle la escuela, en casa o por el grupo de iguales. Éste último comienza a adquirir una relevancia trascendental para ellos.

En el caso de que esto no sea bien acogido o sus fracasos motiven las comparaciones con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás.

Historia del Maltrato Infantil

Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos; incluso diferentes culturas los promueven, como es el sacrificio a los dioses, el infanticidio de niñas (por no ser rentables), o de niños para regular el crecimiento de un pueblo, por presentar problemas de salud, deficiencias físicas, psíquicas o según sus criterios niños considerados débiles , el maltrato como forma de educación, el derecho del padre sobre los hijos y sobre la hija en el incesto¹.

La historia de occidente se inicia en Grecia, en donde era una práctica común abandonar a los niños o utilizarlos para ciertos ritos que permitían, se pensaba, aplacar la ira de los dioses, los historiadores afirman que en la antigua Atenas el padre era dueño absoluto del hijo recién nacido y solamente levantándolo del suelo era que reconocía la paternidad y por supuesto, el cuidado y el derecho del hijo; en caso contrario, el pequeño tenía que ser tirado a los basureros que rodeaban las ciudades³.

Los romanos no querían muchos hijos y el feto no tenía ningún derecho; los no deseados simplemente eran depositados en los basureros, en ocasiones, la madre a espaldas de su marido, confiaba a su hijo a uno vecinos o a unos subordinados que lo criaban en secreto, más tarde se convertía en esclavo. Con la llegada del cristianismo, parece que cambian las cosas: Constantino reduce la severidad filicida de las leyes romanas que permitían al padre tener todas las prerrogativas y derechos sobre la vida y la muerte de su descendencia³.

En la época medieval, los niños eran considerados como enanos, un adulto en miniatura: la vida de ellos era como la de los adultos. Al mismo tiempo en la época precolombina los sacrificios de niños al Dios Tláloc eran frecuentes. Siendo la sociedad mexicana una cultura militarista y siempre dispuesta a la guerra, los niños eran educados con mano férrea, con el fin de hacerlos fuertes, sufridos y diestros.

Finalmente en la época moderna es evidente que a través de la historia, el maltrato a los niños ha sido negado, lo cual probablemente se explica por el hecho que en

general produce una gran ansiedad e incredulidad y cuanto mayor ansiedad produce un fenómeno, menos capaz es el ser humano para observarlo con cuidado y objetividad. Debido a esto hasta 1860 Ambroise Tardieu describe el síndrome del niño golpeado, basándose en datos obtenidos en las autopsias. Aunque no identifica el problema como tal, hace una descripción de las lesiones de 32 niños, 19 de ellos murieron quemados o por asfixias. Por consiguiente 1871 se funda la Sociedad para la Prevención de la Crueldad Contra los Niños teniendo como sede la ciudad de Nueva York³.

Concepto de Maltrato Infantil

El síndrome de maltrato o abuso infantil, también denominado en la literatura anglosajona como "*Battered*" o "*Shaken Baby Syndrome*", se puede definir como todo daño producido en un niño a consecuencia de una agresión directa o negligencia en su cuidado¹. Aquí se incluyen los daños físicos, psicológicos y sociales, producidos en niños entre 0 y 18 años, por agresiones esporádicas o más frecuentemente reiteradas, tanto de sus progenitores como de familiares, conocidos o extraños; Dentro de esta amplia definición, se pueden distinguir 4 grupos diferentes: maltrato físico, agresión sexual, abandono o negligencia en su cuidado o atención médica y maltrato psicológico o emocional⁵². Sin embargo, existen formas características de ciertos países concretos, así tenemos prostitución infantil, mendicidad (niños de la calle), niños de la guerra o terrorismo, trabajos forzados, mutilación (sobretudo sexual en niñas), patología paterna de tipo psiquiátrico o drogadicción que afecta a los niños⁵³.

Tipos de Maltrato Infantil

La OMS, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), usada en todos los países, establece la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades. La versión N°10, está vigente desde 1992 y se utiliza, prácticamente, en todos los países del mundo con la siguiente nomenclatura: “Síndromes de maltrato” (T74) con 6 posibilidades: T74.0: Negligencia o abandono; T74.1 Abuso físico. (Niño o bebé); T74.2 Abuso sexual; T74.3 Abuso psicológico; T74.8: Otros síndromes del maltrato. Formas mixtas y T74.9 Síndrome del maltrato, no especificado”⁹.

El maltrato Infantil se sub divide en dos grandes grupos⁵⁴:

A. Pasivo:

- a.) *Abandono físico*: cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro que conviva con él. Sería el grado extremo de la negligencia con gran implantación física.
- b.) *Abandono emocional*: falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias del menor y la indiferencia al estado de ánimo del niño.
- c.) *Omisión-Negligencia*: se define como aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado y educación del niño, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales así como una falta de previsión de futuro. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas no las llevan a cabo y un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no se

satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Puede ser por motivado de forma consciente o puede producirse como una manifestación más de la ignorancia, la incultura, la pobreza y la incapacidad parenteral para proteger y criar a los hijos.

Dentro de la negligencia por parte de los cuidadores o representantes del niño podemos encontrar la Negligencia Odontológica, la cual es de suma importancia para el Odontopediatra, está es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como la falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infecciones orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor.⁵⁵

Entre los indicadores por negligencia podemos encontrar: Eritema genital del lactante, pediculosis capitis, lesiones consecutivas a exposiciones climáticas adversas, vitaminopatías y caries.

B. Activo:

a. Abuso físico: lesión corporal que el padre, cuidador o tutor cause a un niño intencionalmente.

b. Abuso sexual: explotación mediante cualquier acto sexual que va desde exposición indecente, tocamiento indebido, violación, prostitución, rapto, incesto, pornografía y comercio sexual.

c. Abuso emocional: patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima; va desde la hostilidad verbal, acoso, insulto,

menosprecio, sometimiento, dominación, abuso pedagógico (niños con excesivas obligaciones pedagógicas), evitando el desarrollo normal y vida social del niño.

d. Explotación laboral: acciones como la mendicidad, venta ambulante, etc⁵⁴.

Tabla N°1 Tipos de Maltrato Infantil ~~Error! Marcador no definido.~~

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

ACTIVO	PASIVO
Abuso Físico	Abandono Físico
Abuso Sexual	Omisión-Negligencia
Explotación Laboral	Negligencia Odontológica
Abuso Emocional	Abandono Emocional

Tabla N°2 Tipos de Maltrato infantil⁵⁶

Fuentes: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PREMAN). Sistema Nacional de Salud Pública, el maltrato infantil: un problema mundial, México, 1998.

Tipo de Maltrato	Definición	Características	Comportamiento
Físico	Es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor	Huellas de objeto agresor (plancha, lazo, cadena, cinturón, etc.) hematomas, eritema, quemaduras, fracturas, inflamación, deformación de la región ruptura visceral o envejecimiento, ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. En ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento

Sexual	Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto con el objeto de obtener excitación y/o gratificación sexual y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes dispareunia	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes, atracción homosexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, autodevaluación
Psico-Emocional	Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los menores a través de gestos o expresiones verbales que humillan o lo degradan	Retraso psicomotor, no juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes, desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal	Deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autodevaluación y bajo rendimiento escolar, retraimiento depresión, poca sociabilidad, sensación de no ser queridos, bloqueo emocional
Abandono o Negligencia	Cualquier conducta que prive al niño o niña de la supervisión o atención indispensable para su desarrollo	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Sin asistencia médica oportuna y adinamia permanentes	Retraimiento, apatía, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo

Síndrome de Munchausen

Se define como un trastorno facticio, en donde se induce la simulación o creación de una enfermedad física o psicológica a un tercero, el cual es por lo general el (la) hijo (a), quien es llevado al hospital repetidas veces. Dicha forma de maltrato físico o emocional puede acarrear graves secuelas o, incluso, la muerte del niño⁵⁷.

Es una forma específica de maltrato infantil, o para dar nombre al diagnóstico atribuido al perpetrador, quien en la mayoría de los casos es la madre. Muchos casos de este síndrome son diagnosticados tarde, por lo que hay niños que realmente fueron víctimas, pero cuya causa de óbito fue atribuida al Síndrome de la Muerte Repentina Infantil. De esta forma, se observa la evolución patológica y abusiva que caracteriza al SM, el cual, acomete a padres o responsables que provocan enfermedades imaginarias o reales en sus hijos, perjudicando su salud a través de tratamientos y cirugías innecesarias.

En relación a las características de los niños víctimas de este síndrome, por lo general son individuos con menos de dos años de edad, siendo raros los casos de niños con 6 o más años. Muchos de ellos colaboran con los padres en la creación de sus síntomas para ganar algún tipo de aceptación. Sobre los perpetradores, se estima que entre el 90% y 98% son mujeres, y que las madres constituyen el 85% del total de los abusadores. Otros perpetradores del género femenino pueden ser enfermeras o niñeras.

Expresiones Clínicas del Maltrato Infantil

Las manifestaciones clínicas que tendrán los niños víctimas de algún tipo de maltrato se pueden clasificar en 2 grupos: “visibles” e “invisibles”^{58,59}.

1. Expresiones clínicas visibles

Las expresiones visibles pueden estar presentes en casi cualquier modalidad del maltrato infantil. Habitualmente corresponden a lesiones que afectan la piel o las

mucosas, tales como: equimosis, rasguños, quemaduras, huellas de agresión en la piel con un objeto contundente como alambre, cordón, cinturón o un objeto punzocortante y mordeduras humanas. Estas lesiones suelen estar localizadas principalmente en el cráneo, cara, extremidades o en la mucosa génito-anal.

El mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un puntapié, el azote directo contra una superficie dura como la pared, el suelo o un mueble. En la mayoría de los casos, además de la expresión visible en la piel y en las mucosas, puede existir una lesión ósea en cráneo, costillas, vértebras o miembros superiores e inferiores. Por supuesto, también se puede ocasionar alguna lesión en los órganos de la cavidad craneal, la cavidad torácica, la cavidad abdominal y pélvica. En los casos de lesión ósea, la expresión habitual es la presencia de fracturas de grado y gravedad variable. De esta manera, la radiografía se convierte en la “voz del niño maltratado”.

En todos los pacientes con sospecha de abuso físico (AF), intencionadamente se deben buscar lesiones en la mucosa oral y en las piezas dentarias. Con relativa frecuencia, el daño en la cavidad oral, puede ser la expresión inicial de maltrato infantil.⁶⁰

2. Expresiones clínicas invisibles

La segunda expresión de Maltrato infantil son las alteraciones invisibles, y para ejemplificar dichas manifestaciones consideraremos 4 condiciones patológicas:

- a) Desnutrición grave.
- b) Talla baja.
- c) Sobre peso u obesidad infanto-juvenil.

d) Alteraciones emocionales.

- a) *Desnutrición grave:* Ante el caso de un menor con un cuadro grave de desnutrición, el médico debe investigar la etiología del proceso. Será muy cuidadoso y descartará organicidad que la explique, deberá estar muy atento para no considerar siempre que la pobreza o la ignorancia de la familia lo explican, sobre todo si es el único miembro de la familia que la sufre.
- b) *Talla baja:* El niño con talla baja debe ser estudiado por el médico bajo un algoritmo diagnóstico que permita excluir cualquier patología orgánica antes de establecer el diagnóstico de MI. Esta manifestación clínica puede ser la consecuencia de abuso físico, abuso psicológico o emocional (AP) o negligencia.
- c) *Sobre peso u obesidad infanto-juvenil:* Aunque en la mayoría de los casos se puede explicar por un inadecuado manejo alimentario y una vida sedentaria, cada vez es más conocido el hecho de que jóvenes obesas padecen depresión porque han sido víctimas de abuso sexual (AS). En estos casos, la existencia de este estado emocional genera que la niña o la adolescente coma de forma compulsiva, lo que ocasiona un aumento de peso. También utilizan esta estrategia para aumentar de peso y resultar poco atractivas para el agresor. En este caso, de nuevo, la acuciosidad clínica del médico es fundamental para poder precisar esta etiología.
- d) *Alteraciones emocionales:* Se deben considerar las manifestaciones cognitivas de los menores, y las alteraciones emocionales se deben

considerar en los problemas del sueño, del apetito, del control de esfínteres y del rendimiento escolar, principalmente. Su aparición es súbita, de difícil control y resolución, lo que obliga al médico a precisar su etiología y no considerar que son procesos propios de la edad.

Indicadores de Maltrato Infantil

Se define como indicadores a las manifestaciones presentes tanto en el niño como en el ámbito familiar, que se deberán analizar e integrar con el fin de determinar la posibilidad de maltrato. Estas manifestaciones se vierten hacia el exterior; y no todos los indicadores van a tener el mismo valor. Se dividen en específicos o directos e inespecíficos o indirectos.

- 1.) Específicos o Directos: Son aquellos que han dejado huella patente en el niño, de tipo físico o emocional.
- 2.) Inespecíficos o Indirectos: Derivados del comportamiento social general de la relación familiar, de la conducta infantil o familiar, de los cuidados emocionales, nutricionales y sanitarios, que son difíciles de materializar y pueden acompañar a situaciones conflictivas o estresantes, sin que su presencia equivalga a maltrato.

En tal sentido llama la atención los factores etiopatogénicos que conllevan al maltrato infantil como la edad, género, ubicación en el árbol genealógico familiar de las víctimas, siendo la mayor incidencia entre los 2 y los 7 años de edad y el punto más alto de castigo corporal ocurre entre los 3 y los 5 años⁶¹.

Así mismo, la víctima de malos tratos es con mayor frecuencia el primer hijo, bien por ser un niño no deseado, o por venir a romper el precario equilibrio económico de la pareja. En otras ocasiones, se trata de niños adoptados que "no respondieron" a las esperanzas puestas por esa pareja en este hecho. Y, por último, también son víctimas de maltrato los "niños difíciles", niños no deseados, prematuros, con bajo peso, con enfermedades crónicas o con diversidad funcional.^{4,62}

Del mismo modo, otro estudio afirma, que las características de desarrollo físico, la vulnerabilidad, edad, impedimentos físicos o psíquicos, problemas crónicos de salud, dificultades en lenguaje y aprendizaje, trastornos de conducta o de la personalidad son factores de riesgo-abuso¹².

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos⁴ ; es un comportamiento regular de omisión respecto al cuidado del niño(a), no le dan atención a las necesidades básicas a nivel físico (cuidado, alimentos, ropa , salud y vivienda) emocional (afecto , seguridad , apoyo emocional) , la educación (matrícula escolar en edad , la promoción de la asistencia regular) y médicos (vacunas , atención médica regular , atención médica urgente), odontológicos, que resulta en un daño en su salud y desarrollo físico, mental , emocional , moral o social¹².

En cuanto a la negligencia se debe establecer un límite entre aquello que ha dejado una huella, y por tanto puede medirse, y el fracaso en descubrir las necesidades infantiles. Ya que el Odontopediatra también puede adoptar una conducta negligente

ante la cotidianeidad de la situación. Por ejemplo un retraso en el crecimiento en un niño menor de tres años, donde todas las necesidades físicas y emocionales deben estar cubiertas por los padres, es un indicador de maltrato.

Así mismo, la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, cabello deslustrado, lactantes con eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.²⁷

Por otra parte se describen los indicadores de tipo conductual, como ausencias reiteradas a clase, bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración, depresión constantes o conductas auto-agresivas, ideas suicidas, docilidad excesiva, actitud evasiva o defensiva frente a los adultos, la búsqueda intensa de expresiones afectuosas, actitudes o juegos sexualizados para su edad, intrusión, ansiedad, trastornos de sueño, baja autoestima, conductas adictivas, evidencia de "inversión de papeles".⁶³

Mención especial merecen las lesiones craneoencefálicas por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el síndrome de niño maltratado (sobre todo en niños menores de 2 años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial, estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del SNC⁶⁴. Fue precisamente el hematoma subdural el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, y constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales.^{4,65}

Lo más llamativo suelen ser las lesiones cutáneas, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias son las más frecuentes manifestaciones del Síndrome del niño maltratado^{66,67}. En el caso de alopecias es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.⁴

Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Deben ser motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo y, particularmente, si presentan diferentes estadios evolutivos⁶⁸. Al mismo tiempo Bsoul²³ afirma que más de 50 % de las lesiones se producen en cabeza, cara, cavidad oral; estas múltiples lesiones se deben a su fácil accesibilidad. (En particular, para tratar de silenciar al niño).

Las lesiones orofaciales se deben, a golpes con la mano o con objetos⁷¹. En general, el resultado de la introducción de un objeto forzado en la boca para amordazar o silenciar al niño, a la fuerza de alimentación hasta abusos sexuales⁶⁹. La erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarró del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarró será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que erosiones a nivel de mejillas y orejas.⁴

Un ejemplo es, la laceración del frenillo labial y lingual, especialmente el labial; que puede ocurrir accidentalmente en un niño que está aprendiendo a gatear y cae al piso, sin embargo, un niño menor de ocho y más de 18 meses es muy sugerente de abuso (Abuso o la potencia sexual particular Forzada).⁷¹

Por lo tanto, las lesiones en lugares poco usuales al trauma o la naturaleza accidental a la edad del niño como hematomas u otras lesiones orofaciales, especialmente alrededor de los ojos, los oídos región retro-auricular, las zonas laterales de la cara y la boca, sugieren que se han producido en el contexto de abuso. También lesiones en el paladar son típicas de alimentación forzada y petequias palatinas son sugestivas de abuso sexual, especialmente si se asocia a laceraciones de los frenillos y a infecciones orales de agentes causal de las enfermedades de transmisión sexual.¹²

En resumen; se consideran signos de abuso (indicadores física y sexual) y los síntomas o cambios comportamiento (indicadores psicológicos) cuando están presentes y se sospecha que ha ocurrido una situación de abuso, o al menos la existencia de un entorno de riesgo para el niño(a), implicaría hacer profundo estudio del caso⁷⁰. Estos indicadores serán mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 3. Tipos de Lesiones Orofaciales²³

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

Localización de Lesiones	Tipo de Lesiones Orofaciales
Labios	Excoriación, Esquimosis, Laceraciones, Quemaduras, Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual

Mucosa Gingival y Yugal	Abrasiones, Laceraciones, Quemaduras, Petequias, Lesiones de Enfermedades por Transmisión Sexual
Lengua	Mordedura, Quemaduras, Patología Infecciosa por Agentes de Enfermedad de Transmisión Sexual
Frenillo Labial y Lingual	Laceraciones, Esquimosis
Paladar	Laceraciones, Quemaduras
Dientes	Luxación, Avulsión, Fractura, Intrusión, Necrosis
Huesos de la Cara y Mandíbula	Fracturas

Tabla 4. Indicadores psicológicos de abuso²³

Fuente: Rondón, Zamudio, Guerra, Orozco. 2017

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

El lugar de trabajo dental más común es la zona del maxilar anterior, debido a traumatismo directo con mano o la muñeca durante agresión, o indirectamente, por la introducción forzada de instrumentos en la cavidad oral⁷¹. En el caso de lesiones como quemaduras, aparecen tanto intraoral como perioral producto de la introducción de líquidos calientes o sustancias cáusticas.²²

Los indicadores físicos tienen lugares muy diversos y pueden ser identificados en áreas como miembros superiores e inferiores, piel, tejidos blandos, pecho, abdomen y las regiones del cerebro y el cráneoorofacial. En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax "lesiones figuradas" que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión de los dedos.⁷¹

Otro signo bien conocido dentro de la clínica, son las mordeduras. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas⁷². Pueden ser únicas o múltiples y, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en Odontología Forense.⁴

Intervención del Odontopediatra

¿Cómo identificar?

El diagnóstico de sospecha de abuso infantil es complejo y nunca debe depender únicamente de la observación de una lesión, secuela o cualquier otro tipo único, ya que la mayoría de ellos no son patognomónicos de abuso, sólo pueden ser indicadores más o menos consistente de la posibilidad de ser ante un cuadro de maltrato⁷¹. Por lo tanto, el diagnóstico siempre se basa en una serie de indicadores insertados en un contexto particular: indicadores físicos, siempre valoradas en el contexto, la historia y el resultado de la confrontación entre lo que se observa y la historia de lo informado por la víctima u otros, especialmente cuando hay la explicación es insuficiente, los cambios en la historia de cómo se produjo la lesión, discrepancia entre la aparición de lesiones y / o secuelas.

Hay, sin embargo, algunas lesiones con un alto grado de especificidad; se debe prestar especial atención a situaciones en las que se observan lesiones en lugares inapropiados por accidentes, lesiones en diferentes etapas de la evolución o el retraso en la búsqueda de atención de salud, si hay lesiones significativas⁷¹.

Durante la consulta Odontopediátrica se debe evaluar la alimentación del niño, cantidad y calidad, también descartar un tipo de enfermedad orgánica o sistémica, problemas durante el embarazo, apetito, desarrollo motor, aspecto higiénico del paciente y comportamiento tanto del paciente como de sus familiares o representantes.

En cuanto a la evaluación de la caries dental como indicador por negligencia, se debe tener presente el número de piezas dentarias afectadas y su estadio, abscesos y celulitis repetitivas, dificultad evidente para la alimentación, sin que existan indicios de que se intente corregir. Por lo tanto el alto índice de caries dental será un indicador de maltrato infantil por negligencia.

En términos de diagnóstico diferencial debe tenerse siempre presente la posibilidad de estar frente a lesiones asociadas con un defecto en particular o patología (por ejemplo, trastornos de la coagulación, la osteogénesis, trastornos convulsivos imperfectos, condiciones patológicas que debilitan los dientes como la amelogénesis o dentinogénesis imperfecta, sobremordida vertical, superior a cuatro milímetros, la incompetencia del labio, mordida abierta), a una lesión accidental, lesión postoperatoria o iatrogénica a ciertas condiciones morfológica o incluso un daño infligido a sí mismo (por ejemplo morder después del tratamiento dental bajo el efecto de la anestesia, la depresión, retraso mental).

¿Cómo comprobar?

Es primordial establecer una definición adecuada del maltrato infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema^{73,74,75}. El diagnóstico de sospecha de abuso infantil es complejo y nunca debe depender únicamente de la observación de una lesión, secuela o cualquier otro tipo único, ya que la mayoría de ellos no son patognomónicos de abuso, sólo pueden ser indicadores más o menos consistentes de la posibilidad de ser un cuadro de maltrato⁷¹.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que los padres suelen tardar en llevar al niño al médico, y es característico que las consultas se hagan sucesivamente en centros distintos para no levantar sospechas. La presencia de estos hechos en su totalidad o parcialmente hace necesario el estudio radiológico completo, exploración neurológica mediante (Tomografía Axial Computarizada) TAC, determinaciones analíticas para descartar estados carenciales, estudio psicosocial de la familia.⁴

¿Cómo registrar?

La historia clínica de un paciente es un documento médico-legal⁷⁶, especialmente cuando se enfrenta a una potencial víctima de un delito. Una vez que el Odontopediatra diagnostica una lesión de maltrato, su principal e inmediato compromiso es la defensa del niño. El profesional debe ser discreto para determinar exactamente cómo ha de proceder. Puede hacer consultas al médico pediatra para confirmar las sospechas y realizar el tratamiento y la evaluación adecuada. Aunque sea difícil, el Odontopediatra debe abordar la problemática con los padres y todo lo referido al tema. Por lo tanto, deben ser cuidadosamente documentados en el procedimiento clínico, los siguientes aspectos:

- Antecedente personales y familiares:
 - Lesiones, hospitalizaciones, enfermedades, enfermedades crónicas congénitas, enfermedades genéticas, alergias a medicamentos.
 - Historia del desarrollo de la motricidad, el lenguaje y psicosocial del niño.

- Historia del embarazo (deseado o no deseado, planeado o no; atención prenatal; inasistencia médica; complicaciones durante el embarazo y parto, depresión postparto).
- Historia de la violencia doméstica, el abuso sustancias, problemas sociales o financieros, abuso de los hermanos o los mismos padres.
- Estándar de la disciplina familiar
- Historia de la enfermedad actual :
 - La documentación detallada de las lesiones del niño, en particular, foto y formación de imágenes, debe ser realizada en presencia de enfermera o asistente dental.
 - Descripción de los síntomas presentados por el infante.
 - Registro detallado de la historia del evento reportado por cuidadores y el niño.
 - Estado y descripción emocional del niño y sus familiares o compañeros en la consulta.
 - Descripción de las actividades y estado emocional de los niños y cuidadores antes, durante y después de producida la lesión.
 - El diagnóstico de sospecha de abuso o descuido de los niños.
 - Las secuelas resultantes del abuso.

La serie fotográfica del niño, en su caso lesiones sospechosas de ser abusivo, deben incluir fotografía de la cara para identificarlo. Todas las fotografías deben tener fecha y hora, y deben ser registrados o tres imágenes de todas las lesiones, diferentes

enfoques, es decir, de largo alcance, mediana gama, estas fotos con una escala de colores (Para documentar fielmente que representa el color en las fotografías). Además de esto se recomienda realizar impresiones en silicona en caso de presentar fracturas dentarias, o marcas de mordida en la piel y durante este registro debe ser muy discreto y sensible.

¿Cómo denunciar?

Cada país cuenta con organismos específicos para recibir e investigar los informes de sospecha de abuso infantil⁷⁷. En Venezuela existen entidades como el Consejo de Protección de niños, niñas y adolescente (CPNNA), la Fiscalía de protección de niños, el Tribunal de Protección, y Ministerio Público que se rigen por la ley orgánica de protección del niño, niña y adolescente (LOPNNA), encargadas de orientar las denuncias, en casos de maltrato infantil.

Como Odontopediatra se está en la responsabilidad ética de realizar un informe de la problemática o el caso específico de maltrato que ocurre, este informe se debe entregar en el CPNNA, quien va a evaluar la gravedad del maltrato, si esto se considera grave, pasa de inmediato a la orden de la fiscalía, de lo contrario si no es tan grave esto deberá ser evaluado, al tercer informe emitido por el Odontopediatra de un mismo caso, el CPNNA está en la obligación de pasar a la fiscalía sin importar su gravedad. Y en casos de abuso sexual con el informe odontológico y forense pasa inmediatamente al ministerio público.

No obstante el Odontopediatra tiene que estar atento y no dejarse persuadir de un todo por lo que diga los representantes o niños ya que muchas veces se puede estar frente al síndrome de alienación parenteral donde uno de los progenitores quiere perjudicar al otro ya sea por un divorcio o diferencias que sostenga la pareja. El denominado (SAP) fue descrito por primera vez por Richard Gardner en 1985, sin embargo, otros autores habían recogido con anterioridad el concepto bajo otras denominaciones más o menos afines como “Síndrome de Medea”, “Síndrome de la Madre maliciosa” o “Programación Parental en el Divorcio” entre otros.⁷⁸

Bases Legales y Filosóficas

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁷⁹

Artículo 75

El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas.

Ley Orgánica Para Niños, Niñas Y Adolescentes (2007)⁸⁰

La Ley Orgánica para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (LOPNNA) establece penas o multas a todas aquellas personas que incurran en delitos a los niños, niñas y adolescentes, siendo penados en su mayoría con prisión, buscando proteger y garantizar los derechos de los menores de edad.

Artículo 1.Objeto.

Esta ley tiene por objeto garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus

derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y a familia deben brindarles desde el momento de su concepción.

Parágrafo Tercero. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar programas y medidas de protección especiales para los niños, niñas y adolescentes privados o privadas temporal o permanentemente de la familia de origen.

Artículo 15. Derecho a la vida

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 32. Derecho a la integridad personal.

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, síquica y moral.

Parágrafo Primero. Los niños, niñas y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Parágrafo Segundo. El Estado, las familias y la sociedad deben proteger a todos los niños, niñas y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal. El Estado debe garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido lesiones a su integridad personal.

Artículo 33. Derecho a ser protegidos y protegidas contra abuso y explotación sexual. ... El Estado debe garantizar programas permanentes y gratuitos de asistencia

y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual.

Artículo 254. Trato cruel o maltrato.

Quien someta a un niño, niña o adolescente bajo su autoridad, Responsabilidad de Crianza o vigilancia a trato cruel o maltrato, mediante vejación física o síquica, será penado o penada con prisión de uno a tres años, siempre que no constituya un hecho punible será sancionado o sancionada con una pena mayor. El trato cruel o maltrato puede ser físico o psicológico.

En la misma pena incurrirá el padre, madre, representante o responsable que actúe con negligencia u omisión en el ejercicio de su Responsabilidad de Crianza y ocasionen al niño, niña o adolescente perjuicios físicos o psicológicos.

Código de Deontología Odontológica

Artículo 6º:

La participación activa del personal odontológico, en actos que constituyan colaboración o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ellos o intento de cometerlos, constituyen una violación patente a la ética odontológica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables.

Sistema de Variables

De acuerdo al nivel de medición podemos definir las siguientes variables:

1. Variable X:

Rol del Odontopediatra:

1. Conocer de forma precisa los indicadores de maltrato y los factores de riesgo que puedan ser observados en la consulta Odontopediátrica.
2. Responder adecuadamente ante una situación de maltrato y orientar a la familia como debe responder hacia el menor.
3. Conocer la legislación existente sobre menores, así como su obligación de denunciar y colaborar en la protección a la infancia.
4. Establecer canales de coordinación e interconsulta con otros profesionales que le permitan realizar un diagnóstico y tratamiento integral al paciente que ha sido víctima de maltrato infantil.
5. Conocer cuáles son los procedimientos interinstitucionales: educativo, salud, sociales, terapéuticos, jurídicos y penales.
6. Desarrollar programas de prevención para el menor, la familia y la sociedad.
7. Evitar la lentitud administrativa, por falta de registros en las historias clínicas.
8. Asegurar la confidencialidad del caso.
9. Consensuar con los medios de comunicación el código deontológico para tratar los temas de maltrato.
10. Todo profesional tiene la obligación de hacer todo lo posible para evitar una situación de maltrato.

2. Variable Y:

Maltrato infantil: Según el Centro Internacional de la Infancia de París, señala al (MTI), como “la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño

de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”⁸¹

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo de la Investigación	Variables	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018.	Rol del Odontopediatra	-Diagnóstico -Reporte -Denuncia		-Años de preparación académica. -Años de experiencia laboral. -Años de experiencia en casos de Maltrato Infantil. - Conocimiento sobre los pasos a seguir para denunciar casos de Maltrato Infantil.
	Maltrato Infantil	-Indicadores. -Lesiones	-Tipos de Maltrato Infantil -Diagnóstico diferencial	-Activo o Pasivo. -Tipos de lesiones - Traumatismo dental, enfermedades sistémicas,

				accidentes.
--	--	--	--	-------------

CAPITULO III

METODOLOGIA

Enunciado el marco teórico que indica los fundamentos sobre el qué del proceso de investigación, incluida la base conceptual que lo sustenta, es importante exponer la estructura metodológica que da respuesta al cómo o conjunto de procesos, técnicas e instrumentos que conforman la metodología a seguir para generar el producto adecuado que exigen los objetivos planteados y el problema formulado.

Tipo de Investigación

La siguiente investigación es de tipo descriptiva, ya que se va a definir el Rol de Odontopediatra frente a indicadores de maltrato infantil para determinar el rol de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018 frente a los indicadores de maltrato infantil basado en sus experiencias educativas y laborales.

Arias expresa que la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento; los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere⁸².

La investigación descriptiva es aquella que busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁸³.

Diseño de Investigación

Esta investigación es de diseño no experimental, donde vamos a realizar una encuesta a Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría en los años 2016-2018 para determinar los indicadores de maltrato infantil en cuanto a su opinión basada en sus conocimientos científicos y experiencias clínicas. Posteriormente se analizará la información obtenida en base a los objetivos previamente definidos.

Diseños no experimentales no tienen determinación aleatoria, manipulación de variables o revisión de diseños de investigación grupos de comparación. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. Existen muchas razones para realizar este tipo de estudio. Primero, un número de características o variables no están sujetas, o no son receptivas a manipulación experimental. Así como, por consideraciones éticas, algunas variables no pueden o no deben ser manipuladas. En algunos casos, las variables independientes aparecen y no es posible establecer un control sobre ellas.

Los diseños no experimentales, puede ser similares a experimentos por el pos-test. Sin embargo, existe una denominación natural para la condición o grupo a ser estudiado, al contrario de la denominación aleatoria, y la intervención o condición (X) es algo que se da de forma natural, no siendo colocada de forma impositiva o manipulada. Los métodos más comunes utilizados en los diseños no experimentales, involucran investigaciones exploratorias y/o cuestionarios. Diseños no experimentales son típicamente clasificados tanto como descriptivos como de correlación⁸⁴.

Población y Muestra

La población, en esta investigación estuvo conformada por 18 Residentes y 8 Profesores del Postgrado de Odontopediatria del periodo 2016-2018. Por otra parte se atiende a la definición de muestra expresada por Tamayo⁸⁵: el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico.

Es necesario delimitar el objeto de estudio, ya que se requiere identificar la población, definida según Hernández⁸⁶ como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

Conviene aclarar el concepto de población finita expuesta por Ramírez³⁶ como aquella cuyos elementos en su totalidad son identificables por el investigador, por lo menos desde el punto de vista del conocimiento que se tiene de su cantidad total. En consideración a lo anterior es posible afirmar que la población a la que se le aplicó el instrumento es finita; por lo tanto la muestra para este trabajo fue el cien por ciento (100%) de la población. No fue necesario extraer una muestra, se llevó a cabo con toda la población (muestra censal)

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó como instrumento el cuestionario con preguntas cerradas, que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas. Pueden ser policotómicas o alternativas múltiples.

Según Arias⁸² los instrumentos de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener información. La encuesta es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. Cuando la encuesta es verbal se suele hacer uso del método de la entrevista; y cuando la encuesta es escrita se suele hacer uso del cuestionario, el cual consiste en un documento con un listado de preguntas, las cuales se les hacen a la personas a encuestar.

Esta técnica permitió seleccionar, organizar, presentar e interpretar una serie de datos relacionados en el problema abordado con el presente estudio. Al respecto Hernández señala que al momento de analizar los datos el investigador busca, en primer término describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadístico para relacionar sus variables⁸⁶.

En esta perspectiva con posterioridad al análisis estadístico de los datos se procedió a diseñar la presentación de los mismos, apoyándose en cuadros estadísticos. Debe destacarse que los gráficos estuvieron constituidos por la frecuencia y el valor de la muestra arrojado por cada ítem para una categoría determinada, y fueron diseñados para representar aquellos ítems considerados importantes.

Validez y Confiabilidad

En la presente investigación se estableció la validez a través de panel de tres expertos, los cuales validaron el contenido y la metodología para aplicar el instrumento, se estableció que existía relación entre los objetivos de la investigación, la variable en estudio, la dimensión con sus correspondientes indicadores, los expertos hicieron observaciones y recomendaciones que fueron acogidas por el investigador.

En lo referente a la confiabilidad Hernández⁸⁷ define como el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. En este sentido el criterio de confiabilidad del instrumento, se determinó, por el coeficiente de Alfa Cronbach, que de una sola administración de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno.

Procedimiento y Análisis de Datos

En la fase de análisis se procedió a describir las diversas operaciones a las que se sometieron los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos. De acuerdo con Tamayo⁸⁵, el procesamiento de los datos no es otra cosa que el registro de los datos obtenidos, mediante una técnica analítica en la cual se compruebe la hipótesis y se obtienen las conclusiones. Se trata de especificar el tratamiento que se dará a los datos, para comprobar, clasificar, codificar y establecer categorías precisas con ellos.

Los datos que se obtuvieron en esta investigación fueron presentados mediante gráficos circulares, en porcentajes y tablas de distribución de frecuencia, definida ésta última por Hernández⁸⁷ como un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías. Finalmente luego de ser procesados y tabulados los datos, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida.

Procedimientos

La investigación se desarrolló en tres fases, ajustadas a los objetivos fijados en la investigación:

Fase Inicial: Se realizó revisión documental para identificar las fuentes de información, concepciones teóricas y caracterizar el estudio de manera amplia y exhaustiva.

Fase Intermedia: Después de la revisión bibliográfica, se organizó la información de acuerdo a los objetivos, confrontando los hallazgos con los planteamientos teóricos y la experiencia clínica del Odontopediatra.

Se describieron los indicadores de maltrato infantil, los tipos de maltrato, lesiones más comunes en la consulta Odontopediátrica, y el rol del Odontopediatra.

Fase Final: En función de la información teórica recopilada, se aplicó encuesta a los Profesores y Residentes, utilizando un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Posteriormente se procedió al análisis de los resultados obtenidos en dicho instrumento.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, luego de la aplicación del instrumento diseñado para recoger las opiniones de los sujetos considerados en la muestra. Por lo tanto, se sigue el orden de las preguntas estipuladas en el mismo.

Pregunta 1:

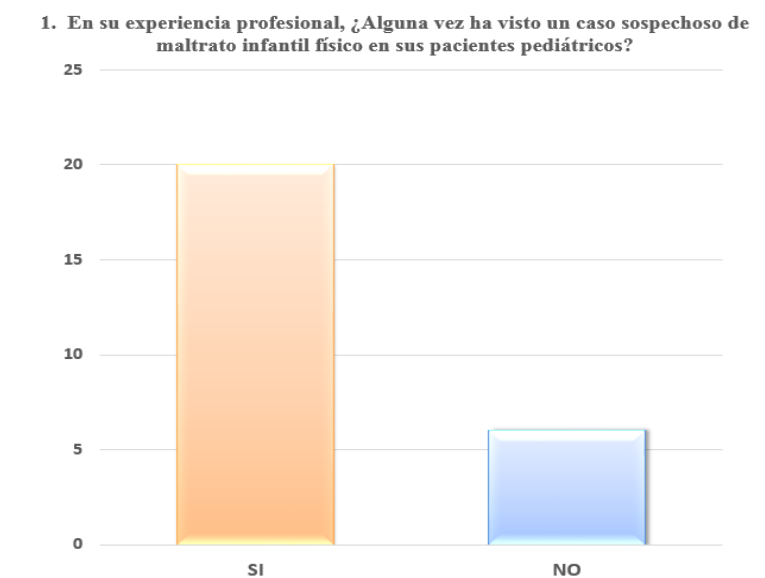


Gráfico 1. Pregunta 1: Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 6. Pregunta 1: Observación de caso sospechoso de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 1	SI	NO
En su experiencia profesional ¿Alguna vez ha visto un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos?	20 (76,92%)	06 (23,08%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 1: De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 76,92% manifiesta haber visto alguna vez un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 23,08% no.

Pregunta 2:



Gráfico 2. Pregunta 2: Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 7. Pregunta 2: Denuncia de caso sospechoso de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 2	SI	NO
¿Alguna vez ha denunciado un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes?	02 (07,69%)	24 (92,31%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 2:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 07,69% manifiesta haber denunciado alguna vez un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 92,31% no.

Pregunta 3:

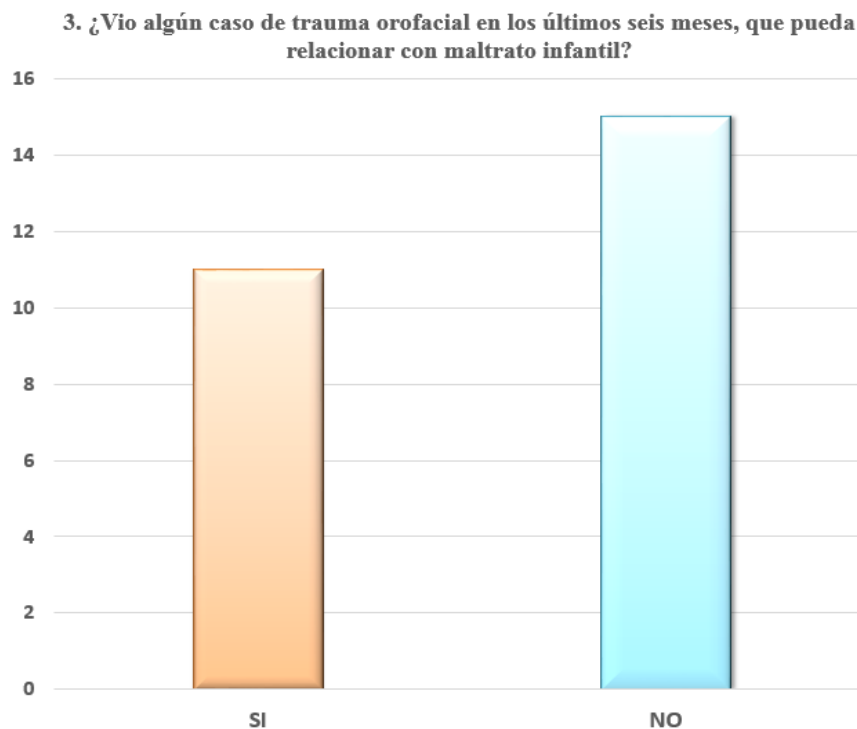


Gráfico 3. Pregunta 3: Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 8. Pregunta 3: Trauma orofacial relacionado con maltrato infantil..

CUESTIONARIO: Pregunta 3	SI	NO
¿Vio algún caso de trauma orofacial en los últimos seis meses, que pueda relacionar con maltrato infantil?	11 (42,31%)	15 (57,69%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 3:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 42,31% manifiesta haber visto traumas orofaciales en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 57,69% no.

Pregunta 4:

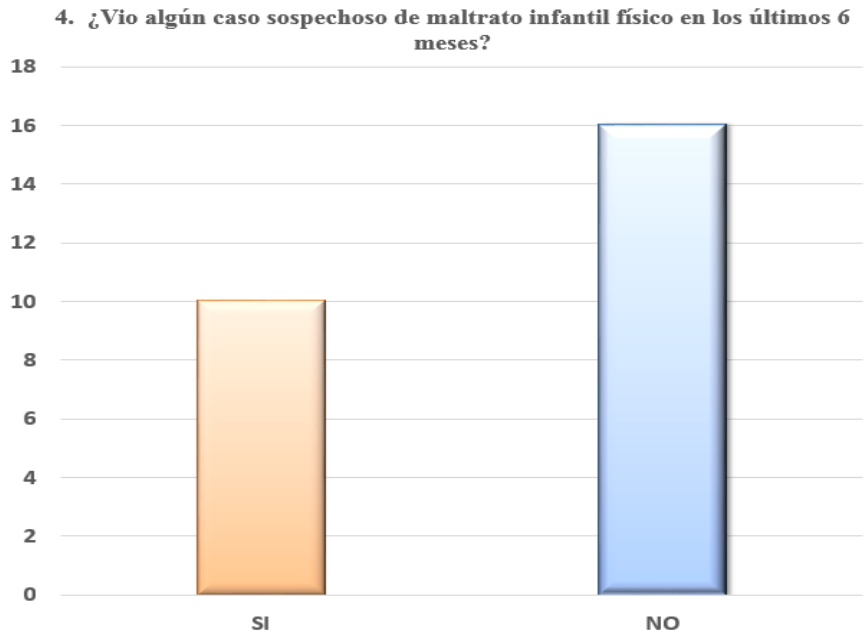


Gráfico 4. Pregunta 4: Caso sospechoso de maltrato infantil físico.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 9. Pregunta 4: Caso sospechoso de maltrato infantil físico

CUESTIONARIO: Pregunta 4	SI	NO
¿Vio algún caso sospechoso de maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?	10 (38,46%)	16 (61,54%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 4:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 38,46% manifiesta haber visto casos sospechosos de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 61,54% no.

Pregunta 5:

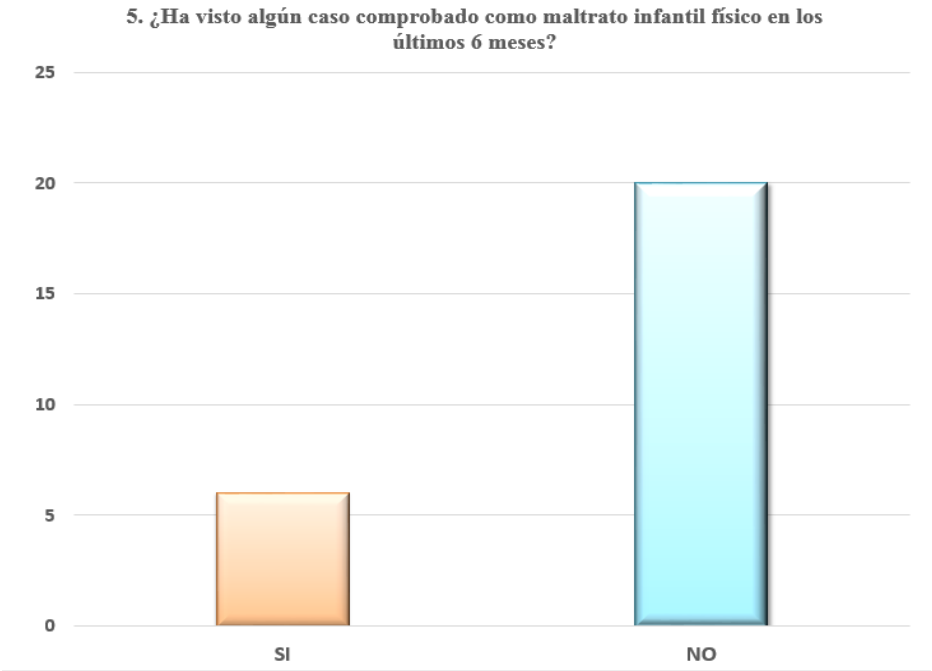


Gráfico 5. Pregunta 5: Caso comprobado de maltrato infantil físico.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 10. Pregunta 5: Caso comprobado de maltrato infantil físico

CUESTIONARIO: Pregunta 5	SI	NO
¿Ha visto algún caso comprobado como maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?	06 (23,08%)	20 (76,92%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 5:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 23,08% manifiesta haber visto casos comprobados de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, que se pueda relacionar con maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos, mientras que el 76,92% no.

Pregunta 6:

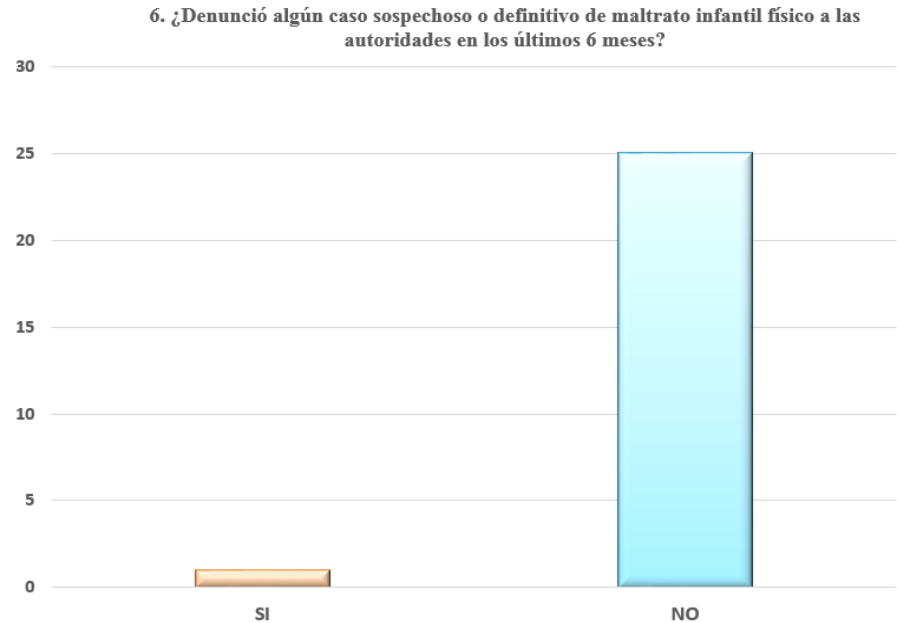


Gráfico 6. Pregunta 6: Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 11. Pregunta 6: Denuncia de caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades.

CUESTIONARIO: Pregunta 6	SI	NO
¿Denunció algún caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades en los últimos 6 meses?	01 (03,85%)	25 (96,15%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 6:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, sólo el 03,85% manifiesta haber denunciado casos sospechosos o definitivos de maltrato infantil físico en los últimos seis meses, mientras que el 96,15% no.

Pregunta 7:

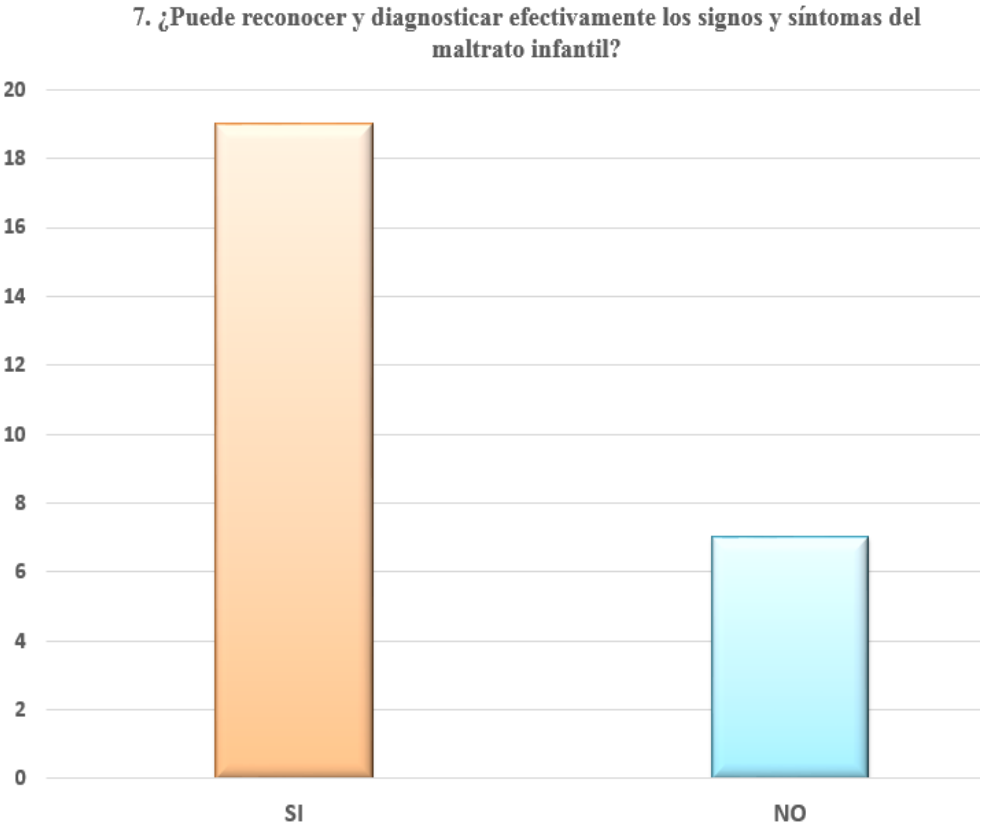


Gráfico 7. Pregunta 7: Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 12. Pregunta 7: Reconocimiento y diagnóstico efectivo de los signos y síntomas del maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 7	SI	NO
¿Puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y	19	07

síntomas del maltrato infantil?	(73,98%)	(26,02%)
---------------------------------	----------	----------

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 7:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 73,98% puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y síntomas del maltrato infantil, mientras que el 26,02% no.

Pregunta 8:

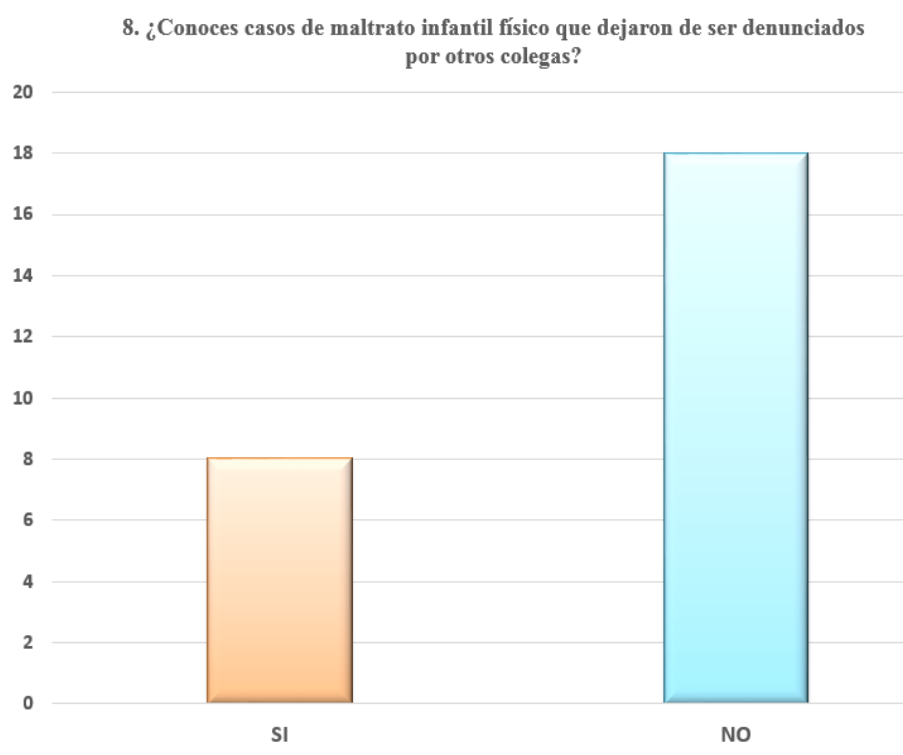


Gráfico 8. Pregunta 8: Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas. Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 13. Pregunta 8: Casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas.

CUESTIONARIO: Pregunta 8	SI	NO
¿Conoce casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas?	08 (39,77%)	18 (60,23%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 8:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 39,77% conoce casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas, mientras que el 60,23% no.

Pregunta 9:

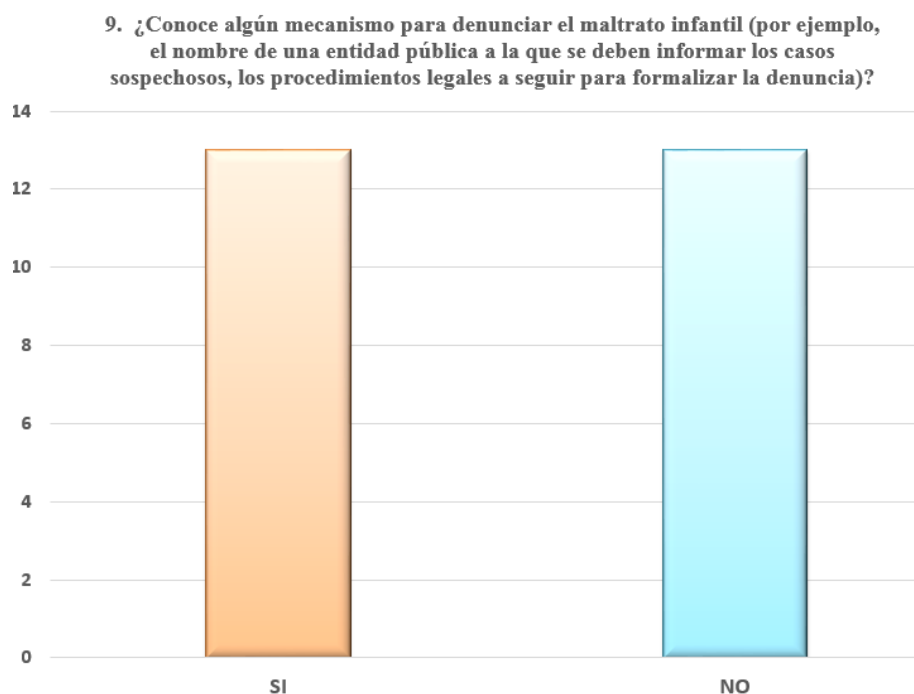


Gráfico 9. Pregunta 9: Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 14. Pregunta 9: Mecanismos para denunciar el maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 9	SI	NO
¿Conoce algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil (por ejemplo, el nombre de una entidad pública a la que se deben informar los casos sospechosos, los procedimientos legales a seguir para formalizar la denuncia)?	13 (50%)	13 (50%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis del Gráfico 9:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 50% conoce algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil, mientras que el 50% no.

Pregunta 10:

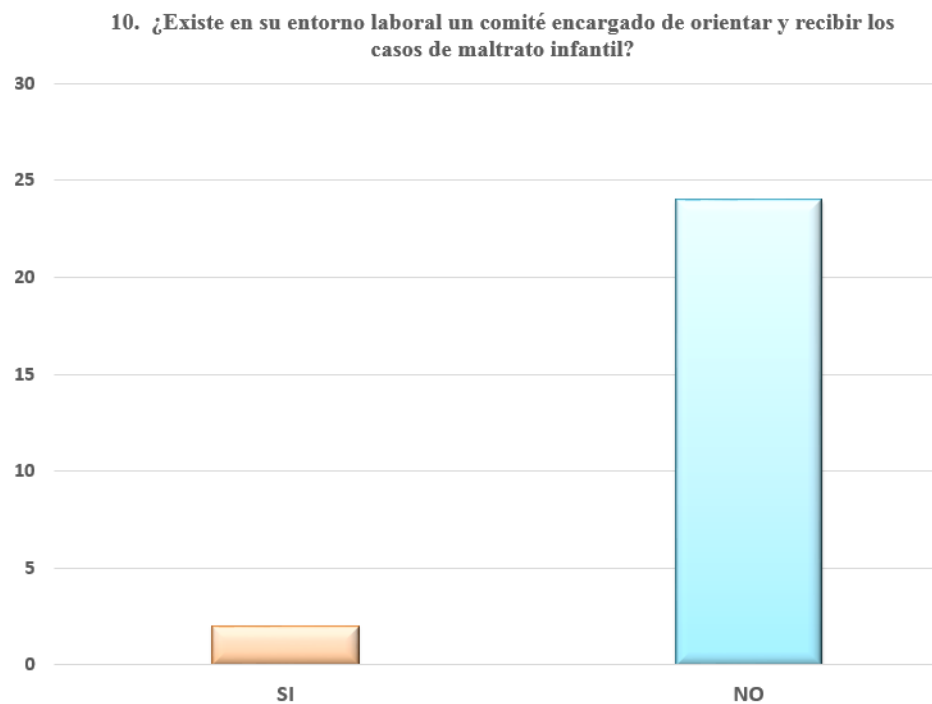


Gráfico 10. Pregunta 10: Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 15. Pregunta 10: Comité para orientar y recibir casos de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 10	SI	NO
¿Existe en su entorno laboral un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil?	02 (07,69%)	24 (92,31%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 10:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 07,69% manifiestan que existe un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil, mientras que el 92,31% no.

Pregunta 11:

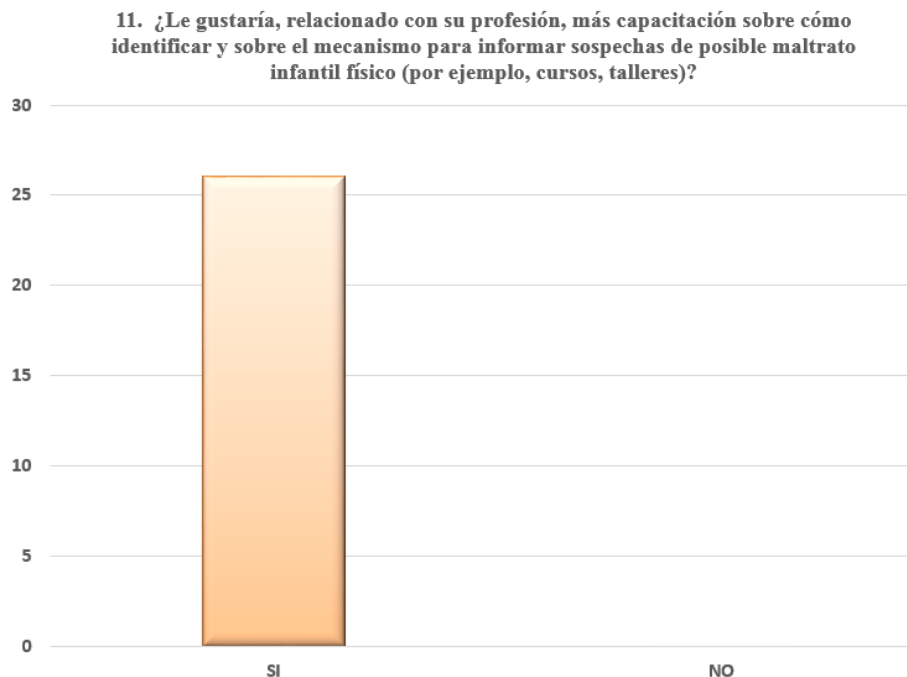


Gráfico 11. Pregunta 11: Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 16. Pregunta 11: Capacitación para identificar y mecanismos para informar sospechas de posibles casos de maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 11	SI	NO
¿Le gustaría, relacionada con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo,	26 (100%)	0 (0%)

cursos, talleres)?		
--------------------	--	--

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 11:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% manifiestan que les gustaría, relacionada con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo, cursos, talleres).

Pregunta 12:

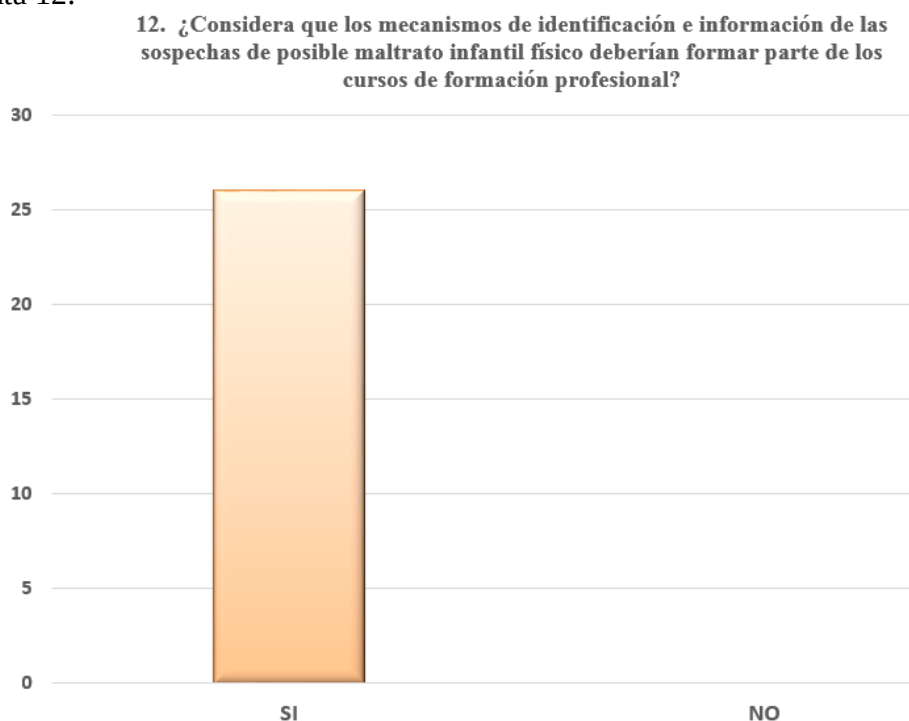


Gráfico 12. Pregunta 12: Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 17. Pregunta 12: Mecanismos de identificación e información de sospechas de maltrato infantil como parte de los cursos de formación profesional.

CUESTIONARIO: Pregunta 12	SI	NO
¿Considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico, deberían formar parte de los cursos de formación	100 (100%)	0 (0%)

profesional?		
--------------	--	--

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 12:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico, deberían formar parte de los cursos de formación profesional.

Pregunta 13:

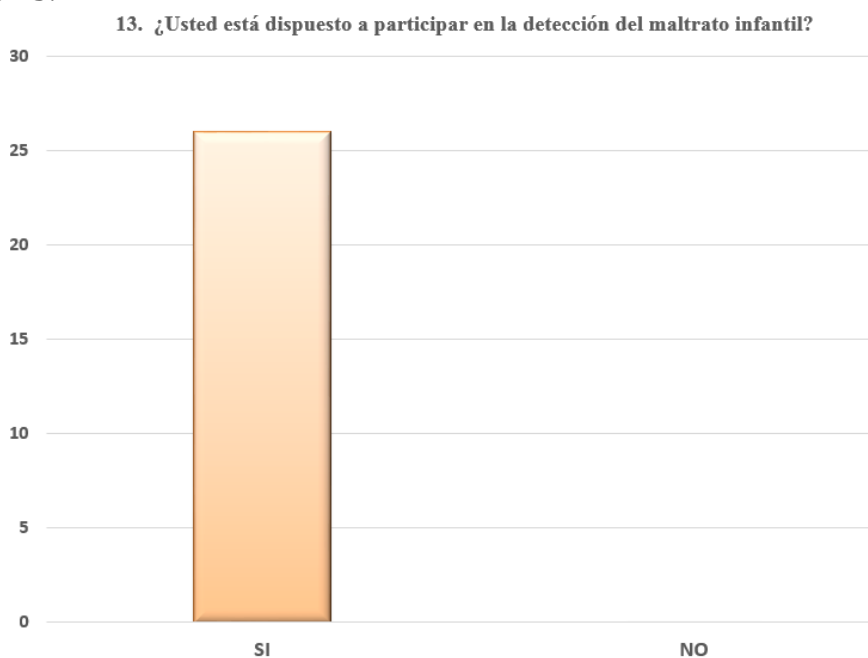


Gráfico 13. Pregunta 13: Participación en la detección del maltrato infantil.

Fuente: Rondón, 2018.

Tabla 18. Pregunta 13: Participación en la detección del maltrato infantil.

CUESTIONARIO: Pregunta 13	SI	NO
¿Usted está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil?	100 (100%)	0 (0%)

Fuente: Rondón, 2018.

Análisis de la Gráfico 13:

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los sujetos de la muestra seleccionada, el 100% está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil.

Análisis General:

Después de haber efectuado el análisis particular de cada pregunta efectuada a los sujetos de la muestra seleccionada, surgió la necesidad de realizar un análisis general, a través del cual se agruparon las preguntas en tres (3) grupos, a saber:

- Las relacionadas con la observación de casos de maltrato infantil, el reconocimiento de síntomas, diagnóstico y traumas orofaciales. Estas son las preguntas número 1, 3, 4, 5, 7.
- Las relacionadas con la realización de denuncias u omisiones, el proceso legal asociado a ello y la existencia de un comité para manejar el maltrato infantil. Estas son las preguntas número 2, 6, 8, 9, 10.
- Las relacionadas con la posibilidad de capacitación del Odontólogo para que pueda manejar y denunciar el maltrato infantil. Estas son las preguntas número 11, 12, 13.

En el Gráfico 14, se muestra que los Odontólogos que formaron parte del estudio manifestaron en las preguntas 1 y 7, que en más de un 74%, han podido observar, reconocer y diagnosticar signos de maltrato infantil. Sin embargo, sólo en un 42,3% (pregunta 3) han podido observar traumas orofaciales, en el 38,46% (pregunta 4) maltrato físico y en un 23,08% (pregunta 5) han logrado comprobar el maltrato infantil. Estos últimos aspectos mencionados, hacen pensar en que pudieran ser reforzados, con cursos especializados de capacitación.

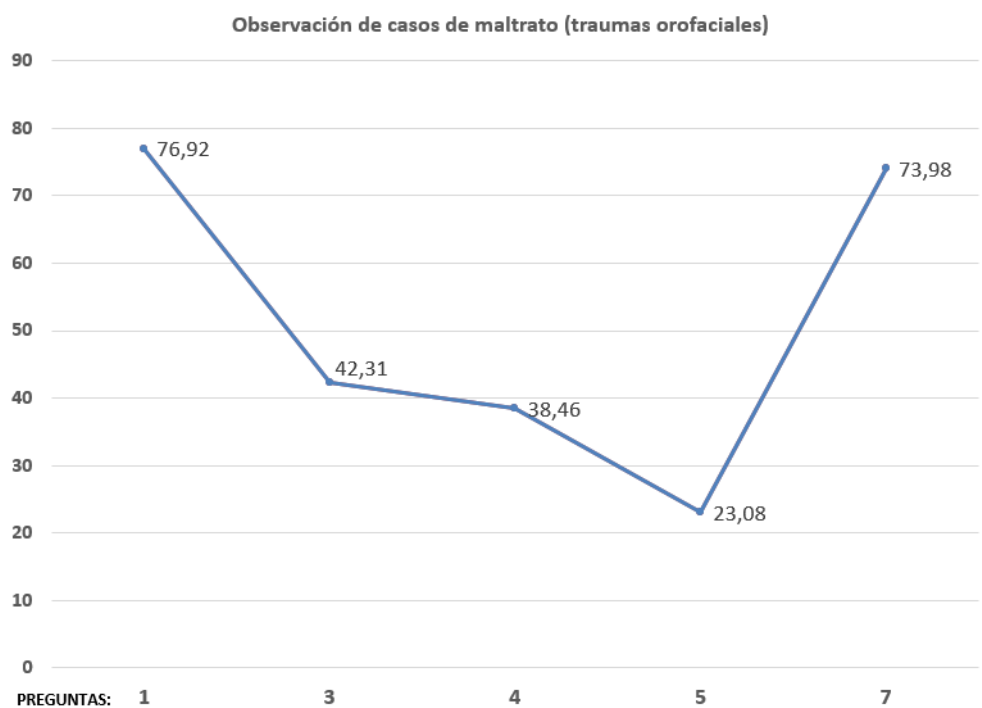


Gráfico 14. Observación de casos de maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

En el Gráfico 15, se muestran que los Odontólogos que formaron parte del estudio han denunciado muy pocos casos de maltrato infantil (7,69%, pregunta 2 y 3,85%, pregunta 6). Por otra parte, indicaron que en un 39,77% (pregunta 8) han conocido casos que se han omitido, es decir, que no han sido denunciados. Es preocupante, que el 50% (pregunta 9) desconoce los procesos legales para denunciar el maltrato infantil y sólo un 7,69% (pregunta 10) tienen información sobre la existencia de un comité para manejo del maltrato infantil. Estos aspectos mencionados, también hacen pensar en que pudieran ser reforzados, con cursos especializados de capacitación.

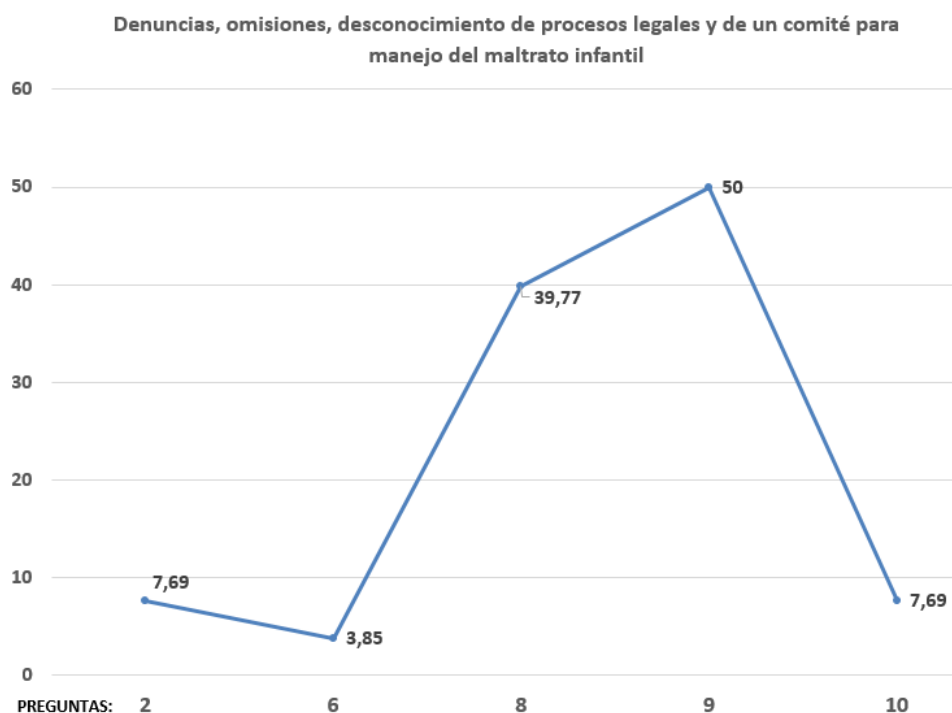


Gráfico 15. Denuncias, omisiones, desconocimientos de procesos legales y de un comité para manejo del maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

En el Gráfico 16, se muestran que los Odontólogos que formaron parte del estudio han manifestado en un 100% (preguntas 11 y 12) estar de acuerdo con participar en un curso que les ayude a identificar, manejar y denunciar casos de maltrato infantil. Igualmente, en un 100% (pregunta 13), están dispuestos a detectar y procesar casos de maltrato infantil. Todo esto refuerza la necesidad de llevar a cabo cursos especializados de capacitación en la materia.

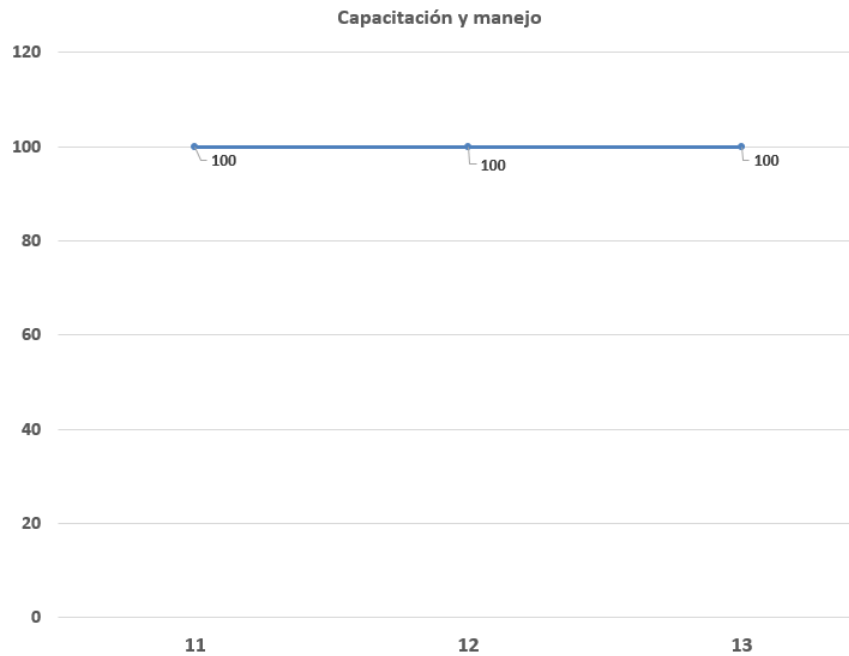


Gráfico 16. Capacitación para el manejo del maltrato infantil.
Fuente: Rondón, 2018.

El Odontopediatra como parte importante de los profesionales de la salud, debe estar capacitado con técnicas y herramientas para detectar los aspectos físicos y psicológicos que reflejen la presencia de maltrato, así como para enfrentar y manejar este problema, para no solo atender las molestias bucales, sino poder mejorar la calidad de vida de los pacientes en todo lo que ha esto concierne.

Es por esto que algunos estudios hacen énfasis en la importancia del rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil, y Ramos³⁷ en su investigación afirma que los profesionales deben estar preparados para reconocer, diagnosticar y notificar sus sospechas a las autoridades competentes, las cuales

juegan un papel clave en la protección de las víctimas y la investigación criminal, es por esto la gran importancia de realizar una buena historia clínica y un informe de denuncia en caso de encontrarnos en la consulta Odontopediátrica en esta situación.⁸⁸

Del mismo modo Sousa en su estudio manifiesta que solo un pequeño porcentaje de casos comprobados de maltrato infantil está siendo denunciado, donde a pesar de tener una buena formación profesional y diagnósticos estos casos están dejando de reportarse a las autoridades por falta de un equipo multidisciplinario dentro de los centros de salud; lo cual coincide con esta investigación, donde no existe un equipo multidisciplinario para la detección de maltrato infantil⁴⁵. Tal como en el estudio de Cárdenas que afirma que los Odontólogos manifiestan tener los conocimientos adecuados y suficientes para detectar las lesiones orales sospechosas para un diagnóstico de maltrato infantil, pero no hay una acción decidida de pasar de la sospecha de maltrato infantil a la denuncia adecuada de la misma.⁸⁹

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez realizado el presente estudio investigativo y cumpliendo con cada procedimiento para el alcance de los objetivos planteados, se llegó a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- La presente investigación pretendió determinar el rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018. Se debe destacar que a través de los resultados que suministró esta investigación se logró determinar el rol del Odontopediatra frente los indicadores de maltrato infantil de acuerdo con la opinión de los Profesores y Residentes del Postgrado de Odontopediatría, durante el período 2016-2018, como investigadora puedo señalar que fue una experiencia muy productiva y reconfortante, en la dimensión diagnóstico caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos el mayor porcentaje de los sujetos encuestados reflejan que ante la mayor concienciación que existe actualmente del problema es necesario tomar una postura activa en la detección y notificación de este tipo de actos.
- Los clínicos deben estar constantemente alerta sobre esta posibilidad. El conocimiento de determinados signos físicos, las lesiones repetidas, al igual que el comportamiento del niño consigo mismo y con los demás, son claves para establecer un diagnóstico correcto de maltrato infantil.

- Al evaluar las actitudes y practicas ejercidas por los Residentes y Profesores del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo frente al maltrato infantil se encontró apropiado, aunque la mayoría de ellos no han realizado formación específica en este tema, y más de la mitad declararon no haber realizado ningún tipo de denuncia para la protección del niño. Se concluye que es por desconocimiento de los pasos a seguir para formalizar una denuncia, ya que más de la mitad refirió no conocer en cual ente público debe realizarla, se presume también que por temor a los problemas legales que implica notificar un caso de abuso de menores, estos tampoco fueron denunciados, por lo tanto no cumplen suficientemente su rol frente a la protección del niño.

- Por lo tanto, se recomienda la formación de equipos multidisciplinarios en los centros de salud donde se atienden niños, es necesario o quizás una emergencia la formación de comités, sobre todo dentro del Postgrado, ya que es un servicio público donde son atendidos niños con grandes necesidades, y también es el sitio principal donde se debe incentivar y sensibilizar sobre el cuidado y protección de los niños. Este equipo debe estar formado por Psicólogos, Psiquiatras, Abogados, Médicos Forenses, Médicos Pediatras, Visitadores Sociales y Odontopediatras.

- Ya que el cien por ciento (100%) de los Profesores y Residentes están abiertos a la posibilidad de asistir a cursos especializados para la capacitación, se resalta la importancia de estar adecuadamente formados e instruidos sobre el abuso, y la negligencia hacia la población infantil para estos casos ; para que no sólo se reconozca los hechos sospechosos, sino también tengan claro los procedimientos si tienen un niño en su unidad odontológica que muestra signos de haber sido abusado o

abandonado. Al igual que el estudio de Thomas donde los profesionales también están dispuestos a cumplir sus responsabilidades legales y éticas para contribuir cada día a disminuir este gran problema.⁴⁴

- Esta acción debe ser inculcada y fortalecida desde las Facultades de Odontología en el proceso formación en Pregrado y Postgrado, incluyendo allí la realización de protocolos de atención al niño maltratado y conocer la reglamentación existente frente a la obligación de efectuar el reporte de sospecha ya en su calidad de Odontólogos profesionales y más aun siendo Odontopediatras.

- Con todo lo estudiado y analizado, se recomienda que la temática para las charlas que se realizan en los hospitales, escuelas y servicios públicos como parte de las prácticas profesionales durante los estudios de Pregrado y Postgrado se incluyan temas como: embarazo precoz, maltrato infantil (incluyendo negligencia), educación sexual, violencia familiar, autoestima; siendo los Odontopediatras afortunados de tener contacto tanto con el niño como con familia, pudiendo abordar a ambos, en consecuencia ayudar a la formación de ciudadanos con salud física y mental.

- Frente a este resultado es prioritario que el Odontopediatra debe capacitarse sobre las causas que originan el maltrato infantil para poder diagnosticar un paciente maltratado y conocer las vías para denunciar el caso, en los organismos correspondientes ya que tienen la obligación legal y ética de hacerlo pues si no se convierte en cómplice, ya que una posición neutral siempre ayuda al opresor y nunca a la víctima; es poco factible que el maltrato y descuido del niño sea erradicado si no hay cambios en la actitud y prioridades en la sociedad, tomando en cuenta que los

daños físicos y mentales no solo repercutirán en el futuro del niño sino en toda la sociedad.

- Siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, se considera que la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos, y así evitar que miles de niños sigan muriendo y sufriendo por esta causa.

ANEXOS



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Área de Postgrado

Programa de Especialización en Odontopediatría

INSTRUMENTO

Este cuestionario se ha elaborado para determinar el conocimiento, experiencia e información que tienen los Odontopediatras en cuanto al maltrato infantil, su opinión es muy importante ya que sus respuestas serán de gran ayuda para la investigación.

INSTRUCCIONES:

- Lea cuidadosamente cada pregunta.
- Marque con una x la alternativa que usted considere correcta y en caso de escalas colocar en el espacio su número según sea su respuesta.
- No deje ninguna pregunta sin contestar.
- Ante cualquier duda consulte con el facilitador del cuestionario.
- El cuestionario es totalmente anónimo.

CUESTIONARIO	SI	NO
1. En su experiencia profesional, ¿Alguna vez ha visto un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes pediátricos?		
2. ¿Alguna vez ha denunciado un caso sospechoso de maltrato infantil físico en sus pacientes?		
3. ¿Vio algún caso de trauma orofacial en los últimos seis meses, que pueda relacionar con maltrato infantil?		
4. ¿Vio algún caso sospechoso de maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?		
5. ¿Has visto algún caso comprobado como maltrato infantil físico en los últimos 6 meses?		
6. ¿Denunció algún caso sospechoso o definitivo de maltrato infantil físico a las autoridades en los últimos 6 meses?		

7. ¿Puede reconocer y diagnosticar efectivamente los signos y síntomas del maltrato infantil?		
8. ¿Conoces casos de maltrato infantil físico que dejaron de ser denunciados por otros colegas?		
9. ¿Conoces algún mecanismo para denunciar el maltrato infantil (por ejemplo, el nombre de una entidad pública a la que se deben informar los casos sospechosos, los procedimientos legales a seguir para formalizar la denuncia)? ¿Cuál conoce?_____		
10. ¿Existe en tu entorno laboral un comité encargado de orientar y recibir los casos de maltrato infantil?		
11. ¿Le gustaría, relacionado con su profesión, más capacitación sobre cómo identificar y sobre el mecanismo para informar sospechas de posible maltrato infantil físico (por ejemplo, cursos, talleres)?		
12. ¿Considera que los mecanismos de identificación e información de las sospechas de posible maltrato infantil físico deberían formar parte de los cursos de formación profesional?		
13. ¿Usted está dispuesto a participar en la detección del maltrato infantil?		

REFERENCIAS

-
1. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *J Clin Pediatr Dent*. 2007; 32 (1):19-25.
 2. Casado F, Díaz J, Martínez C. Niños maltratados. Díaz de Santos 1997.
 3. Díaz H, García M. Maltrato y abandono infantil. Madrid 1995:19-27.
 4. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico legales. *Cuad Med Forense* 2010;16(1-2):53-63
 5. Al- Dabaan R. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J* 2014; 26: 79-87.
 6. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect. Geneva: WHO Press, 2006. [Acceso: 30 de junio de 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
 7. González M. Maltrato infantil. Editorial Trillas. México 2011.
 8. Bagamaspad A. Management of mandibular fascial space infection of odontogenic origin. *J Philipp Dent Assoc*. 1998;50; 1:28-33.
 9. Francisco J. Maltrato de Niños en Venezuela. *Tribuna del Investigador*. 2012. 13 (1).
Obtenible en: <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2012/1-2/art-3/>
Consultado el: 09/01/2019
 10. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review *Arch Dis Child*. 2006;91:744-52
 11. Brigitte A, Wil J, Josef J. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *Oral Health*. 2015; 15:159

-
- 12 . Harris CM, Welbury R, Cairns AM. Summary of: The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; (9).454–5.
 13. Markovic N. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater sociomed.* 2015; 27(6): 372-5.
 14. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1): 5-11.
 - 15 . Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat.* 2010; 44(4): 285-92.
 - 16 . Odontopediatria SEd. www.odontologiapediatrica.com. 2008 consultado 12 noviembre 2012; disponible en: <http://www.odontologiapediatrica.com>
 17. Granville A. Maus-Tratus infantis: Percepção e responsabilidades do cirurgião-dentista. *Rev. odontociênc.* 2008;23(1):35-9
 18. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent.* 2003; 25 (6): 541-5.
 19. Vergara K, Cárdenas S. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam* Junio 2014. Vol 7(2)
 20. Valencia N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent.* 2009; 68(2): 94-101.
 21. Arslanagic A, Markovic N, Zukanovic A, Selimovic M, Kobaslija S, Juric H. Oral Health Related to Demographic Features in Bosnian Children Aged Six. *Coll Antropol.* 2010; 34(3): 1027-33.
 22. Markovic N, Arslanagic Muratbegovic A, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A. Caries prevalence of children and adolescents in Bosnia and Herzegovina. *Act Med Acad.* 2013; 42(2): 108-16.
 23. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent.* 2003; 25 (6): 541-5.

-
24. Vergara K, Cárdenas S. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam.* 2014; 7 (2): 152-67.
25. Cukovic I, Welbury R. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *JFOS.* 2013; 31 (1): 15-21.
26. Crespo M, Andrade D, Alves A. O papel do médico dentista No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port.* 2011; 24: 939-48.
27. Santana R, Sanchez R. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México.* 1998; 40 (1): 28-36
28. Da Fonseca M, Feigal R. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at major country hospital. *Pen Dentistry* 1992; 14: 152-7
29. Pinkham J. Odontología pediátrica México: Interamericana Mc Graw Hill; 1998
30. Díaz H. Niños maltratados. Papel del Pediatra. *Anales Españoles de Pediatría.* 2000; 52:548-53.
31. Evans E, Hawton K. y Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*, 2005 29(1), 45-58.
32. Muela A, Balluerka N, Torres B. Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 2013, vol. 29, nº 1 (enero), 197-206
33. Mendoza A, Bermeo N, Carrillo E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil. Reporte de caso. *Int Odontoto stomat.* Abr 2014; 8 (1).
34. Gamboa M, Guerra M. Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de caso. *Rev de Odont latin* 2013; 3 (2).
35. NS. E. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am J DisChild.* 1979; 133:906-9
36. Cavalcanti AL. Maus-tratos Infantis-Guia de orientação para profissionais de Saúde. João Pessoa: Ed. Idéia; 2001
37. Ramos-Gómez F RDBS. Knowledge and attitudes among California dental care providers. Regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc.* 1998; 129:340-8.

-
- 38 . Cukovic-Bagic I. The role of the dentist in Recognition of Child Abuse. *Acta Stomatol Croat*. 2010; 44 (4): 285-92.
39. Mouden LD. Child abuse and dentistry: what you should know. *J Mich Dent Assoc*. 1994; 76(5): 22-7.
40. Ferrara P, Gatto A, Manganelli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, Giardino I, Chiaretti A. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr*. 2017; (1):72
41. Raja S, Chelsea F, Kruthoff. Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module. *Journal of Dental Education* 2015
42. Alves G, Araújo A, Marques L. Training and knowledge of professionals of the health family team on reporting treatment of children and adolescents. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(2):223-30.
43. Crespo M, Andrade D, Alves A. O papel do médico dentista No Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port* 2011; 24: 939-948
44. Thomas J, Straffon L, Rohr M. Knowledge and Professional Experiences Concerning Child Abuse: An Analysis of Provider and Student Responses. *Pediatric Dentistry* – 28:5 2006
45. Sousa M, Brito A, Domingues J. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012 Jan-Feb; 26(1):5-11
46. Marengo G, Borges A. Child abuse: validation of a question naire translated in to Brazilian Portuguese. *Braz Oral Res.*, (São Paulo) 2013 Mar-Apr; 27(2):163-8
47. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis, and responses. *Br J Community Nurs*. 2004 Aug; 9(8):332-8
48. Sarli R, RIZZO P, Gonzalez S. Maltrato infantil y la consulta Odontológica. 2013; 7.(2)

-
49. Rangel A, Márquez R, Olguien A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Clin Exp Dent*. 2015;7(3):e428-34
50. Bandura A. *Modificación de la conducta*. Trilla 1973
51. Erickson E. *Infancia y sociedad*. Horme 1980
52. Pérez E, Dujovny M, Vinas F, Park H, Lizárraga S, Park T, Díaz F. CNS child abuse: epidemiology and prevention. *Neurol Res*. 2002; 24: 29-40
53. Giménez P, Pérez A, Dujovny, Díaz. Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía* 2007; 18:95-100.
54. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. *Int. J. Odonto stomat.*, 8(1):167-173, 2014.
55. Martínez A, Ochotorena J. *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca 2000
56. Domínguez T, Quintero A, Xochilt S, Hernández G, Bravo M. El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Rev mex cnsagr*. 2016; 7(1): 195-207. Recuperado en 31 de enero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342016000100195&lng=es&tlng=e
57. Gomes T, Germano Ma, Kegler P, Kother M. Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Rev Psic*. 2014; 32(1), 139-156. Recuperado en 14 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100006&lng=es&tlng=es.
58. Gilbert R, Spatz WC, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68-80
59. Loredó A, Monroy D. Maltrato infantil: características clínicas usuales. *Rev med UNAM*. 2014; 57(1)

-
60. De la Teja-Ángeles E, Escudero CA, Monter-García MA, Loredó-Abdalá A. El estomatólogo pediatra en la atención integral del niño maltratado: una nueva política de intervención. En: Loredó-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México, DF: Editores de Textos Mexicanos; 2004. pp 248- 261
61. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan Am J Public Health*. 1999; 5:222-31.
62. Flaherty EG, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report –The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics* 2010;126(4):833-41.
63. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *Int. J. Odontostomat.* ; 8(1): 167-173. 2014 Abr.
64. Lee EP, Hsia SH, Huang JL, Lin JJ, Chan OW, Lin CY, Lin KL, Chang YC, Chou IJ, Lo FS, Lee J, Hsin YC, Chan PC, Hu MH, Chiu CH, Wu H. Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine (Baltimore)*. 96 (23). 2017
65. Yoon SY, Choi YJ, Park SH, Hwang JH, Hwang SK. Traumatic Brain Injury in Child under Age 24 Months: Analysis of Demographic Data, Risk Factors, and Outcomes of Post-traumatic Seizure. *J Korean Neurosurg Soc*. 60(5):584-90. 2017
66. Swerdlin A, Berkowicz C. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57 (3): 371-92.
67. Welbury R, Hobson R, Stephenson J. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the orofacial signs of child physical abuse (non accidental injury) by general dental practitioners. *Br Dent J*. 2001; 190: 668-70.
68. Santos DD. Intervención de la policía Vasca en el maltrato infantil. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio

Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:311-22.

69. Dias I, Silveira Ribeiro C, Magalhães T: A Construção Social do Abuso na Infância. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lidel Editora. 2010. 5-22

70. Mouesca. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Arch. argent. pediatr. 2015 [citado 2017 Sep 27; 113(6): 558-567. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.558>.

71. Magalhães T, Jardim P, Santos L, Pinto N, Dinis R, Caldas I: Indicadores Físicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. Abuso de Crianças e Jovens: Da suspeita ao diagnóstico. Lidel Editora. 2010;(29) 51-108.

72. Milling-Kinard E. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. Child Abuse Negl. 1994; 18: 645- 56.

73. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas, 1991.

74. Gough D. Defining the problem. Child Abuse Negl. 1996;20: 993-1002.

75. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil. 1992:192-200.

76. Alcaraz M, Román Y , Guerra I, La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. 2010;14 (7). 578-86.

77. Aldunate M. Maltrato infantil, situación en el Hospital de Niños Roberto del Río .Rev. Ped. Elec. 2007; 4 (2): 718-918.

78. Pereda N. Arch M. Abuso sexual infantil y síndrome de alienación parental: criterios diferenciales. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Cuad Med Forense. 2009; 15(58):279-87

79. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Elaborada por la Asamblea Nacional Constituyente. Ediciones Divulgativas. 1999

80. Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2007

81. Gancedo A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AE Pap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones. 2017; 3:535-43.

82. Arias F. El proyecto de investigación. Editorial episteme. 4ta Edición. 2004

83. Danhke G. Investigación y comunicación. En C. Fernández -Collado y G.L. Danhkw (Eds.) La comunicación Humana: ciencia social (pp.385-454) México McGraw Hill.1989

84. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisión de diseños de investigación. Rev Latino-am Enferma gem. 2007; 15(3)

85. Tamayo, Tamayo M. El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A. México.1997.

86. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. 1998

87. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F.2006

88. Medrano G, Perona M. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, Como debemos actuar los odontólogos? Odontol Pediatr. 9(1):78-94. 2010

89. Cárdenas S, Martínez F, Vergara K. Conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena: 2013 [cited 2018 Feb 4]. Consultado en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2601/1/informe%20final%20MI.pdf>