

Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Especialización en Odontopediatría
Área de Investigación: Área Prioritaria de Salud Pública
Línea de Investigación: Atención al paciente en Condiciones Especiales

Maltrato Infantil y su relación con la Odontopediatría

**TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE LA ILUSTRE
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA, ELABORADO POR LA
ODONTÓLOGO KARLA JENNIFER DE ABREU DE ABREU**

Naguanagua, Octubre de 2009

Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Especialización en Odontopediatría
Área de Investigación: Área Prioritaria de Salud Pública
Línea de Investigación: Atención al paciente en Condiciones Especiales

Maltrato Infantil y su relación con la Odontopediatría

Autor: Od. Karla De Abreu
Tutor de Contenido: Od. Ysabel Zamudio
Tutor Metodológico: Od. Gladys Orozco

Naguanagua, Octubre de 2009

Índice General

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Lista de Cuadros.....	vii
Resumen.....	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	11
2.1. Bases Teóricas.....	15
2.1.1. Historia del Maltrato Infantil.....	15
2.1.2. Definición de Maltrato Infantil.....	18
2.1.3. Factores de Riesgo.....	19
2.1.3.1. Individuales.....	19
2.1.3.2. Familiares.....	20
2.1.3.3. Socioculturales y Ambientales.....	20
2.1.4. Enfoques del Maltrato Infantil.....	21
2.1.5. Tipos de Maltrato Infantil.....	24
2.1.5.1. Físico.....	25
2.1.5.1.1. Negligencia.....	31
2.1.5.1.2. Psicológico o Emocional.....	34
2.1.5.2. Abuso sexual.....	36
2.1.5.3. Síndrome del bebe zarandeado.....	40
2.1.5.4. Maltrato durante la gestación.....	41
2.1.5.5. Explotación laboral.....	42
2.1.5.6. Síndrome de Münchausen por poderes.....	43
2.1.5.7. Niños de la calle y en la calle.....	44
2.1.5.8. Maltrato escolar	46
	47
	47
	47

2.1.5.9. Niños de la guerra	
2.1.5.10. Niños desplazados.....	
2.1.5.11. Castigo corporal.....	
2.1.6. Consecuencia del niño maltratado.....	
2.1.7. El Síndrome de Maltrato Infantil en la Consulta Odontológica.....	
2.1.8. Diagnostico del Niño Maltratado.....	
2.1.9. Tratamiento del Niño con Síndrome de Niño Maltratado...	
2.1.10. Prevención del Maltrato Infantil.....	
2.1.11. Recursos Legales.....	
2.1.12. Pasos a seguir ante la detección de un Niño Maltratado en la consulta Odontopediátrica del Postgrado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.....	
2.1.13. Estadísticas sobre problemas que afectan a Niños y Adolescentes.....	
2.1.14. Bioética en Odontología.....	
3. CONCLUSIONES.....	
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	

Lista de Cuadros

CUADRO	pp
1. Cifras oficiales sobre maltrato infantil para el año de 1995.....	24
2. Cálculo de la edad de los Hematomas.....	26
3. Localización de la lesión.....	29
4. Clasificación antropométrica nutricional en menores de 5 años....	33
5. Porcentaje déficit nutricional por entidad federal 2005.....	33
6. Muertes por desnutrición.....	33
7. Tasa de mortalidad por deficiencias en la nutrición Por enfermedad.....	34
8. Niño abusado sexualmente según su atacante.....	37
9. Guía para la profilaxis del Toxoide Tetánico.....	63
10. Prevención del Maltrato Infantil en tres niveles.....	70
11. Esquema de Actuación que deben seguir los profesionales.....	73
12. Estadísticas sobre adolescente trabajador según la edad, mayo 2009, Municipio Naguanagua.....	78
13. Estadísticas sobre problemas que afectan a Niños y Adolescente, mayo 2009, Municipio Naguanagua.....	79

Universidad de Carabobo

Facultad de Odontología

Área de Postgrado

Área de Investigación: Área Prioritaria de Salud Pública

Línea de Investigación: Atención al paciente en Condiciones Especiales

MALTRATO INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA ODONTOPEDIATRÍA

Autor: Od. Karla De Abreu

Tutor de Contenido: Od. Ysabel Zamudio

Tutor Metodológico: Od. Gladys Orozco

Octubre, 2009

RESUMEN

La Historia clínica en odontología; específicamente la infantil, tiene como propósito la evaluación de la condición general y bucal del paciente, para su posterior diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, con el fin de sanear al paciente y brindarle atención integral. El maltrato infantil es un acto o falla en el actuar no accidental, por parte de uno de los padres, custodios o personas cercanas al niño o cualquier persona, que resulta en daño emocional o físico, abuso sexual, explotación, muerte o simplemente que coloque en riesgo la integridad física, psicológica y emocional del menor. El odontólogo es determinante en la detección del niño con síndrome de abuso al menor. Es por tal razón que dicha investigación se basa en un estudio monográfico para determinar la necesidad de profundizar la evaluación del paciente en el formato de historia clínica del postgrado de Odontopediatría para el diagnóstico del maltrato infantil en la consulta Odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, a través de una revisión bibliográfica para describir el maltrato infantil, tipos, manifestaciones clínicas; físicas, bucales y psicológicas y a su vez Reconocer la necesidad de profundizar la evaluación del paciente con la historia clínica del área de postgrado como documento médico legal y determinar la importancia de la participación del estudiante de Postgrado de Odontopediatría en el diagnóstico del maltrato infantil y por lo tanto orientar al estudiante de postgrado la conducta a seguir ante situaciones de maltrato infantil.

Palabras Clave: Maltrato Infantil, maltrato físico, abuso, evaluación del paciente.

INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil es un problema del día a día de los profesionales de la salud y servicios médicos-odontológicos-sociales. El Odontólogo se ha vuelto protagonista de la detección de estas acciones contra menores de edad, asimismo se ha creado mas conciencia de que debe existir un reporte del hecho y por ende la atención a ese niño maltratado. Numerosos editoriales han aparecido en la literatura dental alertándonos de la responsabilidad moral y legal como profesionales de la salud integral del individuo en el reconocimiento del Maltrato, además han surgido muchos artículos sobre Maltrato Infantil en general y el papel del Odontólogo.

Las investigaciones demuestran que el trauma en la cabeza y áreas vecinas ocurre en aproximadamente un 50% de los casos de Maltrato físico Infantil, heridas en los tejidos blandos; más frecuentes contusiones y heridas recibidas en el labio superior y frenillo labial superior pueden ser características en el niño de corta edad severamente maltratado.

Los estudios y encuestas realizadas por el Odontólogo internacionalmente demuestran que este profesional de la salud si observa en la consulta casos sospechosos de Maltrato Infantil, pero con frecuencia no lo reportan como es legalmente requerido, básicamente por temor o desconocimiento de los pasos a seguir. Lo que permite entender que aumentarían notoriamente los casos de Maltrato Infantil en la medida que se conozca más del tema, que hacer y cómo actuar, ya que se reportarían tales abusos.

Las contusiones, hematomas, dientes fracturados, laceración de frenillo labial, desgarro de tejidos blandos, caries, desnutrición, entre otros, son signos que deben despertar en el Odontólogo la sospecha del diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado. En una encuesta realizada en Texas; Estados Unidos, se le preguntó a un grupo de Odontólogos cuales eran los motivos por los cuales no denunciaban los casos de Maltrato Infantil, el 62% de los encuestados afirmó que la principal razón era la falta de antecedentes adecuados y el 22% respondió que su falta de conocimiento sobre el tema y el papel que deben desempeñar en esos casos; les había hecho titubear antes de notificarlos. Hay que destacar que se expreso en este estudio que los

Odontólogos están en la obligación de denunciar los casos de abuso y en el que todos los estados; con excepción de cuatro, imponen multas a los profesionales que no denuncian. Hancocks (2000).

En una evaluación realizada en el año 2002, con participantes de 2 talleres de Capacitación en Atención y Prevención en Abuso sexual infanto-juvenil que dictó la Asociación Venezolana para una Educación sexual Alternativa (AVESA) a diferentes profesionales, se encontró que de un total de 53 profesionales provenientes de los sectores: salud, educación, justicia y otros, que trabajan directamente con niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. El 51% de los profesionales consideró que no tenía ningún tipo de formación previa en el área de abuso sexual, y el 71% expresó que sus conocimientos sobre la legislación vigente en materia de abuso sexual eran muy pocos, mientras que el 8 % señaló que no tenían ningún conocimiento. Informe Alternativo ante el Comité de los Derechos del Niño (2007). <http://www.cecodap.org.ve/>.

Con lo descrito anteriormente el Odontólogo debe estar alerta en la evaluación clínica del paciente y si detecta o sospecha la presencia del Maltrato debe recurrir a las instancias pertinentes. Es por ello que en el formato de Historia clínica del postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo debe existir una evaluación mas profunda del paciente para el diagnóstico del Maltrato Infantil en la consulta Odontopediátrica.

Es así como se ha explicado que el Odontólogo tiene el alerta en sus manos, debe tomar conciencia de este problema social, documentarse y ampliar su visión de esta realidad, y así evitar la incidencia y reincidencia de futuras lesiones e inclusive se pueden salvar la vida de muchos niños y niñas.

La Convención sobre los Derechos del Niño, es un convenio de las Naciones Unidas que describe la gama de derechos que tienen todos los niños y establece las normas básicas para su bienestar en diferentes etapas de su desarrollo. La Convención es el primer código universal de los derechos del niño legalmente obligatorio de la historia. Contiene 54 artículos y reúne en un sólo tratado todos los asuntos pertinentes a los derechos del niño, los cuales pueden dividirse en cuatro amplias categorías: derechos a la Supervivencia, al Desarrollo, a la Protección y a la Participación.

En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una Declaración Universal de Derechos Humanos. Implícitamente, este documento fundador incluía los derechos de los niños, pero no tardó en llegarse al consenso mundial de que las necesidades particulares de los niños debían ser especialmente definidas. En 1959, las Naciones Unidas aprobaron una Declaración de los Derechos del Niño que consistía en 10 derechos, y que no constituía una obligación legal para aquellos países que la firmaran. No es sino para 1978, el gobierno de Polonia sometió a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas la versión provisional de una convención sobre los derechos del niño. Durante el Año Internacional del Niño en 1979, la comisión creó un equipo de trabajo para coordinar una serie de ideas sobre dicho documento, las que se presentaron a los gobiernos de todo el mundo. Luego siguieron diez años de riguroso estudio y negociaciones del texto definitivo.

En 1989, se finalizó la Convención y fue adoptada por la Asamblea General el 20 de Noviembre. Si bien preservaba el espíritu de la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención reflejaba problemas e intereses contemporáneos que habían surgido en los últimos 30 años, tales como la protección ambiental, el consumo de drogas, la explotación sexual, la salud, la educación, las condiciones de vida adecuadas, el esparcimiento y el juego, la protección de la pobreza, la libre expresión de sus opiniones y mucho más. La Convención entró en vigor en 1990, después de ser ratificada por 20 países. Actualmente 185 países la han firmado, comprometiéndose de esa forma a velar por la protección de los niños, solamente no han firmado por motivos diferentes Estados Unidos y Somalia. <http://www.unicef.org/colombia/09-antec.htm>.

Para esa misma fecha se establece la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas; aprobada por la Asamblea General, y en ella se define el Maltrato como: “Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución, que le tenga a su cargo”. (De Miguel y Fernández 2002).

La Organización Mundial de la Salud (2002) en su reporte Mundial de Violencia y Salud, define el Maltrato Infantil, también conocido como abuso y negligencia hacia el niño, como:

Toda forma física y/o emocional de Maltrato, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, o explotación comercial o de otro tipo que resulte en el daño potencial de la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Según United Nations International Children's Emergency Fund "UNICEF"; Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, se calcula que aproximadamente 300 millones de niñas y niños de todo el mundo están expuestos a la violencia, la explotación y los abusos, incluidas las peores clases de esclavitud laboral en comunidades, escuelas e instituciones y durante los conflictos armados; asimismo están sometidos a prácticas dañinas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio Infantil. Muchos millones más, que aún no son víctimas, tampoco reciben la adecuada protección. www.uniceflac.org.

Según la Convención para los Derechos del Niño, "un niño es toda persona por debajo de los 18 años a menos que exista una ley que aplique a la mayoría de edad a más temprana edad". Así mismo la Ley Orgánica Para la Protección del Niño y del Adolescente incluye en su artículo 2° la siguiente definición:

Se entiende por niño toda persona con menos de doce años de edad. Se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad. Si existieren dudas acerca de si una persona es niño o adolescente se le presumirá niño hasta prueba en contrario. Si existieren dudas acerca de si una persona es adolescente o mayor de dieciocho años, se le presumirá adolescente, hasta prueba en contrario. www.uniceflac.org

A través de los años el Maltrato Infantil ha representado un ataque multifactorial; psiquiátrico, criminal, social, legal, psicológico, educativo y ético, a la integralidad y bienestar del niño, en donde la interacción por parte de todos los componentes de la sociedad se hacen presente.

Existe una amplia variedad de Maltratos a los menores, que puede ser representada desde daños emocionales o psicológicos, daño físico temporal o permanente hasta explotación laboral o abandono. En este orden de ideas, la

atención al niño que sufre de estos ultrajes requiere de una atención en equipo, representada por diferentes especialistas a cargo de su seguimiento y tratamiento, que debería incluir pediatras, psicólogos, fisioterapeutas, Odontopediatras, entre otros. Pero la realidad es que en pocos centros se incluye a este último como miembro de estos equipos multidisciplinarios. Igualmente el niño que puede estar en riesgo de sufrir Maltrato puede ser protegido y orientado a evitar atropellos subsiguientes gracias a la intervención del Odontólogo Infantil.

Por ello, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo cuenta con un área de postgrado para la formación de Odontólogos en la atención odontológica al niño y adolescente; en donde diariamente se atiende un promedio de 20 pacientes Infantiles. La atención odontológica se inicia por la evaluación del niño por parte del alumnado y los docentes del área; Odontopediatras, a través del llenado de la historia clínica. Dentro de este documento médico legal existe una evaluación general de sus antecedentes familiares y personales y una evaluación física y bucal. A través del contacto directo con el paciente y sus representantes se logra captar diversas problemáticas; en su mayoría el Maltrato Infantil, que en lo posible se tratan de solventar, sin embargo no existe una evaluación detallada; sobre su forma de vida, personas que viven en el hogar, con quien comparte mayor tiempo del día, grado educativo de madres y padres, valores familiares, como y porque ocurrió esa lesión, entre otros aspectos, dentro de la historia clínica que sirva como recurso para su diagnóstico real y posterior solución. Igualmente se desconocen los pasos a seguir una vez determinado la situación de Maltrato Infantil. El control y pronóstico de estas situaciones va a depender de realizar una evaluación intra y extraoral mas exhaustiva, además de su situación social, económica, cultural y familiar, aspectos que dentro de la historia clínica del área de postgrado no aparecen como es debido, para el diagnóstico y posterior manejo de estos casos.

Sin embargo, por la amplitud que representa el Maltrato Infantil en la sociedad y en el mundo entero, es necesario adaptar un esquema de evaluación detallada al momento de su valoración en el área clínica, para así detectar con mayor claridad y seguridad la presencia de este abuso al niño, aspecto importante que dentro de la historia clínica; del área de postgrado de

Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, es omitido y la evaluación del paciente no explora hasta llegar al alcance de una sospecha de Maltrato Infantil.

El Odontopediatra es un clínico que está en contacto directo con el paciente Infantil y hace un examen integral, pudiendo así observar hallazgos que podrían orientar al profesional a realizar la primera sospecha de Maltrato Infantil a los entes pertinentes. Por todo lo ante expuesto, es necesario determinar la necesidad de profundizar la evaluación del paciente en el formato de historia clínica del postgrado de Odontopediatría para el diagnóstico del Maltrato Infantil en la consulta Odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Es por ello que esta investigación está orientada a conocer el Maltrato Infantil, realizando una descripción de este, tipos, manifestaciones clínicas; físicas, bucales y psicológicas, reconocer la necesidad de incluir en la Historia Clínica del área de postgrado la evaluación del paciente para el diagnóstico del Maltrato Infantil, como documento medico legal, determinar la importancia de la participación del estudiante de Postgrado de Odontopediatría en el diagnóstico del Maltrato Infantil y por lo tanto orientarlo en la conducta a seguir ante situaciones de Maltrato Infantil.

La historia clínica es un documento médico legal, en donde se recopilan en forma escrita, clara, precisa, ordenada y detallada todos los datos e información relativas a un paciente (identificación del personal, familiares y semiológicos, anteriores y actuales) que sirven de base para un diagnóstico definitivo, pronóstico y plan de tratamiento indicado de la enfermedad que lo afecta. Este medio de diagnóstico permite no sólo presentarle al paciente y su representante su estado bucal y tratamientos alternativos, sino además permite evaluar al niño integralmente a nivel de estado de salud general, social y psicológico; para así remitirlo a otros especialistas si se presentase algún signo de alteración.

El Maltrato Infantil puede presentar diferentes formas, ya sea físico, psicológico, sexual, explotación laboral, entre otros, siendo el de mayor prevalencia los casos de traumatismos físicos por malos tratos que se observan en región de cabeza y cuello (50 a 65%); zona muy visible durante la visita del Odontólogo. (Lago y Lung, s.f.)

El cuidado de los niños maltratados y de la negligencia es parte de la responsabilidad de todos los profesionales de salud, y los odontólogos pueden estar en una posición única en reconocer y responder a las preocupaciones de este tipo (Sidebotham, 2007). El examen de los niños maltratados comienza cuando el niño entra en el consultorio, pero es importante que el interrogatorio sea completo porque es de máxima utilidad para los fines de diagnósticos. Dentro de la historia clínica que se maneja en el área de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo existe solo una evaluación física de posibles alteraciones a nivel de cabeza, cara, cuello y extremidades, limitándose específicamente sólo a su observación y palpación. Ahora bien, este estudio es considerado de gran utilidad práctica, puesto que, trata de establecer la importancia de esquematizar dentro de la historia clínica una evaluación completa que permita diagnosticar el Maltrato Infantil y por lo tanto, continuar con los pasos correspondientes para ayudar al niño.

Por otro lado, genera ventajas en el área de odontopediatría, aportando mayor conocimiento a los especialistas y docentes del área de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, promoviendo en ellos la necesidad de asumir responsablemente su rol y beneficiando directamente a los alumnos y pacientes, sensibilizándolos y educándolos ante esta grave problemática. Asimismo representa una fuente de consulta, por lo que podrá ser utilizado posteriormente por las personas interesadas en el área y a la vez como antecedente para futuras investigaciones.

Este estudio monográfico se ubica dentro de los prototipos de Estudios Documentales en la Modalidad de Investigación Monográfica, en donde el interés del investigador está dirigido a descubrir la verdad de un hecho o la reconstrucción de un suceso del pasado reciente y lejano, mediante evidencias documentales, culturales, testimonios físicos, estudios de fuentes como libros, artículos científicos, revistas, publicaciones y diversidad de material escrito relacionado con el tema. La modalidad monográfica tiene propósitos didácticos, que corresponden a la integración y síntesis de los conocimientos sobre un tema específico donde el autor comenta, confirma y critica la revisión bibliográfica, haciendo aportes desde su perspectiva personal. También son

considerados como una fundamentación teóricas de otros modos de investigación. (Orozco 2002). Así mismo Fedupel (2003), señala que los estudios monográficos abordan un tema o problema con sustento en los procesos de acopio de información, organización, análisis crítico y reflexivo, interpretación y síntesis de referencias y otros insumos pertinentes al tema seleccionado. Sierra (2004) expresa que la investigación monográfica o documental esta basada en el estudio o análisis de documentos y bibliografía relacionadas con el tema en estudio.

Los datos a emplear han sido recolectados en otras investigaciones, libros, artículos científicos, revistas, publicaciones y boletines y son conocidos mediante los informes correspondientes (datos secundarios), porque han sido obtenidos por otros y llegan elaborados y procesados de acuerdo a los fines de quienes inicialmente los manejaron. Estas informaciones llegan siempre a través de documentos escritos, pues esa es la forma uniforme en que se emiten los informes científicos en este tipo de investigación (Pérez 1997).

No existe un camino preestablecido para el manejo de la información bibliográfica. A pesar de esto y de la amplia variedad de enfoques y estilos de trabajo que se conocen, existen algunas tareas básicas que es conveniente cumplir:

1. La etapa inicial consiste en conocer y explicar todo el conjunto de fuentes capaces de ser útiles y en general la variedad de material escrito que se pueda encontrar sobre el tema.
2. Es necesario leer todas las fuentes disponibles utilizando la lectura discriminatoria que nos permita conocer en profundidad los aspectos esenciales y los resaltantes. De acuerdo a los resultados se ordena el material según diversos puntos y subpuntos a tratar.
3. Posteriormente se deberá proceder a la recolección misma de los datos, mediante fichas o resúmenes de cada fuente de donde se extraerán los aspectos concretos que podrán ser de gran utilidad para la investigación.
4. Ordenar los resúmenes de acuerdo a sus contenidos, a través de un esquema preestablecido.

5. Comparación de los resúmenes obtenidos, análisis de cada punto, evaluando su confiabilidad.
6. Por último, las conclusiones que se elaboraran teniendo especial cuidado en establecer la problemática que previamente se había planteado en la fase inicial de la investigación.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

El tema del Maltrato Infantil y su diagnóstico en la clínica odontológica Infantil ha sido discutido por varios autores y especialistas de esta área, en donde se determinan opiniones con una misma base, el Odontólogo es fundamental en el diagnóstico de este tipo de injusticia a los niños.

En un artículo titulado “Salvaguardia de niños en Odontología, entrenamiento para la protección del niño, experiencia y práctica de profesionales dentales con un interés pediátrico de la Odontología”, se demuestra que después de varias investigaciones frecuentemente publicadas sobre las muertes de niños por abuso y negligencia, ha habido mucho interés reciente en el papel y la responsabilidad de todos los profesionales de la salud de proteger a los niños del riesgo al Maltrato. Los resultados de un cuestionario postal, enviado en marzo de 2005 a 789 dentistas y a profesionales del cuidado dental con un interés en la Odontología pediátrica que trabajan en el Reino Unido, se presentan en un informe bipartito y se discuten en el contexto de la buena práctica para salvaguardar y promover el bienestar de los niños. Esta primera parte explora el entrenamiento, la experiencia y la práctica divulgada de la protección del niño. Había una diferencia significativa entre el reconocimiento de muestras del abuso y la respuesta con eficacia: el 67% de los encuestados habían sospechado abuso o negligencia de un paciente

Infantil en algún momento en su carrera pero solamente el 29% nunca había hecho una remisión de la protección del niño. La profesión dental se alerta a la necesidad de asegurarse sobre que medidas apropiadas son necesarias para salvaguardar a niños, cuando se sospeche de Maltrato Infantil. (Harris, Elcock, Sidebotham, Welbury, 2009).

En este sentido, Mcdonnell y Mackie (2008), hacen referencia a un caso de una niña de tres años referida a la unidad de Odontología pediátrica porque se le encontró un clavo del metal alojado en el alvéolo de la unidad dentaria 53. Este caso describe los procesos que fueron seguidos para alcanzar un diagnóstico y salvaguardar al niño, destacando la necesidad de investigar completamente todos los aspectos del maltratado, determinar los sospechosos y seguir procedimientos apropiados para asegurar los intereses de la víctima y acusados, en este caso era abuso del padre.

Sidebotham y Harris (2007), consideran que los Odontólogos Infantiles pueden estar en una posición única a reconocer y a responder a las preocupaciones de esta clase de abuso, además que el artículo contornea algunas de las maneras que el abuso puede presentarse al Odontólogo y describe medidas que deben ser tomadas si el abuso se sospecha en un paciente joven dentro de las que esta el notificarlo al servicio social local.

Por su parte Lazenbatt y Freeman (2006) expresan en su estudio la capacidad y comportamientos divulgados por profesionales en Irlanda del Norte para reconocer los abusos físicos, donde el 7% de niños lo sufren por parte del padre o de un cuidador, y 2 niños de cada 15 mueren de abuso cada semana. De un cuestionario postal enviando al azar a 979 trabajadores de la salud; enfermeras, doctores y dentistas, 251 señalaron que en su vida laboral habían visto un caso sospechoso de abuso físico; donde 201 habían divulgado el caso sospechoso a las autoridades. Aunque 310 respondieron que eran conscientes de los mecanismos para los abusos físicos del niño, 332 pidieron adicional educación en este asunto para reconocer y buena voluntad de divulgar. Los resultados sugieren miedos y ansiedades por parte de los profesionales.

En este sentido Kellogg, Block, Hibbard, Jenny y cols (2005), explican que la evaluación de las marcas de mordedura; así como lesiones, infecciones, y enfermedades periorales e intraorales que pueden ser sospecha de Maltrato.

Los médicos reciben el mínimo de entrenamiento; en salud oral, lesiones y enfermedades dentales.

Ese mismo año, Bellinzona, Decuadro, Charczewski y Rubío, realizaron un trabajo descriptivo y retrospectivo del período 1998-2001 con el objetivo de conocer las características de los casos de Maltrato Infantil y abuso sexual que ingresaron al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). El Maltrato físico fue 61,2% y el abuso sexual 38,8% de los casos. El Maltrato físico por acción u omisión predominó en los niños menores de 5 años. El tipo de lesiones halladas con mayor frecuencia fueron las de partes blandas (hematomas, equimosis) seguidas por el traumatismo encéfalo craneano. Se constató una alta frecuencia de familias monoparentales, en particular madre sola, siendo esta última la principal agresora del niño.

El mayor porcentaje de abuso sexual se produjo a nivel intrafamiliar, en niñas, y los principales agresores fueron el padre sustituto y el padre biológico. Un alto porcentaje de niños debió ser separado de sus hogares, con todas las repercusiones emocionales y psicológicas que esto conlleva. Se enfatiza la función del pediatra formando parte de un equipo multidisciplinario, quien debería jugar un rol importante en prevención ya que generalmente es el primero en tomar contacto con el niño y su familia, pudiendo identificar factores de riesgo y los factores protectores.

Los Centros Comunitarios de Aprendizaje; Cecodap, basaron parte de su estrategia legal en una encuesta realizada en el Estado Zulia, en 2005, con 21.354 encuestados que arrojó que 70% de los castigos físicos y del Maltrato Infantil ocurre dentro del hogar. Revistas Estampas (24/01/09).

Asimismo, se plantea en un artículo relacionado con la importancia del diagnóstico del Maltrato Infantil en Odontología; publicado en Gaceta Dental (2000-2001). Esta problemática es la segunda causa de muerte en los primeros años de vida y en traumatismos craneoencefálicos el principal motivo. De las notificaciones de abuso Infantil, 70% de los casos comprenden abuso físico; 20% abuso sexual; 5% falta de crecimiento por desnutrición y otro 5% otros casos. La población de Odontólogos, que maneja un número considerable de niños, lleva un registro clínico dental, pero no se han familiarizado con el abuso y Maltrato de niños, a pesar de que hay trauma orofacial en 65% de los casos. Igualmente se especifica en este artículo que el

diagnóstico del Odontólogo, como cualquier otro caso, se realiza por medio de la historia clínica, la exploración extra e intraoral y pruebas complementarias, asimismo un interrogatorio completo y exhaustivo con fines médico legales.

En este orden de ideas, Ariza, Caicedo e Isaza (1998), en su estudio sobre la comunicación para el manejo de la ansiedad y agresividad en el niño en la consulta odontológica; enfatizaron que la participación del especialista en la consulta odontológica es muy importante, ya que por medio del examen oral puede, fácilmente, sospecharse la existencia del síndrome del Maltrato.

Por su parte, Cortes, Dávila e Iriarte (1998), en su publicación sobre las responsabilidades del Odontólogo e implicaciones legales, señaló que siempre que entre en el consultorio un niño con evidencia de trauma orofacial o negligencia debe sospecharse que ha habido algún tipo de Maltrato, hasta que no se demuestre lo contrario.

En este sentido, Olmeda (1997) en su publicación sobre la detección del Maltrato Infantil en los consultorios odontoestomatológicos explica que las clínicas dentales, en cuanto que son centros de asistencia primaria y tienen un área de actuación sobre una región del organismo, frecuentemente relacionada con las lesiones por agresión, son lugares privilegiados para detectar casos de niños maltratados.

Por otra parte Brodeur y Monteleone (1994), en una publicación sobre el abuso Infantil destacan que aproximadamente en 25% de los abusos físicos y en un 15% de los abusos sexuales se pueden encontrar injurias de la boca.

Como se puede demostrar en un estudio realizado por Olmeda (1997) donde explicaba las técnicas de manejo del comportamiento del niño en odontopediatría, señaló que en los casos donde el Odontólogo determinaba la existencia de Maltrato Infantil, su papel es ir más allá del tratamiento dental, y concientizarse de que es un problema y debe familiarizarse con los mecanismos de reportes a las autoridades sociales o legales.

Con respecto a lo anteriormente citado por los diferentes autores se puede comprobar que existe una estrecha y clara relación entre los estudios realizados y la presente investigación, en donde la evaluación del paciente; detallada, amplia, específica y objetiva dentro de la historia clínica está directamente relacionado con un diagnóstico de posible Maltrato Infantil, y por lo tanto una atención integral al niño.

Un estudio en 1982 realizado por el investigador Recagno encontró que 30% de las madres de sectores populares aplicaba el castigo físico desde un año de edad, con coscorriones o tirones de cabello. A medida que el niño crecía, el castigo se hacía más brusco. Entre 1981 y 1987, Fundacredesa estudió a 35.724 niñas, niños y adolescentes entre 5 meses y 19 años. El 70,7% recibía castigo físico. *Revistas Estampas* (24/01/09).

Bases Teóricas

Historia del Maltrato Infantil

El Maltrato Infantil ha existido desde tiempo atrás, Pérez (1997) señaló que la historia de la niñez es una pesadilla de la cual recientemente apenas empezamos a despertar. Algunas historias, mitos y leyendas hablan del Maltrato a la infancia; por ejemplo Cronos devora a sus hijos, o la matanza de los primogénitos y lactantes por parte de Herodes. Según la época y la civilización, el niño ha recibido tratos diversos, 400 años antes de Cristo, Aristóteles expresaba: “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”: el filósofo griego reflejaba las costumbres y prácticas dominantes en Grecia y Roma, donde el padre podía vender o matar a su hijo.

Séneca hablaba de “la explotación de inocentes criaturas para la supervivencia de sus padres, extirpándoles un ojo o amputándoles una pierna, con la finalidad de convertirlos en limosneros profesionales”. Los griegos arrojaban a los niños deformes desde el monte Talgeto: en Egipto se ahogaba una niña en el Nilo en signo de fertilidad; Platón estaba de acuerdo con la matanza de los niños que no fueran robustos. Camargo (1997).

Todo esto y más permite conocer como culturalmente las civilizaciones han desconocido y violentado los derechos y el bienestar de los niños. Ante esto, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambroise Tardieu; catedrático de medicina legal en París. Se basó en hallazgos obtenidos en las autopsias; describió 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte.

En este mismo año Athol Jonson llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños: las atribuyó al estado de los huesos, ya que, en aquella época, el raquitismo era cosa general entre los niños Londinenses. Jhonson (1868).

Algunas décadas atrás, expresiones tales como niños maltratados, mujeres golpeadas o abuso sexual tal vez habían sido comprendidos pero no consideradas como sinónimo de graves problemas sociales" Corsi (1994), según este autor, la violencia familiar comenzó a abordarse como problema social grave a comienzos de los 60, cuando algunos autores describieron el "síndrome del niño golpeado", redefiniendo los malos tratos hacia los niños; también el abordaje periodístico de estos casos, contribuyó a generar un incremento de la conciencia pública sobre el problema.

En 1871 se fundó la sociedad para la prevención de la crueldad en los niños, pero, tuvo que pasar bastante tiempo para que John Kaffey informara en 1946 sobre sus primeras observaciones relativas a la hasta entonces no explicada asociación entre hematoma y alteraciones radiológicas normales en los huesos largos. Kempe (1985)

Es entonces, 7 años después que F. Silverman reconoce que los causantes de los traumatismos podrían ser los padres por actitud negligente o descuido, o por agresión deliberada; aunque ellos negaran toda culpabilidad atribuyendo las lesiones a causas accidentales, a este cuadro se le denominó "Trauma insospechado de origen desconocido". Las teorías empiezan a surgir en 1961 con Henry Kempe, quien organizó estudios para un simposio de la Academia Americana de Pediatría, sobre el síndrome del niño maltratado. A partir de 1962, millares de artículos y libros han contribuido en gran medida al conocimiento del abandono y a los malos tratos del niño. Kempe (1985)

La revista Boletín (1996) en el artículo llamado el castigo corporal en la niñez: ¿endemia o epidemia?, afirma que los años sesenta marcan un hito en la historia referente a la violencia contra los niños, ya que durante este ese periodo se describió el síndrome del niño maltratado y se le acuñó este nombre y desde entonces se han multiplicado los trabajos sobre el tema pero a pesar de las investigaciones realizadas, aún queda mucho por aclarar sobre la epidemiología de la violencia contra los niños, sus causas y sus mecanismos y las medidas más eficaces para prevenirla.

También Cortés y Cantón (1997) mencionan que el abuso Infantil ha existido siempre aunque ha sido durante los últimos 150 años cuando ha ido emergiendo como un problema social y una considerable cantidad de instituciones sociales y legales se han ocupado de él y que en un principio, este

fenómeno no recibió atención como tal, sino que dentro del esfuerzo por acabar con el problema de los niños vagabundos e indigentes se encontraron diversos casos de Maltrato Infantil.

Berk (1999) señala un aspecto muy importante y decisivo en la aceptación del problema del Maltrato Infantil como tal y señala que este problema es tan viejo como la historia humana, pero solo recientemente ha habido aceptación amplia de que el problema existe, investigación centrada en entenderlo, y programas dirigidos a ayudar al niño maltratado y a las familias y quizá este aumento de interés público y profesional es debido al hecho de que el Maltrato Infantil es muy común en grandes naciones industrializadas o desarrolladas como las no desarrolladas y en vías de desarrollo, es decir que la incidencia de este problema se ha incrementado tanto mundialmente que se ha salido del control social. Esto resaltó claramente cuando Marcovich (1981) señaló que cada minuto un niño sufría Maltrato físico o verbal por parte de alguno de sus padres.

Definición de Maltrato Infantil

Según la Convención para los Derechos del Niño, “un niño es toda persona por debajo de los 18 años a menos que exista una ley que aplique a la mayoría de edad a más temprana edad”. En el reporte Mundial de Violencia y Salud, la Organización Mundial de la Salud (2002) define el Maltrato Infantil, también conocido como abuso y negligencia hacia el niño, como: “Toda forma física y/o emocional de Maltrato, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, o explotación comercial o de otro tipo que resulte en el daño potencial de la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

En el libro Niños Maltratados Olmeda, (1997) dice: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de su 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”.

Otra definición es: “Acto o falla en el actuar no accidental, por parte de uno de los padres, custodios o personas cercanas al niño o cualquier persona, que resulta en daño emocional o físico, abuso sexual, explotación, muerte o simplemente que coloque en riesgo la integridad física , psicológica y emocional del menor”. Lago, Posada y Montufar (s.f). Mientras que para los

autores Braham, Tsuchiya, Kurosu y Fukuta (1994), el Maltrato Infantil se define como el encuentro de heridas infligidas, no accidentales.

El Maltrato se debe estudiar desde el enfoque médico y/o psiquiátrico, criminal, social, legal, psicológico, educativo y ético, ya que es un problema multifactorial. Epidemiológicamente UNICEF (United Nations Children's Fund; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) señala que el Maltrato Infantil es un problema escondido en muchos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo. En América latina y el Caribe, no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por violencia en su núcleo familiar, sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica. www.uniceflac.org.

Según La Fundación Oficina Nacional da Denuncia del Niño Maltratado, "Fondenima", definen que un niño maltratado es aquel cuya salud física, mental o su felicidad es perjudicada o amenazada por acción u omisión, por sus padres o por otras personas responsables de bienestar.

Factores de Riesgo.

Para los autores Olmeda (1997) y Zamudio (1994), el Maltrato Infantil es un problema multicausal en donde hay interacción por parte de todos los componentes de la sociedad. Es por ello que para determinar el problema, se ha clasificado los factores de riesgo en tres grandes grupos:

- Individuales
- Familiares
- Socioculturales y ambientales

Factores individuales:

Algunas características individuales de los propios niños pueden causar que se presenten situaciones de Maltrato Infantil, como por ejemplo:

- Embarazo no deseado
- Niños prematuros
- Niños con impedimento físico o psíquicos
- Niños con temperamento difícil o errático
- Niños hiperactivos

También se pueden identificar como factores de riesgo, características propias de los padres:

- Personalidad (Depresión , baja autoestima)

- Experiencia o inexperiencia en la crianza de niños (Madres solteras jóvenes con poco o ningún apoyo)
- Poca educación
- Falta de atención hacia otros hijos
- Problemas psicológicos o físicos
- Historia de abuso o negligencia de sus padres (Niños que han sido maltratados pueden llegar a ser padres maltratadores)

Factores familiares:

Ante situaciones de desequilibrio en el grupo familiar, muchas veces la primera víctima suele ser el niño. Se trata de problemas que interfieren con el funcionamiento normal de la familia, y es debido a la estructura de la misma y su dinámica. En cuanto a las condicionantes de tipo estructural es característico:

- Número de integrantes de una familia
- Familias monoparentales
- Padres adolescentes

Una familia en donde la comunicación no es efectiva, existe carencia de vínculos afectivos y violencia, la ausencia de reglas y límites, son factores que se relacionan directamente con la presencia o ausencia de signos de Maltrato Infantil.

Factores socioculturales y ambientales:

Las formas de crianza en distintas culturas y tradiciones influyen en la concepción que se tenga sobre el Maltrato Infantil, mostrando cosas que en una se hacen y parecen naturales y en otras sociedades están ausentes casi totalmente. La dependencia del niño respecto al adulto es un factor determinante en el Maltrato Infantil; por la idea de que los hijos pertenecen a los padres.

Con respecto a los problemas ambientales y socioeconómicos que actúan como factores de riesgo podemos mencionar:

- Situación laboral: El desempleo, la inestabilidad laboral, excesiva carga horario (Trae consigo desventajas económicas)
- Vivienda: Hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, numero de familias en una sola vivienda, condiciones indeseables básicas de habitabilidad.

- Necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, entre otras.

Aunque se ha demostrado que la educación, nivel socioeconómico, desempleo no son indicativos para que exista negligencia, son un factor de riesgo que se debe tomar en consideración. Hay que tener en cuenta tres elementos que pueden precipitar la presencia de negligencia:

- Soporte social: Por lo general son familias que se alejan de la sociedad.
- Estrés
- Abuso de sustancias. Se ha demostrado que los niños con madres adictas están en mayor riesgo de presentar algún tipo de Maltrato Infantil en los 2 primeros años de vida. Zamudio (2004)

Según Wrigth, Starkey y Donald (1983), en la mayoría de los casos en que se producen situaciones de Maltrato Infantil se conjugan más de uno de estos factores.

Enfoques del Maltrato Infantil.

En la aproximación al Maltrato Infantil varias perspectivas de diferentes disciplinas y puntos de vistas profesionales se han combinado para proveer una visión más global sobre el problema.

La perspectiva Histórica sobre este tema pretende señalar que esto ha ocurrido desde hace mucho tiempo en diferentes culturas a nivel mundial. A medida que las sociedades se han vuelto más tolerantes y respetuosas al individuo se ha observado que el niño ha recibido mejor cuidado y protección. El niño ha evolucionado de ser un sujeto de compasión a ser un sujeto de derechos. (Hobbs, Hanks y Wynne 1993).

En este sentido, el modelo Médico, agrega que la adopción de injuria no accidental como un diagnóstico de categorías de desorden médico, ha sido el paso más importante para entender el problema de abuso Infantil, y de necesidad de tratamiento terapéutico. Es la que da la clasificación que se conoce actualmente de Maltrato físico, psicológico, negligencia, abuso sexual y laboral entre otros. (Hobbs, Hanks y Wynne 1993).

Dentro de estos enfoques esta también las Teorías Psicológicas, donde muchas de ellas hablan que el Maltrato es un circuito vicioso, donde niños maltratados o abusados, serán maltratadores en su edad adulta, como también se habla de que los diferentes comportamientos observados en su círculo

familiar serán aprendidos y repetidos en edades adultas. Se analiza el porqué de los actos desde un punto de vista grupal. (Hobbs, Hanks y Wynne 1993).

Y por último el Factor Legal, donde analiza este problema a raíz de las lesiones personales que pueda presentar el individuo y el castigo que el agresor debe recibir. Es una interrogante constante en el día a día de esta problemática el hecho de si el niño debe seguir o no junto al agresor, y si por lo tanto es un delito, y éste merece amonestación, cárcel, o incluso pena de muerte en algunos países. (Hobbs, Hanks y Wynne 1993).

Se puede clasificar los malos tratos en tres grupos:

- Prenatales: Circunstancias en la vida de la madre que negativa o patológicamente en el embarazo y que tengan repercusiones en el feto. Incluyen :
 - o Gestaciones rechazadas
 - o Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos
 - o Enfermedades de transmisión
 - o Abortos
- Postnatales: Durante la vida del niño que ponen en riesgo la vida del niño:
 - o Acción-físicos
 - o omisión-negligencia
 - o Emocional
 - o Abuso sexual
 - o Explotación laboral
 - o Síndrome de Münchausen por poderes
- Institucionales: Por parte de las instituciones o la propia sociedad (Gaceta Dental 2000-2001).

Según Zamudio (2002) existen muchas clasificaciones de Maltrato Infantil. La Defensoría del Pueblo colombiana en 1995 lo clasifica en:

- Maltrato físico
- Negligencia o descuido
- Maltrato psicológico o emocional
- Abuso sexual
- Síndrome del bebe zarandeado
- Maltrato a la gestación

También incluyen:

- Niños de la calle y en la calle
- Niños y niñas trabajadores
- Maltrato escolar
- Niños de la guerra
- Niños desplazados
- Niños involucrados en el conflicto armado

A continuación se expresa unas cifras oficiales sobre Maltrato Infantil para el año de 1995.

N° de Denuncias	Quienes Maltratan
192	Madre
132	Padre
7	Tíos
3	Abuelos
53	otros

Fundema, 1995. Área Metropolitana de Caracas

Tipo de Maltrato	Denuncias
físico	156
Psicológico	89
Abuso Sexual	24
negligencia	42

Fundema, 1995. Área Metropolitana de Caracas

Maltrato Físico por Zonas Geográficas	
Región Nor Oriental	80 %
Área Metropolitana	74 %
Región centro Occidental	64 %

Fundema, 1995. Área Metropolitana de Caracas

Tipos de Maltrato Infantil

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define Maltrato físico como “como el que resulta o puede ser potencialmente dañino de una interacción o

falta de interacción, que es causado por el padre o persona en posición de responsable, poder o confianza. Pueden haber incidentes únicos o repetidos”.

El Maltrato Infantil según Corsi (1994), se subdivide en dos grupos:

- 1) Pasivo: Comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.
- 2) Activo: Comprende el abuso físico que consiste en cualquier acción no accidental por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor. La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. También comprende el abuso sexual, que consiste en cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar, tutor o cualquier otro adulto. La intensidad del abuso puede ir desde el exhibicionismo hasta la violación. El abuso emocional también entra en esta categoría de abuso activo y se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas de abandono, etc.) y el bloqueo constante de las iniciativas Infantiles (puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Otra forma de Maltrato Infantil es el caso de los niños testigos de violencia, "cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres”.

Según Martínez (1997), el Maltrato Infantil posee una gran variedad de manifestaciones, siendo físico, sexual, psicológico, explotación laboral, entre otros.

Maltrato físico

En el manual titulado “Save the Children” (s.a 1994), el Maltrato físico es cualquier intervención no accidental por medio de fuerza física que provoque enfermedad al niño o lo coloque en una situación de grave riesgo de padecerlo. Es la más comúnmente reportada y va acompañada de daño físico y psicológico, degradando e intimidando al menor y prediciendo un daño en su desarrollo normal. Se caracteriza por manifestarse con:

- Presencia de contusiones y abrasiones, cicatrices, muchas veces con la forma del objeto que fue realizado

- Frácturas múltiples en diferentes estados de cicatrización (huesos largos, costillas)
- Mordeduras (mejillas, brazos, piernas)
- Equimosis, laceraciones o abrasiones (en cuello, región perioral y periorbital)
- Lesiones en el cráneo (fracturas)
- Alopecia traumática (petequias en el cuero cabelludo)
- Hematomas o Contusiones detrás de la oreja (Síndrome de Battle)

Cálculo de la edad de los Hematomas	
Edad	Aspecto o color
0 a 2 días	Zona tumefacta e hipersensible
0 a 5 días	Rojo, azul, púrpura
5 a 7 días	Verde
7 a 10 días	Amarillo
10 a 14 días o más	Pardo
2 a 4 semanas	desaparición

Lee, Ilan y Mulvey (2002).

- Laceraciones (rasguños, objetos cortantes)
- Lesiones en los tejidos blandos y duros de la boca (contusiones en paladar, laceración de los frenillos, ablación, fracturas dentales, luxaciones, avulsiones)
- Quemaduras (por líquidos, instrumentos calientes, cigarrillos)

Todas las anteriores se consideran lesiones. Lesión se define como cualquier alteración que se presenta en el organismo por la aplicación de una energía física, que suele tener características específicas diferenciándolas de las de forma casual. (Martínez 1997). Las mismas presentan tres aspectos fundamentales:

- Identificación:
 - o Laceración: Herida superficial que compromete piel o mucosas pero no incluye tejido celular subcutáneo o submucoso.
 - o Excoriación: Pérdida de sustancia que compromete la epidermis, siendo más profunda que la erosión.

- Equimosis: Extravasación de sangre de los capilares, la cual se infiltra en los tejidos circundantes sin acumularse, dándole a la piel color violáceo.
- Edema: Acumulación de líquido intersticial en tejido celular ocasionado por trauma, produciendo hinchazón.
- Avulsión: Arrancamiento de un tejido o parte de el por tracción. Ej.: dientes.
- Fractura: Ruptura de solución de continuidad de un tejido duro.
- Infracción: Fractura incompleta.
- Concusión: lesión de los tejidos que rodean la estructura dental, sin desplazamiento, con reacción a la percusión presentando síntomas y no signos.
- Luxación: Desprendimiento de una estructura.
- Descripción: Se refiere a la forma, tamaño, profundidad y compromiso.
 - Abrasión: Herida en piel con remoción de la epidermis, causada por fricción contra una superficie.
 - Contusión: Área de hemorragia dentro del tejido blando por la ruptura de vasos sanguíneos causados por un trauma.
 - Laceración: Ruptura del tejido por cortadura o fuerza aplastante.
- Localización: Se refiere a la localización en la anatomía del cuerpo humano.

Los agentes causantes de una lesión pueden ser de tipo:

- Físicos: Calor, frío, electricidad
- Químicos: Medicamentos, sustancias químicas, ácidos
- Biológicos: Venenos de serpientes, virus, toxinas naturales.
- Psicológicos: Amenazas, chantaje, extorsión.
- Mecánicos: Los más frecuentes:
 - Cortantes: Realizadas por objetos con filo. Las heridas se describen como incisas. Ej.: Cuchillos, vidrios
 - Punzantes: Realizada con objetos con punta. Producen lesiones superficiales mínimas, pero se observa mayor daño a nivel interno. Ej.:Pica hielo, destornilladores, llaves, punta de mesas
 - Contundentes: Objetos que producen daño por su masa y/o velocidad. Ej.: Puño, palos de escoba, cinturones

Los estudios concuerdan que la lesiones en cabeza, cuello y boca, representan entre 50% y 65% de todos los caso de Maltrato físico.

Las lesiones más frecuentes en cabeza son las fracturas (20%), 30% de lesiones en cara (contusiones en mejillas, nariz o labios) y 2 % de lesiones en boca, siendo las más observadas fracturas de dientes, moretones, laceraciones, fracturas mandibulares y maxilares y quemaduras. Se cree que el porcentaje tan bajo de lesiones en boca se deba a que no son observadas por los médicos durante su examen. Muchos de estos casos presentan lesiones múltiples y en diferentes áreas del cuerpo. (Rodríguez 1997 y Olmeda 1997)

Localizacion de la lesion	Frecuencia	Porcentaje
Nalgas o cadera	169	12
Cara	165	11
Brazos/Espalda	150/147	10
Muslos	127	9
Piernas	111	8
Cabeza o cuero cabelludo	108	7
Ojo/Tórax	72/66	5
Abdomen/Manos	57/51	4
Cuello/Hombros	43/38	3
Oídos/ Pies/ Genitales externos, ingle	27/24/23	2
Nariz/Boca	20/20	1
Cráneo/Cerebro o contenido craneal	13/13	1
Recto	4	<1
Dientes	2	<1
Riñón o vejiga	1	<1

Tomado de Injury in Chile Abuse. Child Abuse Negl 9:207-215, 1985

Algunas de las señales que se presentan por violencia física son los hematomas, cicatrices, desgarramientos, marcas de golpes, punciones, heridas, laceraciones, fracturas, ausencia de cabello, quemaduras, envenenamiento, entre otros.

El mordisco es un indicativo raramente accidental de Maltrato físico, variando ampliamente su severidad, encontrándose en mejillas, espalda, brazos y nalgas en niños pequeños, ya en niños mayores o adolescentes, pueden ser reflejo de asalto o abuso sexual representado por marcas en cuello, pecho, estómago y genitales. Los incisivos dejan marcas rectangulares puntuales y angostas; caninos que dejan lesiones más triangulares tienden a ser más definidas en mordedores adultos que niños; y premolares dejan marcas ovoides. Las mordeduras dejadas por los dientes maxilares tienden a ser más difusas a diferencia que las dejadas por los dientes mandibulares que son más distintivas. La duración de esta lesión dependerá de la magnitud de la fuerza con que fue ejercida, y con el tiempo disminuirá el edema e inflamación. Lee, Ilan y Mulvey (2002).

Un estudio realizado en México revela que Las causas de muerte inesperada en el lactante son diversas, y en este grupo se pueden incluir las ocasionadas en el síndrome del niño maltratado, específicamente Cuando no se precisa la etiología del deceso después de un análisis exhaustivo de la historia clínica, la autopsia y la escena de la muerte, se puede hablar del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). El SNM es una realidad creciente a nivel mundial. El Maltrato físico, un tipo de SNM, puede ocurrir en formas tan sutiles o graves que causen la muerte del menor. Se ha reportado que de 3.5 a 5% de casos diagnosticados como SMSL correspondieron a SNM. (Loredo, Trejo, Jordán, López, Muñoz, Perea y Ridaura 2006).

En este mismo orden de ideas, los tipos de Maltrato que frecuentemente son infligidos a los pequeños, son los siguientes: empujones, correazos, golpes con objetos contundentes y bofetadas, además de insultos, gritos y humillaciones. Se alerta a los representantes sobre el castigo que podrían

recibir al maltratar a los menores, mencionando el artículo 254 de la Lopna, que establece la penalización de 12 meses y hasta 3 años para la persona que someta a un niño o adolescente bajo su autoridad a castigos o tratos crueles. Castellano (2007).

Negligencia

Según la OMS (1999) la Negligencia como Maltrato Infantil se define:

Inatención u omisión por parte del cuidador de proveer para el desenvolvimiento del niño en todos los medios: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, alojamiento y condiciones de vida sana o tiene una alta probabilidad de causar daño a la salud del niño o al desarrollo físico, mental espiritual, moral o social. Esto incluye el fracaso para supervisar apropiadamente y proteger a los niños de hacerse daño.

La negligencia representa el tipo de Maltrato más frecuentemente observado, pero hay muy poca conciencia pública acerca de lo crítico y prevalente que es este problema. Es importante conocer y saber diferenciar estas lesiones, ya que a la hora que se presentan en nuestra consulta debemos saber diferenciarlas y poder determinar si la causa de la lesión concuerda con la versión presentada por el paciente y por el cuidador. Con respecto a la edad se observan más casos en menores del 3 años (70%). (Jessee 1999)

La negligencia dental es uno de los subtipos, más por la severidad de otros casos, es muy poco investigada. La Academia Americana de Odontología Pediátrica define negligencia dental como:

La incapacidad de un padre o guardián de buscar y obtener el tratamiento apropiado para la caries, infecciones orales o cualquier condición de los dientes y estructuras de soporte que:

- Hagan la alimentación rutinaria imposible
- Causen dolor crónico
- Demoren o retracen el crecimiento o desarrollo del niño
- Hagan difícil o imposible que el niño realice actividades diarias como jugar, caminar, o ir a la escuela

La detección de las formas comunes de negligencia dental son difíciles de identificar. En Gaceta dental 2000-2001 se enuncian los siguientes indicadores de negligencia dental:

- Caries rampante que puede ser detectada por cualquier persona
- Dolor, infección, sangrado o trauma que afecte la región orofacial

- Historia de poco cuidado cuando se conoce que se ha identificado una morbilidad dentaria

Si estas condiciones orales no son tratadas pueden conducir a l dolor, infección y pérdida de función, que son resultados que afectan la comunicación, nutrición y otras actividades que afectan el crecimiento y desarrollo del niño. (Jessee 1999)

En un estudio realizado en la Universidad Javeriana se observó que 16% de los niños presentaban patologías consideradas sugestivas de Maltrato. De estos 40% presentaba caries múltiples (mayor prevalencia), más en niños (15%) y entre los 4. 5 años (20%). (Rivera 1998)

No hay que descartar que existan otros factores, tales como problemas financieros, intelectuales y sociales, que deben ser considerados antes de realizar una acusación de negligencia. Tal vez lo más aterrador es que esta forma es la más perjudicial, ya que no son directamente medibles y observables, y adicionalmente, siempre están presentes cuando se diagnostican otras formas de Maltrato. Según Lago, Posada y Montufar la gravedad está dada por la posibilidad o no de recuperación del niño afectado pudiendo implicar la salud del menos o llevarlo hasta la muerte (desnutrición, caries de primera infancia, entre otros).

Las cifras ofrecidas por el Sistema de Información para la Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) para el año 2005, evidencian que el déficit nutricional de la población menor de 5 años muestra una leve mejoría con respecto a 2004 a excepción del sobrepeso:

Clasificación antropométrica nutricional en menores de 5 años

Años	Nº niños evaluados	Déficit global Peso/edad	Déficit crónico Talla/Edad	Déficit agudo Peso/talla	Sobrepeso Peso/talla
2004	329.242	5,2	12,5	4,1	3,1

2005	316.243	4,6	11,8	3,8	3,3
------	---------	-----	------	-----	-----

Fuente: INN-SISVAN. Disponible en <http://www.cecodap.org.ve/>

Porcentajes de déficit nutricional por entidad federal- 2005

Déficit crónico Talla/edad		Déficit Global Peso/edad		Déficit agudo Peso/talla	
Amazonas	23,60	Amazonas	10,86	Delta Amacuro	5,90
Miranda	16,78	Miranda	7,89	Bolívar	5,83
Delta Amacuro	16,00	Delta Amacuro	8,88	Apure	5,38
Lara	15,50	Monagas	6,90	Sucre	5,14
Cojedes	14,28	Portuguesa	6,87	Guárico	4,74
Barinas	14,18	Apure	6,85	Barinas	4,64

Fuente: INN-SISVAN. Disponible en <http://www.cecodap.org.ve/>

Muertes por desnutrición

Año	Muertes generales por desnutrición	Muertes menores de 15 años por desnutrición	
		Nº	%
2002	947	579	61,1
2003	1.337	848	63,4
2004	957	521	54,4

Fuente: Ministerio de Salud, Anuarios de Mortalidad, 2001, 2002, 2003, 2004.
Disponible en <http://www.cecodap.org.ve/>

Tasa de mortalidad por deficiencias en la nutrición por enfermedad

Enfermedad	2001	2002	2003	2004
Diarreas (menores de 5 años)*	40,9	37,0	57,5	35,5
Neumonía*	28,5	20,8	30,6	24,4
Bronquitis **	1,9	1,8	3,3	N/A
Tosferina **	1,5	1,0	1,1	2,1
Sarampión	0,0	0,1	0,0	0,0

* Tasa por cada 100.000 niños menores de 5 años

** Tasa por cada 100.000 habitantes

Disponible en <http://www.cecodap.org.ve/>

Maltrato Psicológico o Emocional

Según la OMS (1999) el Maltrato psicológico o emocional como abuso Infantil se define:

Fracaso al proveer un ambiente apropiado para el desenvolvimiento, incluye la viabilidad de una figura de apego primaria para que el niño pueda desarrollar un lazo emocional estable y completo y competencia social con su potencial personal. Puede haber actos que causen o puedan causar daño a la salud física, mental, espiritual, moral o desarrollo social. Estos actos pueden ser razonables con el control del padre o peona en una relación de responsabilidad, confianza o poder. Incluyen restricción de movimiento, denigración, amenazas, asustarlo, discriminarlo, ridiculizarlo u otro tipo de forma no física de hostigamiento o tratamiento de rechazo.

Este Maltrato acompaña a todos los tipos de Maltrato, sea físico, sexual, o negligencia, entre otros. Se tiene un paciente con retraso en su desarrollo, hostil hacia el medio, con miedos, temor hacia los adultos, aislado y bajo de peso. Hobbs, Hank y Wynne (1993) señalan que este tipo de Maltrato es tal vez uno de los más difíciles de definir, diagnosticar y tratar, debido a las dificultades para discriminar entre lo que podemos considerar como Maltrato y las alteraciones, trastornos o conflictos derivados de diferentes patologías y que se pueden presentar tanto en los padres como en los niños y que suelen provocar distorsiones en los vínculos familiares.

Algo importante con respecto a esto es el aspecto de la intencionalidad, siendo más común las situaciones ambiguas y confusas en donde existe la creencia por parte del adulto que su conducta es justificada y se ajusta al comportamiento del niño. Se genera entonces por carencia de afecto, y exceso de violencia física en la relación que se da entre el niño y las personas más cercanas a él; se presenta en el desarrollo psico-afectivo de los niños maltratados creando alteraciones motoras, de lenguaje, de socialización y adaptación.

Generalmente el Maltrato psicológico se presenta las siguientes formas, según James A. Monteleone en su libro "recognition of child abuse", (Parra 2002):

- Castigos, recriminaciones, amenazas
- Utilización del niño en disputas de separación entre padres
- Exceso de responsabilidades para su edad
- Aislamiento del niño por traslados frecuentes
- Agresión verbal
- Exceso de apego (impidiendo la autonomía necesaria)
- Ignorancia del niño
- Rechazo
- Presión
- Terrorismo
- corrupción

Las secuelas pueden ser:

- trastornos del sueño y alimenticios
- Trastornos psicológicos

- Conductas antisociales, delincuencia y violencia.
- Baja autoestima
- Dificultad de relacionarse
- Dificultad de aprendizaje
- Conductas autodestructivas
- Suicidio
- Retardo en el desarrollo de lenguaje, movilidad y cognitivos.
- Disminución de las actividades de exploración.
- Visión negativa de si mismos y de los demás.
- Desordenes psiquiátricos

Las secuelas que deja son muy variables y su corrección o eliminación depende mucho del tiempo en que ha prevalecido la misma. Estas pueden ser de 3 tipos:

- Leve: reparable con un corto tiempo de tratamiento.
- Moderado: Tratamiento más prolongado a niño y su familia.
- Grave: No es posible corregir, perduran por toda la vida.

En ocasiones los padres a su vez han sido maltratados en su infancia reproduciendo la misma conducta que aprendieron en sus propios hijos, por eso no necesariamente es intencional y conciente en todas las ocasiones; puede ser producto de una falta de educación y orientación. Contrariamente a lo que se piensa, estos niños están afectivamente apegados a sus padres y viceversa. Zamudio (1994)

El Maltrato al niño y al adolescente, se puede considerar un problema familiar, por cuanto la mayoría de las personas provenimos de hogares donde esta práctica era rutinaria y se asumió como un hecho común. Rojas (2008).

En este sentido, González (2008), señala que “los padres tienen el deber de educar y guiar a sus hijos en ambientes de paz y amor, evitando así hacerlos protagonistas de actos violentos”.

Abuso Sexual

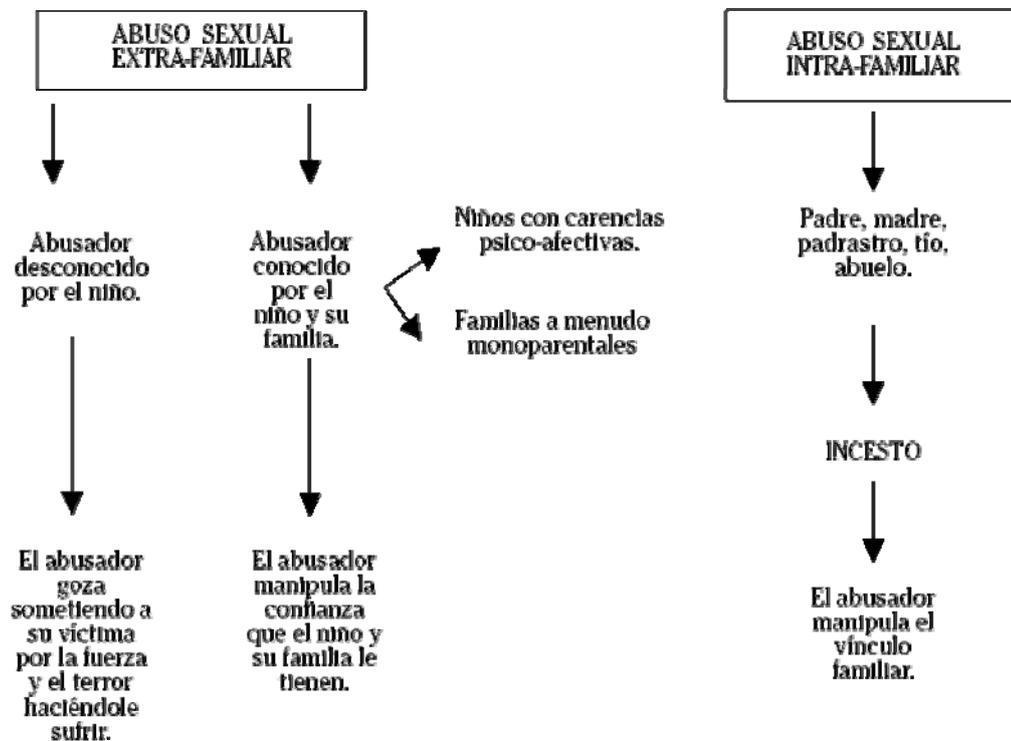
Según la OMS (1999) el abuso sexual como Maltrato Infantil corresponde a:

Utilización de un niño en una actividad sexual que no comprende completamente, no es capaz de dar consentimiento informado, que no esta en un estado de desarrollo para dar un consentimiento o que viola las leyes de la sociedad. Es evidenciado por una actividad entre un niño y un adulto u otro niño que por la edad o desarrollo se

encuentra en una relación de responsabilidad, confianza o poder, con la intención de satisfacer las necesidades de otra persona. Puede incluir pero no está limitado al inducir a un niño en la participación de una actividad sexual; la explotación de un niño a través de la prostitución u otra práctica sexual ilegal; la explotación del niño en actos y material pornográfico.

Hay mucha discrepancia con respecto al quien es el agresor, si un desconocido o un familiar. Si podemos decir que en la mayoría de los casos son cometidos por un hombre, de mediana edad. Pero repetimos que ningún factor, edad, sexo o preferencia es definitivo. Estupiñán (2002)

Según los autores Da Miguel y Fernández (2002), el niño abusado sexualmente se puede ubicar en el siguiente esquema, según su atacante:



- La visibilidad del abuso sexual, es muy limitada (aproximadamente el 5%), sólo se percibe cuando hay penetración y violencia.
- En el abuso sexual intrafamiliar, aproximadamente el 30% de las madres desconoce el abuso, otro 30% lo conoce y no hace nada y el resto incita al abuso.
- El examen ginecológico es el menos indicado para demostrarlo pero, hay que hacerlo para decirle al niño, que está sano.
- En más del 80% de los casos, los abusos sexuales se producen por adultos conocidos o miembros de la familia.

- Si el niño revela abuso sexual hay un 90% de posibilidades de que sea cierto. Es distinto si está mediado por terceros.
- El niño nunca tiene atracción sexual, por el padre/madre. (Da Miguel y Fernández 2002).

En la mayoría de los casos, el abuso sexual se da en la familia; el abusador es una persona conocida, de confianza, que ejerce una relación de poder sobre el menor, lo cual hace que éste guarde “el terrible secreto”.

Según el manual "Save the Children" (1994), Los signos que puede presentar el niño abusado son:

- Lesiones físicas
- Dificultad para caminar o sentarse
- Sangrado en la boca, ano o vagina
- Infecciones urinarias repetidas (comezón en el área genital)
- Baja autoestima
- Ansiedad
- Inestabilidad emocional
- Positivo en pruebas de enfermedades venéreas
- Objetos extraños en el área genital
- Rechazo hacia el padre u otros familiares
- Dolor o molestia en los genitales (por ejemplo al orinar)
- Embarazos prematuros
- Mordeduras de adulto

A nivel oral podemos encontrar:

- Enfermedades venéreas y lesiones traumáticas por actos de sexo oral
- Contusiones y petequias en el paladar
- Desgarro del frenillo labial o lingual

Otro tipo de abuso sexual corresponde con tocamientos, exhibicionismo, manipulación, corrupción, prostitución. Según el Reporte Mundial de Violencia y Salud del 2002, 8% de los varones y 25% de las niñas hasta los 18 han tenido algún tipo de abuso sexual. www.uniceflac.org

A nivel psicológico poseeremos un niño que tendrá un sentimiento de culpa por algo que no entiende; desconfianza en personas mayores, conocidas o ajenas que identifique como figuras de autoridad. Será un niño que accederá

a realizar cosas de forma casi inconciente. Otros signos visibles serán ansiedad, depresión; que si no se trata, será una persona que presentara problemas para relacionarse a nivel social en todos los aspectos (laboral, personal, sentimental), de aprendizaje (falta de concentración, incapacidad para realizar trabajos), al igual que presentara falta de seguridad. Puede también presentarse que abucen sexualmente de sus hijos. Puede llegar a ser tan grave la situación que se pueden presentar casos de intento de suicidio. (Zamudio 2004)

En muchas ocasiones hay que estar pendientes de los síntomas, ya que los niños tienden a callar por miedo, haciendo la necesidad de estar pendientes de todos estos.

En Venezuela, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente; Artículo 33, describe el Derecho a ser Protegidos contra Abuso y Explotación Sexual. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra cualquier forma de abuso y explotación sexual. El Estado garantizará programas permanentes y gratuitos de asistencia y atención integral a los niños y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual. El Artículo 34 hace referencia a los Servicios Forenses: El Estado debe asegurar servicios forenses con personal especialmente capacitado para atender a los niños y adolescentes, principalmente para los casos de abuso o explotación sexual. Siempre que sea posible, estos servicios deberán ser diferentes de los que se brinda a las personas mayores de dieciocho años.

En Venezuela no existe un registro sistematizado y unificado de casos en Abuso sexual. En la Organización No Gubernamental (ONG) Asociación Venezolana para una educación sexual alternativa (AVESA), para el primer semestre del 2001 el 50,6% (de un total de 100) de las consultas fueron de abuso sexual, y entre el año 2002 y 2003 se han recibido aproximadamente 360 casos de niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual provenientes del Área Metropolitana de Caracas, Estados Vargas y Miranda. Igualmente en el primer semestre del 2002 el abuso sexual infanto-juvenil, alcanzó un 50,6% dentro de los motivos de consulta más frecuente. A partir del 2002 se percibe un incremento en las denuncias por abuso sexual a niños y adolescentes masculinos, revelando una paridad con las niñas y adolescentes femeninas, lo

cual revela una comprensión más clara de la problemática del abuso sexual. El 90% de casos de abuso sexual en el año 2003 y 2004 fue remitido por instituciones del Sistema de Protección del niño y del Adolescente. Informe Alternativo ante el Comité de los Derechos del Niño (2007). <http://www.cecodap.org.ve/>.

Síndrome del Bebe Zarandeado

Para Olmeda (1997) y Estupinán (2002) el síndrome de bebe zarandeado es causa de lesión craneal grave en lactantes, siendo un de los tipos de Maltrato físico más severo, conocido también como el del bebe sacudido. Se presenta más en los primeros 6 meses de vida o en menores de dos años, alcanzando una mortalidad cercana a 40% y secuelas de 70%. Este ocurre cuando un adulto no puede controlar sus impulsos y zarandea un bebe, generalmente sin intención, produciendo un movimiento de aceleración y desaceleración (latigazo) diferencial entre el cerebro y el cráneo ocasionando edemas cerebrales; siendo la complicación más frecuente, hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas y contusiones cerebrales, hemorragias retinarias en menores de 3 años en ausencia de lesiones externas, disminución del estado de conciencia y convulsiones, característicos de dalo neurológico y lesiones externas características de Maltrato físico.

Para Montufar (s.f) los tres hallazgos característicos del Síndrome del Bebe Zarandeado son:

- Clínica de trauma cerrado del cráneo.
- Lesiones del sistema nervioso central
- Hemorragias retinales

El diagnóstico depende de la severidad de la lesión. Si es grande aparecerán los síntomas rápidos. Si es pequeño puede no producir manifestaciones clínicas inmediatas. Se realizan exámenes complementarios como el TAC (Tomografía Axial Computarizada) o la RM (Resonancia Magnética) que permiten la valoración de hemorragias antiguas.

La mortalidad por este tipo de lesiones es alta, 1 de cada 4, presentando en mucos casos secuelas neurológicas permanentes, que en muchos de los casos estas lesiones se dan por el desquite de las frustraciones del adulto generalmente por que el niño no deja de llorar o es muy inquieto. En orden de

frecuencia los agresores son el padre biológico, el amigo de la madre y cuidadores de niños o puede darse también por un juego inocente en donde se sacude al bebé.

Maltrato durante la Gestación

Conductas que por acción u omisión ponen en riesgo el desarrollo normal del feto. La severidad depende del riesgo directo o indirecto sobre el desarrollo del niño. Esto incluye la falta a controles prenatales. En algunos casos los efectos en el niño son evidentes. (Olmeda 1997)

En la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente, en su Artículo 44 señala la Protección de la Maternidad. El Estado debe proteger la maternidad; a tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal.

Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y/o adolescentes embarazadas o madres. <http://www.mintra.gov.ve/legal/leyesorganicas/leydelninoydeladolcente.html>

Explotación laboral

Se denomina explotación laboral Infantil a cualquier actividad laboral en que participa un niño, niña; menor de 12 años, o adolescente, sin importar si recibe un salario, un ingreso o si se trata de una labor no remunerada, que es física, mental, social o moralmente perjudicial para el niño o la niña, e interfiere en su escolarización, ya sea privándole de la oportunidad de ir a la escuela con largas de trabajo pesado.

Se excluyen aquellas actividades o tareas formativas que se realizan en el hogar, que no interfieren con su asistencia al colegio y que son beneficiosas para su evolución y desarrollo, por que lo preparan para se un individuo productivo, solidario, cooperativo y útil para la sociedad en su edad adulta. Las legislaciones con respecto a la edad de trabajo mínima varían de un país a otro. En Venezuela la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente contempla; en su Artículo 38, la Prohibición de Esclavitud, Servidumbre y Trabajo Forzoso: Ningún niño o adolescente podrá ser sometido a cualquier forma de esclavitud, servidumbre o trabajo forzoso. En el Artículo

58 sobre el Vínculo entre la Educación y el Trabajo: El sistema educativo, nacional estimulara la vinculación entre el estudio y el trabajo. Para ello, el Estado promoverá la orientación vocacional de los adolescentes y propiciara la incorporación de actividades de formación para el trabajo en la programación educativa regular, de forma tal que armonicen la elección de la profesión u oficio con el sistema de enseñanza y con las necesidades del desarrollo económico y social del país.

Síndrome de Münchhausen por poderes

Descrito por Meadow en 1977, se constituye un tipo de Maltrato raro y peligroso, ya que es una forma de abuso Infantil en la que uno de los padres o cuidadores induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. Este trastorno casi siempre involucra a una madre que abusa de su niño buscándole, o para ella misma, atención médica innecesaria, gracias a la capacidad imaginativa del agresor que puede llegar hasta límites insospechados.

Rutter y Taylor (2002) señalan que la madre o el cuidador puede simular síntomas de enfermedad en su niño añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, provocándole vómitos o diarrea. También puede usar otras maniobras como infectar las líneas intravenosas para que el niño aparente o en realidad esté enfermo, originando de esta manera múltiples exploraciones no invasivas y agresivas en el menor, tratamientos farmacológicos, hospitalizaciones y hasta cirugías.

En el hospital, la madre es muy colaboradora y apreciada por el personal de enfermeras por el cuidado que le da al niño. Comúnmente se la ve como devota y de una abnegación poco común, lo que hace poco probable que el personal médico sospeche el diagnóstico real. Una vez que el niño se retira a casa empeora, habiendo mejorado en el hospital. Sus visitas frecuentes también le dan fácil acceso para poder inducir más síntomas. Los cambios en el examen físico o signos vitales nunca son presenciados por el personal del hospital, pero casi siempre ocurren en presencia de la madre. Problemas psicológicos del adulto y es generalmente un comportamiento que busca llamar la atención de los demás. Sin embargo, el síndrome puede atentar contra la vida del niño involucrado ya que este comportamiento inusual puede llegar hasta el punto de daño físico grave e incluso la muerte.

El Tratamiento en estos casos consiste en proteger al niño y retirarlo del cuidado directo de la madre o padre, a quien se le debe ofrecer ayuda más que acusarlo. Se debe notificar del síndrome a las autoridades. Se recomienda terapia psiquiátrica para el padre o madre involucrado. (Estupiñán 2002) y UNICEF. www.uniceflac.org

Niños de la calle y en la calle

Son aquellos que carecen de hogar y/o familiares que los atiendan, abandonados a su suerte, o que teniendo familia pasan la mayor parte del tiempo en la calle. Se les denomina de forma diferente en cada país. Presentan bajo o ningún grado de escolaridad y se dedican a actos delictivos, trabajos infrahumanos, prostitución Infantil, etc. (Olmeda 1997)

En Venezuela la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente contempla; en su Artículo 26, Parágrafo Segundo: En cualquier caso, la familia debe ofrecer un ambiente de afecto y seguridad, que permita el desarrollo integral de los niños y adolescentes. Mientras que en el Artículo 30. Derecho a un Nivel de Vida Adecuado. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de:

- a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas, de la dietética, la higiene y la salud;
- b) Vestido apropiado al clima y que proteja la salud;
- c) Vivienda digna, segura, higiénica y salubre, con acceso a los servicios públicos esenciales. www.uniceflac.org

Para la revisión del tipo de atención que brinda el Estado venezolano a los niños “de” y “en” la calle, debemos considerar el rol que ha ejercido durante las últimas siete décadas frente al problema, tanto en el contexto internacional como en el contexto nacional. En el contexto internacional el Estado venezolano ha dado varios pasos significativos en favor de la infancia y ha asumido los siguientes compromisos: Declaración de los Derechos del Niño (1969), Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990).

En el contexto nacional el Estado venezolano ha promulgado las siguientes figuras jurídicas: La primera Tabla de los Derechos del Niño (1936); Ley Tutelar del menor (1980); Ley Aprobatoria de la Convención del Niño (1990); Conferencia Nacional sobre los Derechos del Niño (1991); Plan de Acción Intersectorial de Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia (1994); Plan Maestro de Operaciones de Cooperación entre UNICEF y Venezuela (1996-2000); Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (2000); Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia (1998); Reglamento de Expedición de Partidas de Nacimiento (1998) y la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), artículos 75, 78, y 79.

No obstante, a pesar de que se han dado pasos importantes en materia de atención a la niñez en Venezuela, todavía persisten algunos problemas relacionados específicamente con la efectividad de los programas que se han ejecutado, efectividad en términos de cobertura y calidad de servicios, ya que no responden a la magnitud del problema ni a su solución y/o reducción; la ausencia de sistemas de seguimiento y evaluación de dichos programas; la presencia de niños que viven en las calles de las principales ciudades del territorio nacional y la ausencia de un Plan Nacional que coordine la labor que realizan las instituciones que atienden la niñez en Venezuela.

En lo que se refiere a los programas del Estado en materia de atención a la niñez, hasta 1999 el INAM a través de sus distintas dependencias ha implementado tres (3) programas orientados hacia la atención del menor, a saber: Programa de Atención Preventiva, Programa de Atención al menor en Situación de Abandono o Peligro, y el Programa de Atención al niño con Necesidad de Tratamiento. Adicionalmente a estos programas también figura el denominado Programa Casa del Niño Trabajador (PCNT), aprobado en 1988, el cual ha sido implementado por diversos organismos del Estado a nivel nacional.

Maltrato Escolar

La exageración con la que los maestros manejan los recursos disciplinarios es otra variedad de Maltrato, ya que en gran medida estos excesos son permitidos tanto por la institución como por los padres mismos como una forma de educación. Otra situación que puede caer en esta variedad

de Maltrato es el hecho de privar a los menores de la educación cuando por cuestiones laborales los maestros se ausentan de las aulas.

En la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente; en su Artículo 56, el niño tiene Derecho a Ser Respetado por los Educadores. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser respetados por sus educadores.

De acuerdo a un comunicado emitido por dirigentes del Partido Patria para Todos; PPT, cada vez son más frecuentes las denuncias por Maltratos que reciben niños, adolescentes y jóvenes por parte de conductores de unidades de transporte público del municipio Valencia-Carabobo-Venezuela por lo que consideran que la situación resulta inaceptable y las autoridades municipales están obligadas a dar una solución a esta problemática. Tapia (2009).

Niños de la Guerra

Son aquellos niños que por condiciones bélicas en su país son despojados de su hogar y de su familia, siendo víctimas de toda clase de agresiones físicas, mentales y sociales. A temprana edad tienen contacto con el empleo de armas, en algunas ocasiones son reclutados.

Niños Desplazados

Según UNICEF un niño desplazado es:

Toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulnerada o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios o tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras situaciones emanadas de las anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.
(Documento en línea www.uniceflac.org)

Muy característico en la actualidad por la alta inseguridad y secuestro que se han manifestado en los últimos años en nuestro país. El alto índice de inseguridad se ve reflejado con este aumento de las posibilidades de Maltrato a los niños venezolanos.

Castigo Corporal

También denominado castigo físico, es una estrategia para frenar los comportamientos considerados como molestos. Este tipo de estrategia, aun habiendo sido aplicada durante siglos por maestros, padres y educadores, hoy en día y concretamente en nuestra sociedad ha quedado relegada a un último lugar, y en algunas sociedades incluso ilegalizada. En ciertos lugares aún se defiende y se utiliza como estrategia de inhibición de comportamientos molestos. Lago y Lung (s.f)

Relacionado con todo esto, se encuentra el problema de que ciertos padres y profesores utilizan o han utilizado el castigo corporal largamente, porque están irritados y frustrados, no porque lo consideren como apropiado.

Los factores que los padres consideran que deben castigarse con golpes son:

- Desobediencia (Travesuras)
- Grosería
- Pataletas, rabietas o berrinches
- Movimiento permanente y ruidoso
- No comer
- No controlar esfínteres
- Rebeldía
- Tener problemas en la escuela
- No hacer tareas.

Hay que tener unos factores en cuenta para diferenciar entre castigo corporal y abuso físico: Edad del niño, Comportamiento “malo”, Tiempo transcurrido entre el comportamiento “malo” y el castigo, Uso de objetos (mano, instrumentos flexibles vs. duros), Parte del cuerpo a la que se quiso impactar, Parte del cuerpo realmente impactada, Herida sostenida (eritema temporal vs. morados), Severidad de la herida (# de golpes, cantidad de morados, fracturas), Potencial para herir (situación de alto riesgo), Cosas que dice el muchacho (miedo del padre, violencia intrafamiliar, uso de drogas alcohol por parte de los padres) y la respuesta de los padres a la situación.

Consecuencias del Niño Maltratado

Como consecuencia del Maltrato se pueden ocasionar:

Situaciones de Urgencia

- Menores de 2 años
- Revelaciones de abuso sexual

Reacciones del niño maltratado

- El niño maltratado tiene dolor, terror e impotencia y tiende a culpabilizarse
- Trastornos de identidad
- Trastornos escolares
- Ansiedad crónica

Estrategias de adaptación

- Sumisión u obediencia extremas
- Agresividad por identificación con el agresor

El niño enfrentado al abuso de poder de sus padres, no puede traducir la defensa de su integridad en palabras; por lo tanto, lo hace con una serie de comportamientos agresivos, de inhibición ante sus padres, de fracaso escolar o de sumisión, que constituirán los síntomas que los padres vivirán como agresivos para ellos. En este momento se instaura un cuadro vicioso del que las personas implicadas no acertarán a salir. En este orden de ideas, el apego; como consecuencia del Maltrato Infantil, consiste en sentir al otro como parte de sí mismo. En cada situación de Maltrato hay un trastorno del apego, por lo tanto de la capacidad de amar. El apego se puede frustrar porque el niño o niña, no corresponde a lo que esperaban el padre o la madre (ejemplo: madre policarenciada, cree que el niño le va a resolver los problemas y le va a aportar todo lo que a ella le ha faltado, y no es así). El apego provoca físicamente una sensación de repulsión a la idea de relación sexual. (Da Miguel y Fernández 2002).

El Síndrome de Maltrato Infantil en la Consulta Odontológica

El papel del Odontólogo fue primeramente mencionado en los años setenta. En 1984 la Asociación Americana de Medicina dictamina que los Odontólogos están en la obligación de hacer este tipo de reportes.

Según los Principios de Ética y el Código de Conducta Profesional, "Los dentistas estamos en la obligación de estar familiarizados con los signos

periores del abuso Infantil y reportar los casos sospechosos a las autoridades apropiadas...". Estamos en la obligación ética, moral y legal de reportar la situación más no realizar investigaciones.

Como pediatras están en la posición de evaluar no sólo las necesidades del niño, sino la situación familiar o condiciones que afecten el bienestar del niño. Se debe evitar tomar posturas en contra de los padres, ya que esto solo provocaría un ambiente menos ideal del que se tiene. Es por ello que se debe indagar sobre las condiciones sociales, y de supervivencia de la familia, al igual que el trato y tiempo otorgado al niño por parte de los padres y demás miembros.

Si se sospecha de Maltrato, por ejemplo por una mordedura o por un interrogatorio establecido y exhaustivo, lo más conveniente es realizar una interconsulta con un Odontólogo forense. En caso de no estar este disponible, se debe documentar fotográficamente, realizando una medición de la lesión, ya que por medio del examen oral se puede fácilmente sospechar del síndrome de Maltrato Infantil. (Cortes, Dávila e Iriarte 1998)

La ley para el Bienestar y la Protección Integral de la Niñez (Ley 177 del 2003) establece que los profesionales de la salud, funcionarios, entidades públicas o privadas, maestros, trabajadores sociales, del orden público, y directores de centros de cuidado, tienen que informar a la familia o a la Policía si tienen conocimiento o sospechan de que un menor "es, ha sido o está en riesgo de ser víctima de Maltrato"

En términos generales, el Maltrato contra el menor es cada vez más severo, señala Palma (2004) que divide el abuso por tipología: negligencia, abuso sexual, explotación, físico y emocional, existiendo una categoría denominada "múltiple" para registrar los casos de niños y niñas que son abusados de varias maneras. Consistentemente, el Maltrato por negligencia es el más alto. Además en este artículo se cita a la Dra. Maria Rebecca Ward; Directora del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV), indico que durante el año 2006-2007 se reportaron 443 casos, siendo Julio, Octubre y Noviembre de 2007 los meses de mayor incidencia, y 96 reportados hasta diciembre 2006.

Otro aspecto que se debe de conocer es la presencia de los centros especiales para el tratamiento de casos de Maltrato Infantil. Algunos centros en nuestro país son:

- Consejo de Derechos: Nacional, Estatal y Municipal.
- Consejos de Protección en cada Municipio
- Tribunales de Protección del Niño y Adolescente
- Fiscalía (Procurador de Menores)
- Carolina Uslar I
- Casa del menor Trabajador-Guárico
- Casa del Niño Trabajador-Sucre y Trujillo
- Casa del Niño Trabajador Panchito Mandefua (Alcaldía de Caracas)
- Casa Hogar INAM-Portuguesa
- Casa Taller INAM: Falcón y Sucre
- Centro de Atención Comunitaria INAM: Falcón, Mérida, Portuguesa y Puerto Cabello-Carabobo
- Centro de Atención Dr. Luís Espelosín INAM-Distrito Capital
- Fundación del Niño y la Fundación José Félix Ribas.
- Asociación Civil Fe y Alegría
- Asociación Civil Red de Casas Don Bosco
- Bemposta Nación de Muchachos
- Casas Hogares de las Hermanas del Buen Pastor
- Asociación Muchachos de la Calle
- Asociación ayuda un niño y los Hogares CREA
- Centros Comunitarios de aprendizaje (CECODAP)
- Centro Regional de Formación de Educadores de la Calle (CERFOCAL)}
- Fundación Instituto de Capacitación e Investigación para el Recurso Humano que atiende al Niño y al Adolescente (FundaiCi)
- Instituto Universitario Pedagógico de Caracas.
- Instituciones que brindan apoyo financiero: Dividendo Voluntario para la Comunidad, Fundación Banco de Venezuela, Fundación Compañía Anónima de Teléfonos de Venezuela (CANTV) y Fundación TOGETHER.

- Instituciones internacionales que brindan apoyo financiero y asesoría como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Educativa, Científica y Cultural de las Naciones Unidas (UNESCO) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Fundación Nacional de Denuncias del niño maltratado, FUNDENIMA: 571.57.67
- Instituto Nacional del Menor, INAM: 507.84.34
- Centro Clínico de Orientación y Docencia Las Palmas 782.10.87 / 782.25.65
- Instituto Nacional de Psiquiatría Infantil, INAPSI: 35.29.08
- Dispensario de Higiene Mental R. Castillo: 574.09.20
- Defensoría de Atención a la Infancia y Adolescencia de CECODAP: 951.40.79 / 952.62.69
- Asociación Muchachos de La Calle 953.24.39
- AVESA Ayuda psicológica en violencia doméstica y sexual. Atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Qta. AVESA. Av. Anauco con calle Roraima. San Bernardino. Telfs. 5518080-6854-0212
- CECODAP Defensoría de los derechos del niño y el adolescente. Agresiones a menores, pensiones de alimentos. Bello Monte. Telfs. 9527279-6269
- Centro clínico de orientación y docencia Asistencia psicológica gratuita. Av. Ppal. Urb. Las Palmas. Citas cualquier día a partir de las 11 AM. Telfs. 7822213
- Clínicas jurídicas UCAB Asesoría jurídica gratuita. Telf. 4423897 Defensoría Nacional de la Mujer Orientación jurídica y vigilancia del cumplimiento de las leyes. Directora: María del Mar Álvarez. Esq. Jesuitas, Torre Bandagro, piso 1. Telf. 8608210 al 14
- División de atención a la violencia contra la mujer y la familia de la CICPC En caso de agresiones fuertes, reincidencias y casos no denunciados en otros sitios. Comisarios Antonio Manzanilla e Iris Morales. Directora: Dra. Jackelyn García La Candelaria, Edf. París, piso 7, Telfs. 5768719

- FEVA. Federación venezolana de abogadas. Asesoría jurídica. Edf. París, piso 7. la Candelaria. Telfs. 5732419 y 5760108
- Hospital Psiquiátrico de Lídice Atención a casos de violencia doméstica. Telfs. 8608432-4432
- INAPSI Psiquiatría Infantil. Lic. Fanny Arteaga, lunes, martes y miércoles antes de las 7 AM, Urb. Los Chorros. Telf. 2353582
- Línea 0-800-MUJERES. Línea gratuita de información general y atención en crisis. 08006853737
- Línea 0-800-SUPREMO Asesoría legal. Dra. Carmen Valbuena. Telf. 08007877366
- OBE-UCV. Oficina de Bienestar Estudiantil de la Universidad Central, apoyo médico y psicológico. Telf. 6054732-4733
- Oficina de atención a la víctima de la Fiscalía General de la República Revisión de atenciones deficientes en otros organismos o defectos en las citaciones. Manduca a Ferrenquín. Telf. 0-800-FISCA-00 (08003472200)
- PLAFAM Atención psicológica y jurídica en violencia basada en género. Planificación familiar. Qta. PLAFAM, Av. Minerva, Las Acacias. Telf. 6939757 / 6936032-5262-5046
- Proyecto Redes. Psiquiatría. Consultas de violencia doméstica y drogas. Av. Cecilio Acosta, Qta. La Milagrosa, N° 36, San Bernardino. Dra. Carmen Álvarez, Telf. 5528319
- Red de apoyo por la justicia y la paz Atención a casos de abuso policial. Telf. 5741949
- AC El Hogar de los Cocuyos - Estado Miranda
- ACCSI- Distrito Capital
- Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA)- Distrito Capital
- Asociación Muchachos de la Calle- Distrito Capital
- Cátedra de la Paz - Estado Mérida
- CECODAP - Distrito Capital
- CEIDES - Estado Carabobo
- Centro de Animación Juvenil- Estado Trujillo

- Centro de Investigaciones Jurídicas/ Universidad Católica Andrés Bello- Distrito Capital
- Centro para la Paz y los Derechos Humanos- UCV
- Centro de Prácticas Profesionales de la Escuela de Trabajo Social de la UCV
- Centro Venezolano de Prevención Integral VIVIR – Estado Miranda
- EDINAC Desarrollo Educativo - Estado Miranda
- Emisora Comunitaria de San Josecito, Municipio Torres - Estado Táchira
- Fe y Alegría- Venezuela
- FONDENIMA- Distrito Capital
- Fundación Amigos de Buenas Nuevas- estado Nueva Esparta
- Fundación Casa de la Mujer – Estado Miranda
- Fundación Luz y Vida - Estado Miranda
- Fundación Manantial - Distrito Capital
- FUNDAKUAL - Estado Mérida
- Fundación Oxígeno- Estado Táchira
- Geografía Viva - Distrito Capital
- PROADOPCIÓN AC- Distrito Capital
- Proinfra- Estado Miranda/Distrito Capital
- Red Nacional de Defensorías RENADE – estado Miranda
- Servicio Social Internacional- Venezuela
- SOS Aldeas Infantiles-Venezuela
- Lic. Yolanda de Prince- Docente

Como todo síndrome, el diagnóstico de Maltrato Infantil es de sospecha clínica. Como Odontólogos estamos en posición de detectar fácilmente signos que nos hagan sospechar de la existencia de este abuso al menor, ya que el consultorio odontológico representa un centro de asistencia primaria donde se puede reconocer lesiones como resultados de malos tratos o bien por otras patologías bucodentales, siendo indicativos de sospecha, como fracturas dentales múltiples. (Portier 1998)

Lo primero que se debe hacer es reconocer los hallazgos. Al realizar esto lo más conveniente es realizar una interconsulta multidisciplinaria para

realizar un diagnóstico correcto. Los criterios diagnósticos comprenden tres aspectos:

- La situación
- Los padres
- El menor

La primera relata una serie de situaciones que no presentan concordancia con la lesión. Se pueden observar antecedentes de traumas repetidos y consultas previas por causas similares. Al presentarse un caso con algún tipo de trauma orofacial, debemos analizar la posibilidad que se trate de un niño maltratado, hasta que la evidencia demuestre lo contrario.

Los padres, presentan una actitud evasiva y contradictoria, se sienten presionados y proporcionan respuestas como “no sabemos qué sucedió” o “así encontramos al niño”. Presentan una actitud dura y crítica al igual que manifestaciones de cólera contra el niño. Es común que se refieran despectivamente hacia el menor. Se observa una respuesta inadecuada ante el llanto, un tanto indiferente. No muestran expresión ante el pronóstico de la salud y poca cooperación para el tratamiento.

En el momento de atender al niño en la consulta, según Kamp (1992), señala sobre una muestra de 79 padres que el 85% de ellos estarán mejor si entran a la consulta con el niño, 92% expreso que es mejor que los niños entren solos, un 34% no desean estar presentes ya que los niños están en capacidad de entrar solos y 63% señalan que su presencia hará que ellos no colaboren.

El niño, muestra un recelo ante el contacto con otros adultos. No se dirige a sus padres ni tampoco los mira. Luce descuidado en su higiene. Se observa deprimido y triste. Presenta enfermedades avanzadas no atendidas.

Clínicamente se puede observar, como lo se menciono anteriormente:

- Presencia de contusiones y abrasiones muchas veces con la forma del objeto que fue realizado (Cabeza, cara y cuello)
- Fracturas múltiples en diferentes estados de cicatrización (huesos largos, costillas, maxilares)
- Mordeduras (mejillas, brazos, piernas)
- Equimosis, laceraciones o abrasiones (en cuello, región perioral y periorbital)

- Lesiones en el cráneo (fracturas)
- Alopecia traumática (petequias en el cuero cabelludo)
- Contusiones detrás de la oreja (Síndrome de Battle)
- Laceraciones (rasguños, objetos cortantes)
- Lesiones en los tejidos blandos y duros de la boca (contusiones en paladar, laceración de los frenillos, ablación, fracturas dentales, luxaciones, avulsiones)
- Quemaduras (labios, lengua)
- Ulceras y abrasiones (comisuras labiales por mordazas)

Diagnóstico del Niño Maltratado

La complejidad del manejo de estos casos puede ser mucho mayor en un medio de asistencia privado en el que el profesional es normalmente elegido por los padres o tutores del niño que en un medio de asistencia público, sin embargo las obligaciones éticas y legales son las mismas en ambas situaciones.

El Odontólogo para realizar el diagnóstico; como en cualquier otro caso, lo realiza por medio de:

- Historia clínica
- Exploración extraoral
- Exploración intraoral
- Pruebas complementarias. Gaceta dental (2000-2001)

El examen de los niños maltratados comienza desde que el niño entra en el consultorio obteniendo una impresión del mismo. Es de suma importancia el interrogatorio completo, porque es de máxima utilidad con fines diagnósticos medicolegales. El niño abusado puede presentar desorden de personalidad múltiple (90% de los casos reportados presentan esta etiología), ya que es una forma de desahogar el estrés postraumático. Este se caracteriza por la presencia de dos o más estados de personalidad, que pueden cambiar en minutos o segundos, dependiendo de recuerdos, patrones de comportamientos creados ante diferentes situaciones o alguna relación con diferentes personas. Los niños maltratados pueden presentar variedad de comportamientos y de características emocionales, que pueden ir desde reacciones agresivas extremas hasta miedo y extremo silencio. (Jessee 1999).

El profesional debe fijarse no solo en la región orofacial, sino además en otras partes del cuerpo visibles, porque podrán ayudarle en el diagnóstico de Maltrato.

Primero debemos determinar la presencia de alguna lesión personal; que se define como cualquier daño en el cuerpo o en la salud del individuo, causadas interna o externamente por un agresor, utilizando elementos físicos, químicos, biológicos y psicológicos, sin producir la muerte. Luego identificar la naturaleza de la misma, de la siguiente forma:

a.- Identificar la lesión: laceración, excoriación, equimosis, edema, avulsión, fractura, concusión, infracción o luxación.

b.- Descripción: forma, tamaño, profundidad, compromiso, pudiendo de esta manera detectar o descartar la gravedad de la lesión. Para ello se basa en los tipos de heridas: abrasión, contusión, laceración.

c.- Localización: teniendo en cuenta la anatomía del cuerpo humano se puede determinar la gravedad de la lesión a través de la determinación del mecanismo causal: físico, químico, biológico, psicológicos, mecánicos; cortantes, punzantes, contundentes.

A nivel orofacial el Odontólogo debe evaluar tejidos duros y blandos:

a.- Lesiones de tejidos blandos: contusiones o equimosis orofaciales y peribucales, quemaduras, laceraciones y abrasiones, marcas de mordeduras humanas, rotura del frenillo labial superior (considerada como característica patognomónica del Maltrato Infantil) y anormalidad en apariencia y movilidad lingual.

b.- Lesiones Dentales: pérdidas de dientes por avulsión traumática, fractura y luxación dentaria, lesión pulpar o periodontal y actitud negligente en el cuidado dental (numerosas caries profundas, infecciones repetidas, granulomas y abscesos, dolor dental crónico, o falta de continuidad en el cuidado dental cuando ha sido identificada una de esas patologías). Martínez, 2000.

En la exploración intrabucal debe complementarse con el examen radiográfico para la evaluación del recambio dentario según la edad cronológica del paciente y el estado de los dientes en boca, fracturas radiculares y alteraciones en la oclusión. Naidoo, 2000.

Es importante destacar que no es responsabilidad del Odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ni debe nunca hacerlo, porque el

Odontólogo no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos de Maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Pero si puede, durante la exploración, alertarse y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas o lesiones que afectan a las estructuras orales. (Jessee 1999)

Los Odontopediatras, que poseen los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del Maltrato Infantil, están en una inmejorable situación para asistir a las víctimas de este trauma.

Tratamiento del niño con Síndrome de Maltrato Infantil

Al detectar que un niño ha sido maltratado, lo primero es afrontar la situación. Las características propias del MI hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocido. La naturaleza del problema, el hecho de que un gran número de casos se produzca dentro de la familia, el miedo a la denuncia, condicionan el desconocimiento del número real de casos. La falta de notificación por parte de los profesionales también ha contribuido al desconocimiento de la realidad, pero actualmente existe la obligatoriedad de declaración de los casos de Maltrato Infantil. Los casos detectados serían una pequeña parte de los casos reales (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver 1962, Kempe y Kempe 1985, Gentile 1988)

En el caso del niño víctima de Maltrato debe fomentarse la seguridad y confianza, especialmente cuando hay falta de la misma, que resulta ser en la mayoría de los casos y que son la causa de la deficiente colaboración que puede verse en estos pacientes. En estos casos las técnicas del manejo de la conducta se pueden considerar un arte a través del cual se establece la comunicación, se fomenta la educación y se construye una relación de confianza entre el niño y su Odontopediatra, con técnicas no restrictivas y con un Abordaje psicológico antes que nada. De no funcionar se puede pensar en sedación consciente o en ultima opción anestesia general. (Lee, Ilan y Mulvey 2002).

Para Greenbaum, Lumley, Turner y Melaned (1993), en un estudio realizado concluyeron que los niños entre 3.5 y 10 años de edad al tener reforzamiento positivo verbal y no verbal; durante su primera cita, se sentían

mas a gusto que los que no, y eso facilito la comunicación y el tratamiento, manifestándose en citas sucesivas.

Para ambos tipos de pacientes pueden resultar como técnicas de adaptación a la consulta la:

1. Técnica decir-mostrar-hacer.
2. Técnica de control a través de la voz.
3. Tratamiento farmacológico.
4. Anestesia general.

Todas estas técnicas son aplicables en el manejo de la conducta del paciente maltratado, menos la restricción física ya que puede repercutir no sólo en el desarrollo del tratamiento que deseamos realizar, sino también en la salud mental de nuestro paciente, con posibles repercusiones en su desarrollo emocional y psicológico. Ante un caso de Maltrato y abuso lo prioritario es que si se está produciendo deje de producirse y que si ya ha sucedido, no vuelva a tener lugar. De esta forma todo lo que rodea al niño abusado debe contribuir a devolverle la seguridad y confianza perdidas, ya que es de tener en cuenta que el tratamiento dental es de carácter secundario frente a las necesidades emocionales del niño. (Jessee 1999).

En la consulta inicial es inútil precisar quien ha lesionado y descuidado al niño y por qué. La experiencia clínica demuestra que es más importante conseguir la confianza en el personal que atiende al niño y su maltratante, y evitar confrontaciones innecesarias. Los pasos a seguir son: 1. Entrevista e Historia clínica inicial, 2. Hospitalización del niño (protección), 3. Tratamiento de lesiones en fase aguda, 4. De ser posible tomar fotografías del niño y sus lesiones, 5. Exámenes de laboratorio y Rx y 6. Notificación a las autoridades correspondientes.

En este sentido, Ferreira, Beltran, Montoya, Nuñez y Bossio. Documento en línea. (s.f), aportan una hoja de registro que debe anexarse a la Historia Clínica para explorar lo siguiente:

**HOJA DE REGISTRO
MALTRATO INFANTIL**

Nombre _____

Edad: _____

¿Que problema tiene el niño? _____

Primera vez? _____ Control? _____

Peso _____

Enseguida VERIFICAR SI TIENE MALTRATO. CLASIFICAR

1. ¿Cómo se produjeron las lesiones?
 2. ¿Cuándo se produjeron las lesiones?
 3. ¿Cómo corrige a su hijo?
 4. ¿Cómo solucionan los conflictos?
 5. Determinar si presenta lesión física o Sugestiva de Maltrato o Inespecífica.
 6. Determinar si presenta lesiones en genitales o ano.
 7. Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.
 8. Determinar si el niño expresa espontáneamente que es víctima de Maltrato.
 9. Determinar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño.
 10. Determinar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores.
 11. Determinar si el niño está descuidado en su higiene.
 12. Determinar si el niño está descuidado en su salud.
- A nivel odontológico las consideraciones del tratamiento deben incluir:
1. El mantenimiento especial de la dentición primaria.
 2. El desarrollo radicular de los dientes comprometidos.
 3. El desarrollo coronal de los dientes permanentes.
 4. La oclusión dental.
 5. La condición médica.

Cada una de estas variables puede modificar las modalidades seleccionadas para el tratamiento. Se debe confirmar el status de la inmunización del paciente. La inmunización primaria se logra por medio de una serie normal de inyecciones (vacunas). Siempre se debe considerar la

colocación o refuerzo del toxoide tetánico, por lo general se recomienda una inyección de refuerzo, preferiblemente cuando el niño comienza su vida escolar, esas dosis de refuerzo debe considerarse cuando existen heridas o desgarramientos. Después de cuatro dosis de toxoide tetánico, la antitoxina persiste a niveles protectores por lo menos durante diez años para heridas limpias de tipo menor o cinco años para heridas más graves y complicadas. Por lo tanto, en el tratamiento de las heridas no es necesario suministrar dosis suplementarias de refuerzo con una frecuencia mayor de uno por cada cinco años.

Guía para la profilaxis del Toxoide Tetánico Reporte del Comité de enfermedades infecciosas, realizado por la Asociación de la Academia Americana de Pediatría, Illinois, Estados Unidos (1998)

INMUNIZACIÓN DOSIS	HERIDAS LIMPIAS Y PEQUEÑAS		HERIDAS MAS COMPLEJAS	
	TOXOIDE TETANICA	INMUNOGLOBULINA TETANICA	TOXOIDE TETANICA	INMUNOGLOBULINA TETANICA
INDECISO	SI	NO	SI	SI
0-1	SI	NO	SI	SI
2	SI	NO	SI	NO, (1)
3 O MÁS	NO, (2)	NO	NO, (3)	NO

(1) A MENOS QUE LA HERIDA TENGA MAS DE 24 HORAS EXPUESTA

(2) NO, (2) A MENOS QUE LA DOSIS TENGAS MAS DE 10 AÑOS

(3) NO, (3) A MENOS QUE LA DOSIS TENGAS MAS DE 5 AÑOS

El Odontólogo y en especial el Odontopediatra, como personal de salud, debe estar en capacidad de detectar posibles señales de alerta de Maltrato Infantil, ya que muchas veces somos los primeros en tener contacto con estos pacientes. En el año 2004, la Organización para la salud (OPS) de Colombia, estableció un protocolo de atención al niño maltratado el cual presenta los siguientes enunciados:

1. Escuchar con respeto, interés, solidaridad y confiabilidad el relato de afectado.
2. No deben emitir conceptos sin un conocimiento adecuado de la situación.
3. Reducir la ansiedad del agredido y de su acompañante.
4. Utilizar un lenguaje claro, entendible, y que no confunda o deje más preocupada a la persona acerca de su situación y de sus posibles soluciones.
5. Mostrar total credibilidad en las palabras del niño.

6. Cuando el niño lo solicite, se debe realizar una entrevista individual con él.
7. informar sobre los servicios de ayuda existentes. Documento en línea.

Siguiendo estos pasos, se puede ante una situación de Maltrato, orientar a la persona que acude con el niño acerca de las posibles soluciones al problema, al tiempo que educamos, y prevenimos la repetición del problema. Debido a la complejidad de la situación, el niño maltratado necesita de un abordaje multidisciplinario que involucre al médico, psicólogo, trabajador social, abogado y por supuesto Odontólogo, que no debe ser excluido de este equipo. (Planells 2002).

En general, se prefiere hospitalizar al niño con presuntos Maltratos físicos o secuelas, con tres grandes objetivos: protegerlo de nuevas agresiones, tratar las lesiones y precisar el diagnóstico junto con el estudio y observación de las causas, o de los maltratadores durante la hospitalización. El tratamiento del niño maltratado se divide en tratamiento general y tratamiento odontológico.

Los aspectos a tratar en el tratamiento general son los siguientes:

1. Médico-quirúrgico: que incluye atención primaria de las lesiones físicas (médico general, pediatra, cirujano, Odontopediatra, enfermeras y personal técnico).
2. Psicosocial: que compromete a los profesionales del servicio social: psicológico, psiquiatra, procurador de menores, trabajadora social, orientadora.
3. Legal: con la participación de abogados, jueces de menores, procuradores de menores, medicatura forense, cuerpos policiales, etc. (Martínez 2000).

El tratamiento odontológico del niño maltratado va a depender de las características y la severidad de las lesiones que presente el paciente, de acuerdo a esto el tratamiento lo podemos subdividir en dos grandes grupos:

1. Tratamientos de lesiones de tejidos blandos:
 - a. Hematomas y edemas: se recomienda la aplicación de frío en la zona durante las primeras 24 horas, al tiempo que se puede prescribir analgésicos y antiinflamatorios, luego de

las 24 horas puede usarse compresas tibias o calientes para disminuir la coloración de los hematomas.

- b. Desgarros y laceraciones: la lesión patognomónica de los tejidos blandos es el desgarro del frenillo labial superior debido al empuje excesivo de la cucharilla al alimentar al niño. Se debe evaluar radiográficamente la zona, para descartar la presencia de fragmentos de hueso, dientes o algún cuerpo extraño de la zona. Posteriormente se debe hacer limpieza de la zona de la herida, y suturar tomando en cuenta la estética y la función, en otros casos, donde el desgarro no es muy grande, no es necesario suturar, ya que puede cicatrizar por segunda intención satisfactoriamente. Se recomienda la indicación de analgésicos, antiinflamatorios, y posiblemente antibióticos. Los mordiscos humanos de gravedad deben ser considerados como lesiones delicadas, en muchas ocasiones; ya que si no le suministra un tratamiento adecuado, puede existir complicaciones con infecciones recurrentes, rigidez articular permanente, osteomielitis y amputaciones digitales. Las heridas menores causadas por mordiscos deben ser tratadas como úlceras traumáticas con protectores tópicos. (Needleman 2001).
- c. Quemaduras: son bastantes comunes en el niño maltratado y pueden clasificarse como térmicas, eléctricas o químicas. Pueden ser provocadas por medio de la colocación de objetos calientes en la boca del niño, o causadas por negligencias (morder cables eléctricos en un descuido de los padres); y del mismo modo que en las lesiones anteriores el tratamiento varía de acuerdo a la severidad. En quemaduras leves se limpia la zona y se indica pomadas con antibióticos, se debe prescribir analgésicos y antiinflamatorios. En el caso de quemaduras moderadas o graves, el tratamiento puede ser quirúrgico y debe ser remitido a especialistas. (Needleman 2001).

2. En cuanto al tratamiento de lesiones en tejidos duros:

a. Lesiones óseas:

- i. Fracturas faciales: poco frecuentes, pero si se presentan pueden traer como consecuencia alteraciones en el crecimiento del niño.
- ii. Fracturas del maxilar: suelen venir acompañadas de otros traumatismos craneofaciales. Se utilizan para su resolución férulas y fijación intermaxilar, debe ser remitido a un cirujano bucal o maxilofacial.
- iii. Fracturas de mandíbula: necesitan un examen clínico y radiográfico, ya que hay pérdida de la oclusión adecuada y laceraciones ocasionales en la mucosa bucal. Debido a que los golpes ocurren en la zona mentoniana, las fracturas mandibulares se presentan en la zona condilea y zona canina del cuerpo mandibular. El tratamiento para estas lesiones es la fijación intermaxilar o férulas realizadas por el cirujano bucal o maxilofacial.
- iv. Fracturas dentoalveolares: en la mayoría de los casos se debe reposicionar el diente permanente dentro de la tabla ósea, suturar tejidos blandos y ferulización dental. (Needleman 2001).

Prevención del Maltrato Infantil

Hay diferentes soluciones para tratar los problemas de Maltrato Infantil:

- Entrenamiento en como ser padres
- Programas de visitas de control de las agencias de protección del bienestar Infantil
- Terapia para niños que han sufrido o presenciado algún tipo de Maltrato
- Terapia para los perpetradores
- Soluciones legales (arresto, encarcelamiento)
- Soluciones comunitarias
 - o Enseñanza en las escuelas
 - o Mejoramiento de la educación
 - o Oportunidades de empleo

- Mejoramiento del cuidado de los niños

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene dos actividades en la prevención del Maltrato Infantil. La preparación de guías para un acercamiento multisectorial integral para la prevención del Maltrato Infantil y la participación en un grupo de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el estudio de la violencia contra los niños.

La prevención del Maltrato Infantil es el eslabón fundamental en la cadena de atención a la familia y sus figuras principales: la mujer y el niño. Para ello, deben crearse programas donde se de a conocer las causas que originan las distintas formas de malos tratos y las acciones a largo plazo que permitan disminuir el Maltrato para finalmente lograr erradicarlo. (Mc Donald 1998).

La multiplicidad de factores, a la vez que interactuantes, ha dificultado el inicio de estrategias encaminadas a modificarlos. Sin embargo, la prevención puede tener lugar en diferentes niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

1. Prevención primaria: mejorar la calidad de vida de la población, es un reto de salud de políticas de salud integral, de bienestar de la población, y orientación de los padres. Evitar que se produzca.
2. Prevención secundaria: consiste en realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato. La formación de cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario y el ciudadano común; en alerta y protegido por leyes, junto con la actuación de las instituciones con recursos disponibles, pueden lograr mejores resultados en este nivel.
3. Prevención terciaria: se haría a través de la rehabilitación que en este caso debe comenzar junto con el diagnóstico y debe disponer de equipos adecuados (trabajadores sociales, psicólogos, consejeros familiares, psiquiatras, etc.) (Martínez 2000).

No se debe olvidar que el objetivo principal del equipo que atiende al niño maltratado es evitar que se repita, más que hacer que se castigue a culpable lo cual es la mayoría de los casos. Como es lógico habrá casos en los cuales, después de un análisis exhaustivo, habrá que lograr la pérdida de los

derechos de los progenitores o tutores y la decisión de quien o quienes deben atender al niño. (Francisco 1987).

Los autores Da Miguel y Fernández (2002) plantean que la prevención del Maltrato debe hacerse teniendo en cuenta tres niveles:

1º Prevención Primaria:

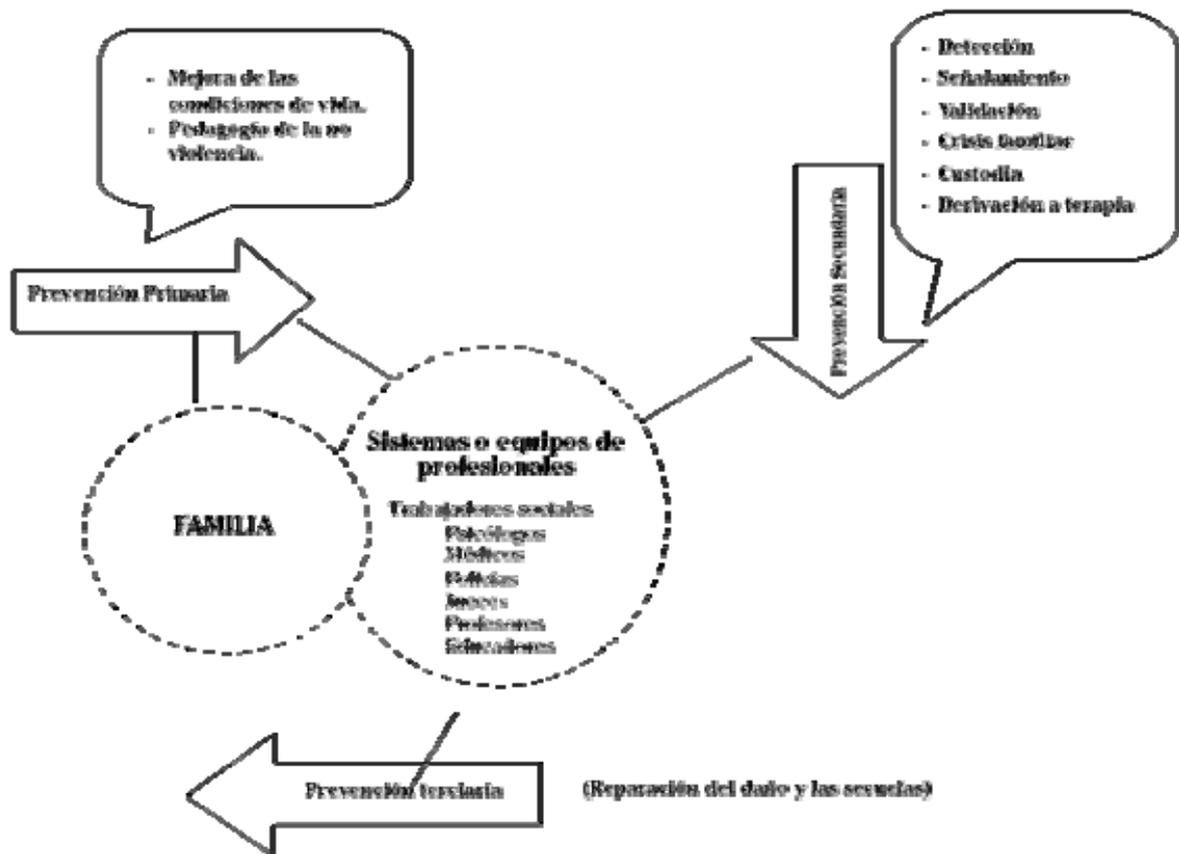
- Prevenir los trastornos del apego.
- Actuar en el ámbito sanitario, educativo y servicios sociales.
- Hay que reconocer a los niños como sujetos de derecho que hay que respetar.

2º Prevención Secundaria:

- Detectar precozmente los problemas.
- Indicadores directos o indirectos de sufrimiento Infantil.
- No delegar todo en equipos especializados.

3º Prevención Terciaria:

- Organizar programas integrales.
- Crear programas específicos para los niños víctimas:
- Desculpabilizar. Reconocerse como víctima.
- Desaprender la conducta violenta aprendida.
- Preparar programas específicos para los padres.



Recursos Legales

Cada país debe contar con diversas vías para iniciar la averiguación sobre el Maltrato de niños; sin embargo, es el Juez de menores quien debe tomar la decisión final. Cuando se lleva un niño con sospecha de Maltrato a un hospital, el personal que allí labora debe resolver los aspectos medico-quirúrgicos y trabajar en conjunto con los servicios sociales, higiene mental, procuradurías de menores y demás medios relacionados al aspecto legal. Cada país debe contar con procedimientos para hacer la denuncia respectiva. (Acosta 1998).

El Maltrato Infantil es un problema que ocurre generalmente en privado (excepto en los casos de mendicidad, los niños de la calle y la explotación laboral y sexual). Por lo general, es una situación que se trata de mantener dentro del ámbito familiar y por ello resulta muy difícil, cuantificar y dimensionar objetivamente este problema. Los casos de violencia por lo general no se denuncian. Calvo (2007).

En nuestro país, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente con exposición de motivos (1998), señala:

1. Artículo 32: Derecho a la Integridad Personal: todo niño y adolescente tiene derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, psíquica y moral.
2. Parágrafo Primero: los niños y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
3. Parágrafo Segundo: el estado, la familia y la sociedad deben proteger a todos los niños 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 y adolescentes que hayan sufrido lesiones a su integridad personal.

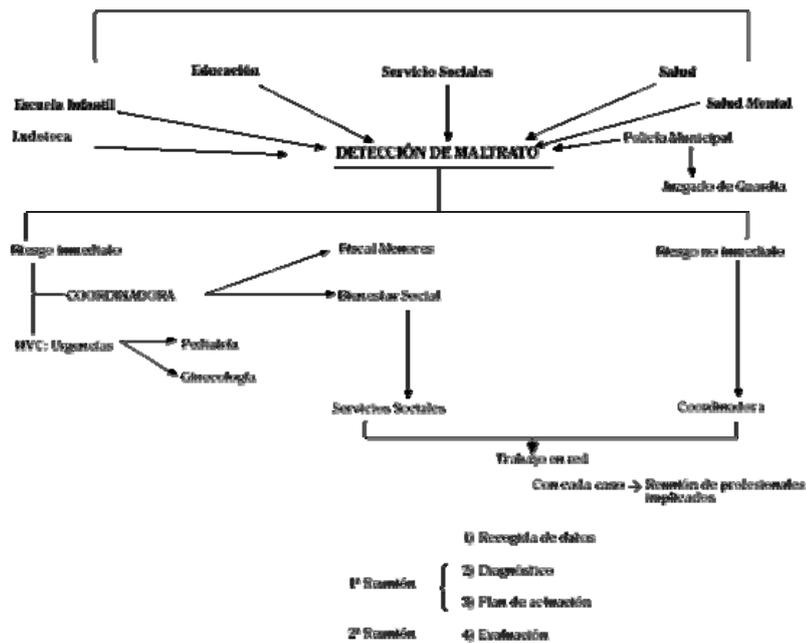
En este sentido, la actitud de todos los integrantes del amplio equipo que se ocupa de estos problemas no es de castigar; sino más bien, siempre que sea posible; rehabilitar la familia para que el niño regrese a su hogar. Cuando esto no es posible de inmediato, se decidirá ubicarlo; previo estudio social, en el hogar familiar que pueda ser atendido satisfactoriamente. Solo en última instancia se declara en estado de abandono y pasa a la tutela del estado, mientras se logra la adopción por otro hogar que le ofrezca cariño, protección, educación y seguridad. (Fondenima 1998).

En este sentido, la detección y la notificación son las primeras condiciones para poder intervenir en un caso de Maltrato Infantil y posibilitar así ayudar a la familia y al niño que sufren este problema. La mayoría de los casos de Maltrato Infantil no son detectados directamente por los propios servicios sociales, sino que normalmente las notificaciones proceden de particulares y profesionales que mantienen contacto habitual o frecuente con la familia y conocen su situación, en gran porcentaje los Odontólogos.

Por lo tanto, esta situación requiere ser corregida en un esfuerzo común, dado que a medida que el Maltrato se cronifica y el niño pasa más tiempo sufriendo el problema, las posibilidades de recuperación del daño sufrido disminuyen, aumentando la probabilidad de que las secuelas negativas de haber vivido una problemática de estas características se conviertan en permanentes. De esta forma, el futuro del niño se vería gravemente comprometido. (Da Miguel y Fernández 2002).

Son varios los factores responsables de las dificultades para la detección y notificación del problema. Algunos afectan en igual medida a la población general y al colectivo de profesionales, mientras que otros afectan en mayor grado a un grupo que a otro. En general, entre otros, pueden destacarse los siguientes factores como responsables de los problemas para la detección y notificación de casos de Maltrato: La indefensión implícita de la infancia, que imposibilita en general al niño víctima de Maltrato buscar ayuda para solucionar su situación, Las dificultades para la detección inherentes a este tipo de situaciones, que en la mayoría de las ocasiones ocurren en la intimidad del domicilio, La consideración de los niños como propiedad privada de los padres y la falta de sensibilización hacia esta problemática, El desconocimiento de los indicadores menos obvios de las diferentes situaciones de Maltrato, El desconocimiento de los mecanismos y pasos a seguir para notificar la existencia de tales casos, La falta de confianza en la actuación de los Servicios Sociales.

Entonces, para notificar un caso no es necesario poseer una certeza absoluta de que la situación de Maltrato se está produciendo, sino que es suficiente con poseer una sospecha razonable de ello. Tal sospecha ha de derivar de la observación de algunos de sus indicadores (físicos o comportamentales del niño o los padres). Da Miguel y Fernández (2002), presentan un formato de "Esquema de Actuación" que contiene el algoritmo que deben seguir los profesionales de la zona en el momento inicial de detección de un caso:



Este planteamiento confronta no solamente al manejo de problemas complejos, sino también la gestión de una cantidad enorme de personas e instituciones deseosas de ofrecer soluciones, a veces discordantes, a estos problemas. Muchas veces en las situaciones de Maltrato Infantil, la falta de organización y de concertación de los diferentes niveles institucionales implicados en la propuesta de una solución complican o agravan la situación de violencia del menor.

En este sentido, uno de los desafíos de cualquier programa de este tipo es facilitar un proceso de organización de los diferentes niveles institucionales y recursos profesionales que aseguren la creatividad y la competencia de cada una de estas instancias. Esto ha de hacerse a través del respeto a las diferentes misiones de cada nivel, creando así una dinámica colectiva que, sumando los recursos y las competencias, aporte lo mejor a cada niño y a su familia. Se trata de que cada uno se sitúe en un conjunto, de manera que a través de un compromiso solidario y concertado se garantice el intercambio de información y la creatividad de todos los participantes de una red.

El elemento fundamental que debe animar estos procesos colectivos es la acción basada en la creatividad individual asociada a una dinámica colectiva. Hay que cambiar la idea de que cada profesional tiene una parte del trabajo por la noción de todos juntos participando colectivamente en la construcción de un

modelo que permita una mejor utilización de recursos y competencias. Todo intento de organizar una red de profesionales tiene ya un impacto preventivo sobre la violencia en la medida en que esta organización permite la emergencia de rituales entre los diferentes profesionales, provocado por el contenido de las situaciones de Maltrato y, por ende, previniendo la violencia institucional (Barudy, 1986).

La detección del Maltrato se ha introducido como uno de los nuevos componentes de la estrategia la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI); que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad

Esta estrategia cumple con investigar sistemáticamente en la atención de todos los niños por las siguientes razones:

- Porque está enmarcado dentro de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez. El artículo 19 protege a todos los niños contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos u otra explotación, incluido el abuso sexual.
- Es un problema universal.
- Sigue la política de la OMS dentro del año del informe mundial de violencia y salud.
- Las cifras epidemiológicas reales y el subregistro justifican evaluar a todos los niños en busca de Maltrato.
- Es un problema oculto o sea que la madre pocas veces mencionará de manera espontánea la existencia del problema y pocos niños tienen evidencia clara de Maltrato.
- Involucra formalmente a las entidades de salud pública y a todo el sector salud en la detección, prevención y tratamiento del problema.

- Por el factor cultural, algunas prácticas de crianza que son Maltrato son consideradas por los padres como un beneficio y un bien que le hacen al niño.
- Prevenir las consecuencias y secuelas que el Maltrato deja en los niños, y consecuentemente disminuir los costos sociales y económicos asociados a ellas.
- Si se evalúa sistemáticamente, no solo se detecta Maltrato sino que se introduce el tema y los factores protectores (promoción del buen trato), lo que beneficia a todos los niños.
- Estimula estilos de vida saludable ya que la prevención y detección del Maltrato del niño sirve como puerta de entrada para disminuir la violencia intrafamiliar y enfrentarla.
- Este abordaje rescata el aspecto social y humano de la medicina.
- Si existen vacunas atrasadas o si es desnutrido, detrás de todo esto puede existir Maltrato. Es necesario trabajar el Maltrato para tratar en forma adecuada otros problemas tales como desnutrición, vacunas atrasadas, etc. Ferreira, Beltran, Montoya, Nuñez y Bossio. Documento en línea. (s.f)

Pasos a seguir ante la detección de un Niño Maltratado en la consulta Odontopediátrica del Postgrado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo

La Convención sobre los Derechos del Niño, suscrita por Venezuela en el año 1989 y ratificada en 1990, ha establecido como mecanismo de seguimiento de su aplicación la presentación de informes periódicos sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes (NNA) con respecto a sus derechos, en cada uno de los Estados. Estos informes deben ser presentados ante el Comité de Derechos del Niño (CDN) y en ellos se deben referir los avances y deudas existentes con respecto al desarrollo de políticas, planes y programas para la garantía de los derechos humanos de los NNA. Además de esto, el Comité ha estimado conveniente propiciar la activa participación de las organizaciones no gubernamentales (ONG), con el ánimo de apoyar las visiones alternativas a la versión oficial presentada por los Estados. Como tal, el Comité de Derechos del Niño es entonces la instancia encargada de supervisar la situación de los países

con respecto al marco referencial de los Derechos de la Infancia, lo cual realiza a través de la revisión de los informes procedentes de los Estados y de las organizaciones no gubernamentales, tras lo cual emite una serie de observaciones y recomendaciones a los países.

En materia de niños, niñas y adolescentes el Estado venezolano promulgó en el año 1999 la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), la cual entró en vigencia en abril del año 2000. Esta Ley implica la creación de un *Sistema de Protección* en el ámbito Nacional, Estatal y Municipal conformado por *Consejos de Derechos* (nacional, estatales y municipales) para la atención de amenaza o violación de derechos colectivos o difusos, *Fondos* (nacional, estatales y municipales) con miras a garantizar los recursos para la implementación de planes, programas y proyectos; *Consejos de Protección* (para el ámbito municipal) con atención directa de casos de amenaza o violación de derechos individuales y *Defensorías de Niño y del adolescente* (para los ámbitos municipal o parroquial).

En el Municipio Naguanagua-estado Carabobo; donde se encuentra las instalaciones del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, encontramos los entes indicados para solventar y canalizar un caso de Maltrato Infantil detectado; en este caso, por los estudiantes del Postgrado. Son los siguientes:

- Consejo Municipal correspondiente a la zona, ubicado frente a la Plaza Bolívar, teléfono: 0241-8686932.
- Consejo de Protección del Niño y Adolescente para el Municipio Naguanagua se encuentra en la Avenida Universidad, a la altura de la Bomba Santa Ana, piso 3, teléfonos: 0241-8975769 y 0414-4387907.
- Defensoría Delegada del estado Carabobo (0241) 857.6436 / 858.7816 Edificio Torre Mercantil, Piso 3, Oficinas 3A y 3B, Urb. Lomas del Este, Avenida Rotaria.

El alumno de Postgrado de Odontopediatría puede comunicarse con cualquiera de estas instituciones para reportar un caso de Maltrato Infantil. Es importante conocer que se debe suministrar los datos del niño, y no es

	REGISTRO CIVIL	1	1	2	1	1	2	2	1	1				1	1	14			
	INQUISICIÓN DE PATERNIDAD																		
	CÈDULA DE IDENTIDAD																		
VIOLACIÒN DE DERECHOS	OPINAR																		
	MANIFESTAR																		
	CONFIDENCIALIDAD																		
	JUEGOS DE AZAR																		
	AL TRABAJO																		
	VIDA (DESAPARECIDOS)																		
	OTRO																		
VIOLACIÒN DE DEBERES	HONRAR LA PATRIA Y SUS SIMBOLOS																		
	RESPETAR DERECHOS DE OTROS																		
	HONRAR A SUS PADRES																		
	OTROS																		
PROBLEMÀTICA	TIPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	TOTAL
EXPLOTACIÒN	TRABAJO																		
	SEXUAL																		
	ROLES																		
	LUCRO																		
	FÌSICO																		
	OTRO																		
DERECHO A LA EDUCACIÒN	NEGACIÒN DE CUPO																		
	MALTRATO																		
	EXPULSIÒN O RETIRO														1				1
	ZONIFICACIÒN																		
	EVALUACIÒN																		
	REPRESENTATIVIDAD EN INSTITUCIONES																		
	INGRESO A INSTITUCIÒN MILITAR																		
	OTRO																		
ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY	ROBO														1				1
	ATRACO																		
	DESVALIJAMIENTO																		
	HURTO																		
	LESIONES																		
	HOMICIDIOS																		
	ESTAFA																		
	FRAUDE																		
	VIOLACIÒN A OTROS																		
	VENTA DE DROGAS																		
	CONDUCTA IRREGULAR																		
OTROS																			
ABANDONO	PARCIAL	1	1	1					1										4
	TOTAL (DESCUIDO)																		
EMBARAZO EN ADOLESCENTES																			

Bioética en la Odontología

La Odontología, es ciencia y es arte. Tradicionalmente así se ha concebido, y como tal se proyecta a la comunidad que tanto espera de ella. Como ciencia, obliga a investigar para ofrecer lo mejor a la salud del cuerpo y como arte, compromete a ser creativos en grado sumo, para atender a la salud del espíritu manteniendo y mejorando las sonrisas, de cuya armonía y estética dependen tanto las relaciones humanas. Casale, Documento en Línea (s.f). En este orden de ideas, el compromiso; de formar hombres y mujeres profesionales e íntegros, es grande y comienza desde las aulas del alma mater, en donde hay que afinar cuerpo y espíritu para crear el conocimiento odontológico necesario para colmar las necesidades de nuestra comunidad.

Dadas las circunstancias actuales de todo orden, hoy más que nunca es necesaria una disciplina que de alguna forma, encauce nuestro ejercicio profesional dentro de unos parámetros, generados por las tres reglas de oro que rigen el comportamiento humano en el amanecer del nuevo milenio, cuáles son: la obligación, el compromiso y la responsabilidad. El hombre de principio de milenio, está obligado, en el sentido de que está ligado a los demás así le cueste reconocerlo, y ello le crea un compromiso que lo hace responsable de las consecuencias de sus actos. Esa disciplina es la Bioética. Casale, (s.f).

La relación profesional/paciente y su importancia para el buen seguimiento y, suceso del tratamiento odontológico deben ser reflejadas por medio de sus aspectos bioéticos. Según Goncalves y cols 2007, en un estudio realizado concluyen que muchos cirujanos dentistas no están tomando en cuenta esos aspectos bioéticos en la práctica clínica, basándose en que el 88,1% mencionan que la decisión del tratamiento debe ser tomada en común acuerdo entre el profesional y el paciente, sin embargo, el 26,4% relatan que la participación del paciente y/o la de su responsable legal en la decisión puede interferir de manera negativa. La actuación del profesional cuando el paciente opta por un tratamiento menos conveniente, el 95,6% tratan de convencerlo de que no es la mejor opción y cambie para la mejor, manteniendo el modelo paternalístico. Ha sido observado que el 20,3% no supieron relacionar la importancia de la interacción profesional/paciente para el tratamiento odontológico.

Así mismo, partiendo del hecho de que la relación médico paciente es una relación humana, bien intencionada, ella siempre gira en torno al bien. La tendencia natural del hombre es hacia el bien, así nos lo hacía ver Aristóteles desde épocas pretéritas, y es innegable que si hay algo que haya motivado al hombre durante el trayecto recorrido hasta el día de hoy, es el afán por la búsqueda del bien humano, por lo tanto, es importante determinar su vinculación íntima con las raíces Bios y Ética, y analizar el alcance de la enseñanza de la bioética, con la esperanza de lograr un individuo que sea capaz de armonizar su ejercicio profesional dentro de un horizonte bioético.

Para Luengas 2003, la mayoría de los pacientes que presentan sus quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), provienen de la práctica privada, la causa de la inconformidad es por el tratamiento y por otro lado; a pesar de los avances en materia de normatividad en México, existen vacíos en cuanto al manejo del paciente en la Norma Oficial para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales como es la ausencia del consentimiento informado para la toma de decisiones sobre los tratamientos. Así, que se requiere actualizar las Normas Técnicas y educar a estudiantes de Odontología, profesionales y usuarios en una cultura del derecho y la responsabilidad, para elevar la calidad de la relación clínica en Odontología.

En un estudio comparativo-descriptivo desde la óptica cuantitativa realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, permitió explorar la opinión de los estudiantes de medicina y Odontología, acerca de la jerarquización de los valores, resultando de la pregunta abierta “En orden de importancia diga cuales son los valores esenciales para el ser humano”, se obtuvo que el valor más importante para el estudiante de Odontología es la Honestidad con el (40,54%), mientras que para los estudiantes de Medicina es el Amor, con el (29,73%), se observó además que en ambos grupos el valor de Respeto (26,13%) es el que mas aparece entre los tres primeros valores. Como resultado de la pregunta abierta “En su profesión ¿Cuáles son los valores de mayor utilidad en la actualidad?” se obtuvo que para los estudiantes de Medicina son el respeto y los Valores Éticos con (16,22%) y para los estudiantes de Odontología es el valor de Respeto con

el 21,62 %, siendo los Valores Éticos los que se refieren a la deontología profesional. En cuanto a valores sociales e individuales hubo asociación entre variables ($\chi^2=8,30$) ($p<0,05$). Así se concluye que los dos grupos de estudiantes tienen similitud sobre las preferencias de jerarquía de los valores en cuanto a honestidad, respeto, amor y responsabilidad tanto, como concepciones humanísticas y universales como valores sociales. (Capote y cols 2006). En este orden de ideas, es necesario y fundamental resaltar la formación integral del alumno de postgrado, en lo que respecta a la Bioética; en profundidad sobre el campo de la educación en valores que representa una necesidad en la carrera de Odontología ya que su objeto principal es el ser humano y específicamente en el tema tratado, el Maltrato Infantil. Un Odontólogo estudiante de la especialidad de Odontopediatría debe estar preparado para manejar diversos casos que se le presente en este ámbito tan común hoy en día, a través del conocimiento del tema, evaluación, diagnóstico y manejo de los pacientes en esta situación.

CONCLUSIONES

Se vive en un mundo en el que predomina la violencia. Y no debería extrañarnos que su dominio se inicie en la familia, pues es ahí donde empieza a manifestarse. La mayor parte de las agresiones graves a los niños se da precisamente en el hogar y esto da lugar a que dicho problema del Maltrato a los niños se encuentre en personas y circunstancias casi o totalmente fuera de control, este tema se relaciona con el malinterpretado derecho de corrección y de una u otra manera todos debemos hacernos responsables para no seguir incubando en la sociedad ese fenómeno tan desastroso y responsable de diversas anomalías en la misma; pues tanto el Maltrato Infantil es un fenómeno social que ha gozado de aceptación en nuestra cultura.

Según registros oficiales del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas; CICPC, y cálculos realizados por el Centro para la Paz y Derechos Humanos de la Universidad Central de Venezuela (UCV) en el

año 2004 se registraron 9.652 hechos violentos a Niños, Niñas y Adolescentes, lo que representa un crecimiento de 13.1 en relación a años anteriores. La clasificación de estos hechos es la siguiente: lesiones personales 2598 casos, con un porcentaje de crecimiento de 23,7; Secuestro 21 casos, con un porcentaje de crecimiento de 40,0%; violación 1874 casos, con un porcentaje de crecimiento de 13,3%; acoso sexual 231 casos con un porcentaje de crecimiento de 148,4%, entre otros. Informe Alternativo ante el Comité de los Derechos del Niño (2007). Documento en línea <http://www.cecodap.org.ve/>.

La Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado (Fondenima) reporta que de 145 se reportaron 280 tipos de maltrato: el 51% representa el maltrato psicológico, el 19 % representa el maltrato por negligencia; el 14% representa el maltrato físico; el 12% el abuso sexual y el 4% el abandono infantil. De este total de 145 casos se reportó la participación como maltratador de 222 personas, es decir que en cada caso estuvo involucrada más de una persona como ejecutante del agravio hacia los NNA. Esta Oficina también reportó que, además de que el maltrato a los NNA es comúnmente propiciado por más de una persona (padres, madres, abuelos, tíos, vecinos, entre otros), el análisis por filiación revela que el 40.99% del maltrato es infringido por los padres y el 40.54% por las madres, siendo estas últimas los agentes maltratadores más importantes. El 6.76% lo representan familiares y conocidos, el 3.15% desconocidos y el 0.90% abuelas y padrastros.

A pesar de que en los últimos tiempos esta conducta ha sido condenada por constituir algunas de las formas de violencia más comunes y penetrantes en nuestra sociedad, todavía miles de niños sufren Maltrato físico, psicológico y sexual en su propio hogar. La familia es y debería considerarse como la institución más compleja y la más importante para nuestra sociedad, más sin embargo lo que sucede dentro de ella puede tener efectos tanto positivos como negativos en cada uno de los individuos que la integran y por tanto un ajuste o desajuste en las relaciones intrafamiliares. Diversos estudios en el tema han demostrado que los padres son los principales autores del Maltrato Infantil y a pesar de las graves consecuencias que este fenómeno desencadena no se debe calificar a estas personas como pervertidas o anormales, ya que sufren al igual que el niño o la niña agredidos ya que en la mayor parte de los casos éstos desahogan sus propias frustraciones que sus padres les hicieron sufrir de

niños en sus hijos y sin darse cuenta de que así es, es decir, es un proceso inconsciente que se convierte en un círculo vicioso y que coincide con la teoría de frustración-agresión.

Toda sociedad encuentra los más hondos y sólidos cimientos de su futuro en las generaciones jóvenes, que instruidas en forma adecuada y educadas de manera integral, serán el sustento de una nueva conciencia social y humana que es el único camino hacia el desarrollo y la paz social en nuestro país y en todo el mundo.

Para Calvo (2007), los niños maltratados tienen la tendencia a convertirse en padres que maltratarán a sus hijos. Una persona que fue un niño golpeado, tiende a repetir el patrón con sus propios hijos. Encuestas han comprobado, a lo largo de los años, que el castigo físico está muy arraigado en Venezuela. Sin embargo, la posición legal es que las "tradiciones" que atentan contra los derechos humanos deben abolirse.

Es un tema amplio, complejo y con diversidad de criterios y formas, lo destacado es que cada uno de las personas involucradas en la atención del niño deben estar alertas de signos y síntomas que señalen la presencia del Maltrato Infantil. Es importante destacar que el Odontólogo y aun mas el estudiante del postgrado de Odontopediatria debe estar alerta y poseer los conocimientos relacionados con la detección de este problema social cotidiano hoy en día. Para ello debe poseer además dentro de la historia clínica un esquema de evaluación que le permita indagar y conocer puntos importantes que servirán de respaldo en el momento que se presente un caso de Maltrato Infantil.

Desde 1975, para Bensei y King el rol principal del Odontólogo radica principalmente en reconocer a conciencia el problema del Maltrato, identificar y relatar casos sospechados, documentar las heridas o la negligencia que ha sido observada, y canalizar el caso.

El trauma bucofacial está presente en hasta la mitad de los casos relatados de abuso Infantil a través de quemaduras, laceraciones, y las fracturas de dientes y mandíbulas que son tan comunes y frecuentes. Los estudios en el campo dental son necesarios para delinear los tipos y las incidencias de heridas bucofaciales relacionadas con el Maltrato Infantil, es por todo lo ante expuesto que el estudiante de Postgrado de Odontopediatria debe

desde su formación familiarizarse con el rol que deben tener y a la vez trabajar multidisciplinariamente con los entes y profesionales encargados de solventar esta situación a través de los servicios adecuados existentes para proteger a niños y rehabilitar familias.

Referencias Bibliográficas

ACOSTA, N. (1998). Maltrato Infantil un reto para el próximo milenio. Cuba. Editorial Científico técnica. [Consulta: 2009, Junio]

ARIZA, Saira C.; Caicedo Mario A.; Isaza Claudia P. (1998). Comunicación y medios Cartáticos para el manejo de la ansiedad y agresividad del niño en la consulta odontológica. Bogota. [Consulta: 2009, Febrero]

BARUDY J.; Charlier D. (1986). Maltrato Infantil. Ed. Galdoc Chile. [Consulta: 2009, Junio]

BELLINZONA G.; Decuadro M.; Charczewski G.; Rubio I. (2005). Maltrato Infantil y abuso sexual: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. Rev Med Uruguay; 21: 59-67. [Consulta: 2009, Junio]

BENSEL, R.; King, K. (1975). Neglect and Abuse of Children: Historical aspects, identification, and Management. Journal of Dentistry for Children. September-October. [Consulta: 2009, Julio]

BERK 1999, Cortés y Cartón 1997, Corsi 1994 y Marcovich 1991, citados en el artículo Maltrato Infantil. (s.f). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos10/malin/malin.shtml>. [Consulta: 2009, Junio]

BRAHAM, R.; Tsuchiya, T.; Kurosu, K.; Fukuta, O. (1994). Physical restraint, child abuse, informed consent: Sociolegal concerns for the nineties. Journal Of Dentistry For Children. May-June. [Consulta: 2009, Julio]

BRODEUR, A.; Monteleone, J. (1994). Chile Maltreatment. G. W. Medical Publishing: St. Louis. [Consulta: 2009, Febrero]

CAIRES, I. (26 de abril de 2009). Partido Patria para Todos PPT: Cada vez son más frecuentes denuncias sobre Maltrato Infantil. Periódico El Carabobeño. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

CALVO, M. (01 de octubre de 2007). El Maltrato Infantil. Periódico El Universal. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

CAMARGO, S. (Noviembre 1997). Investigación sobre el Maltrato Infantil en Colombia, 1985-1996. Instituto Colombiano de Bienestar familiar. Colombia. [Consulta: 2009, Febrero]

CAPOTE, E.; Brett, M.; Guada, N.; Villegas H.; Capote, J. (2006). Comparación de la jerarquía de valores entre los estudiantes de medicina y odontología del segundo año de la universidad de Carabobo. Acta odontol. venez v.44 n.3 Caracas. [Consulta: 2009, Junio]

CORTES, Luisa; Dávila, Sonia; Iriarte, Armando. (1998). Síndrome del niño maltratado, responsabilidades del Odontólogo e implicaciones legales. Bogota. [Consulta: 2009, Febrero]

CASTELLANO, Y. (23 de septiembre de 2007). Unos 30 casos de Maltrato Infantil son reportados en hospitales del litoral. Periódico El Carabobeño. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

COULTHARD P., Warburton A. (2007). The role of the dental team in responding to domestic violence. British Dental Journal. Vol 203. London. [Consulta:2009,Mayo]

DE MIGUEL, m.; Fernández M. (2002). Detección precoz del Maltrato Infantil. Programa piloto de trabajo en red *Early detection of child abuse. Pilot work program in the net*. ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 2. [Consulta: 2009, Junio]

Dental Care. (2006). Review examines oral and dental aspects of child abuse and neglect Medical Letter on the CDC & FDA. Atlanta. p. 39 [Consulta: 2009, Mayo]

El Castigo Corporal en la Niñez *¿endemia o epidemia?.* (1996). Revista Boletín.

El legado del correazo. (24 de enero de 2009). Revista Estampas, Periódico El Universal. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

FRANCISCO, J. (1987). Maltrato a los niños. En: Barrera, G. Psicopediatría. Problemas psicológicos del niño en la práctica diaria. España. Salvat Editores. Pp 442-449. [Consulta: 2009, Junio]

FERREIRA, Beltran, Montoya, Nuñez y Bossio. Documento en línea. (s.f) Maltrato Infantil y abuso sexual en la niñez. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-Maltrato1.pdf>. [Consulta: 2009, Junio]

Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; FEDUPEL. (2003). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y maestría y Tesis Doctorales. Editorial Pedagógica. [Consulta: 2009, Febrero]

GENTILE I. (1988). Los niños castigados. Puericultura y Pediatría Social. Montevideo: Edilimed. 489-517. [Consulta: 2009, Junio]

GONÇALVES, P.; Garbin, C.; Garbin, A.; Moimaz, S.; Oliveira, R. (2007). Evaluación del conocimiento de los cirujanos dentistas brasileños sobre aspectos bioéticos en el tratamiento odontológico. Avances en Odontoestomatología. Vol. 23 - Núm. 3. [Consulta: 2009, Junio]

GONZALEZ, E. (3 de enero de 2008). Desde el 1º Cmdna recibió cuatro denuncias de Maltrato Infantil. Periódico El Carabobeño. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

GREENBAUM, P.; Lumley M.; Turner, C.; Melamed, B. (1993). Dentist's reassuring touch: effects on children's behavior. Pediatric Dentistry: January-february: Volumen 15 N° 1. [Consulta: 2009, Julio]

HARRIS J., Elcock C., Sidebotham P., Wrlbury R. (2009). Safeguarding children in dentistry: Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in pediatric dentistry. *British Dental Journal*. Vol. 206. London. [Consulta: 2009, Mayo]

HANCOCKS, A. (2000). Abuso de niños: ¿Sabemos como responder a este problema?. *Bold-Fed-Dent-Intern*. 180:1. [Consulta: 2009, Febrero]

HOBBS, Christopher; Hanks, Helga; Wynne, Jane. Chile abuse and neglect. (1993). *A clinicians handbook*. Editorial Churchill Livingstone. Londres. [Consulta: 2009, Febrero]

JESSEE, Stephen. (Enero – febrero 1999). Behavioral indicators of child maltreatment. *Journal of dentistry for children*. [Consulta: 2009, Febrero]

JHONSON, A. (1868). *Lecturas on the surgery of childhood*. Londres. [Consulta: 2009, Febrero]

KAMP, A. (1992). Parent separation during dental care: a survey of parent's preference. *Pediatric Dentistry: July-August: Volumen 14 N° 4*. [Consulta: 2009, Julio]

KELLOGG N., Block R; Hibbard R., Jenny C. Y cols. (2005). *Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect Pediatrics*. Vol. 116. Evanston. [Consulta: 2009, Mayo]

KEMPE CH.; Silverman FN.; Steele BF.; DroegemuellerW, Silver HK. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*. 181: 17-24. [Consulta: 2009, Junio]

KEMPE RS.; Kempe CH. (1985). *Niños maltratados*. 3ª ed. Madrid:Morata. [Consulta: 2009, Junio]

LAGO, Gabriel. (s.f). *El Maltrato Infantil. Fascículo: abuso sexual*. [Consulta: 2009, Febrero]

LAGO, Gabriel; Lung, Nena. (s.f). *Maltrato Infantil. Fascículo: Negligencia y descuido*. [Consulta: 2009, Febrero]

LAGO, Gabriel; Posada, Augusto; Montufar, Margarita. (s.f). *El Maltrato Infantil. Fascículo: el Maltrato físico*. [Consulta: 2009, Febrero]

LAZENBATT A., Freeman R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 56. Oxford. [Consulta:2009,Mayo]

LEE, Lawrence; Ilan, Joshua; Mulvey, Thomas. (January-april 2002). Human biting of children and oral manifestation of abuse: a case report and literature review. *Journal of dentistry for children*. [Consulta: 2009, Febrero]

LOREDO A.; Trejo J.; Jordán NT.; López G.; Muñoz A.; Perea A.; Ridaura C. (2006). Maltrato Infantil y síndrome de muerte súbita del lactante: estrategias para el diagnóstico diferencial Bol Med Hosp Infant Mex; 63 (4): 269-275. [Consulta: 2009, Junio]

LUENGAS, Ami. (2003). La bioética en la relación clínica en odontología. Revista ADM; 60 (6): 233-239. [Consulta: 2009, Junio]

Maltrato Infantil, la importancia del diagnóstico en odontología. 2000-2001. (2009). Gaceta dental. [Consulta: 2009, Febrero]

MARTINEZ, A. (2000). Maltrato y abandono en la infancia. España. Martínez Roca S.A. [Consulta: 2009, Junio]

MARTINEZ, Carmen. (1997). Niños maltratados. Díaz de Santos S.A. Madrid. [Consulta: 2009, Enero]

MCDONALD, R. (1998). Odontología pediátrica y del adolescente. Sexta edición. España. Editorial Harcourt Brace. [Consulta: 2009, Junio]

MC DONALD, R; Needleman H. (1986). Abuse and neglect. Pediatric Dentistry 8. Consulta: 2009, Junio]

MCDONNELL S., Mackie I. (2008). An urgent referral of a suspected case of child abuse. British Dental Journal. Vol 205. London. [Consulta: 2009, Mayo]

MONTUFAR, Margarita. (s.f). Maltrato Infantil. Fascículo: Maltrato Infantil. [Consulta: 2009, Febrero]

NAIDOO, S. (2000). A profile of the Oro-facial Injuries in Child Physical Abuse at a children's Hospital. Child-Abuse-Neglect. April 24(4): 521-34. Consulta: 2009, Junio]

NEEDLEMAN, H. (1986). Orofacial trauma in child abuse: Types, prevalence, management and dental profession's involvement. Pediat-Dent 9. Consulta: 2009, Junio]

NEEDLEMAN, H. (2000-2001). Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Reference manual. [Consulta: 2009, Junio]

OLMEDA, Jesús. (Noviembre 1997). Detección del Maltrato Infantil en los consultorios odontostomatológicos. [Consulta: 2009, Enero]

Organización para la Salud (OPS)-Colombia. (s.f). Protocolo de atención a la niñez maltratada. Documento en línea, disponible en www.col.ops.oms.org.com. [Consulta: 2009, Junio]

OROZCO, C.; Labrador, M. (2002). Metodología manual teórico práctico de metodología para tesis asesores, tutores y jurados de trabajos de investigación. Venezuela Offimax de Venezuela C.A. [Consulta: 2009, Junio]

PLANELLIS, P.; Gallegos L. (2002). Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta Odontológica Venezolana. Diciembre; 40(3).

PARRA, Rosario. (2002). El Maltrato Infantil. Fascículo: Maltrato psicológico y emocional. [Consulta: 2009, Enero]

PEREZ, L. (1997). Guía Práctica autoinstruccional para la elaboración de Proyectos de Investigación. Venezuela. Impresora gráfica moderna C.A.

RIVERA, M.; Furman, E. (Septiembre 1998). Hallazgos clínicodentales en niños sugestivos de Maltrato Infantil / Clinical dental findings in children, suggestive of child abuse. Universidad Javeriana. 17(36):59-64

RODRIGUEZ, José; Narváez, Héctor; Valdez, CESID; Casas, Alfonso; Erazo, Benjamín. (1995). Odontología forense. Ecoe Ediciones. Primera edición. Bogota. [Consulta: 2009, Febrero]

ROJAS, Beatriz. (30 de enero 2008). Consejo de Protección de Naguanagua recibe dos denuncias diarias. Maltrato Infantil proviene en su mayoría del entorno familiar. Periódico El Carabobeño. Venezuela. [Consulta: 2009, Junio]

RUTTER, Michael; Taylor, Eric. (2002). Chile and adolescent Psychiatric. Cuarta edición. Ediciones Blackwell. Estados Unidos. [Consulta: 2009, Febrero]
Save the childrens. Manual para la detección de casos de Maltrato a la niñez. (1994). Éxitos editores. Colombia. [Consulta: 2009, Febrero]

SIDEBOTHAM P., Harris J. (2007). Protecting children. British Dental Journal. Vol 202. London. [Consulta:2009,Mayo]

SIERRA, C. (2004). Estrategias para la Elaboración de un Proyecto de Investigación. Maracay Venezuela. [Consulta: 2009, Febrero]

STALKER C., Carruthers D., Teram E., Schachter C. (2005). Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: Treatment considerations for the practitioner, American Dental Association. The Journal of the American Dental Association. Vol. 136. Chicago. [Consulta: 2009, Mayo]

University of Texas Health Science Center, San Antonio. (2006). Review examines oral and dental aspects of child abuse and neglect Biotech Week. Atlanta. p. 1339 [Consulta: 2009, Mayo]

VENEZUELA-Caracas. (Marzo 2000). Constitución de la republica Bolivariana de Venezuela con exposición de motivos. [Consulta: 2009, Junio]

VENEZUELA-Caracas. (s.f). Fundación oficina nacional de denuncia del niño maltratado FUDENIMA. Informe anual. [Consulta: 2009, Junio]

WRIGHT, Gerald; Starkey, Paul; Donald, Gardner. (1983). Managing Childrens Behavior in the dental office. Mosby Company. Toronto. [Consulta: 2009, Febrero]

ZAMUDIO, Y. (1994). El Maltrato Infantil y su relación con la Odontología. Trabajo de Investigación para ascenso no publicado. Valencia. Venezuela. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo.

ZAMUDIO, Y. (2004). El Maltrato Infantil y su relación con la Odontología. Tesis de especialización no publicada. Caracas. Venezuela. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Disponible: www.uniceflac.org. [Consulta: 2009, Febrero]

Organización Mundial de la Salud. (1999). Disponible: <http://www.who.int/es/>. [Consulta: 2009, Febrero]

Naciones Unidas. Disponible: <http://www.un.org/spanish/>. [Consulta: 2009, Febrero]

Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente. Disponible: <http://www.mintra.gov.ve/legal/leyesorganicas/leydelninoydeladolcente.html>. [Consulta: 2009, Febrero]

La Mirada de Jokin Bullying, Problemática Adolescente. Disponible: <http://argjiokin.blogcindario.com/2007/12/08300-venezuela-Maltrato-Infantil-violencia-que-deja-huellas.html>. [Consulta: 2009, Febrero]

Construcción Bioética en Odontología con base en los calores humanos. (s.f). Antonio Casale Capogni. Disponible: <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc5819700construccion.htm>. [Consulta: 2009, Junio]

Centros Comunitarios de Aprendizaje. Disponible. <http://www.cecodap.org.ve/>. [Consulta: 2009, Julio]

