



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES BUCALES PRESENTES EN
INFANTES FALLECIDOS POR EL SÍNDROME DEL NIÑO
MALTRATADO QUE FUERON INGRESADOS EN LA
MORGUE JUDICIAL DE LA CHET. EDO CARABOBO,
PERIODO 2015-2018**

Autoras:

Camacho Luisanny 26.697.975

Peña Albany 26.166.246

Tutor metodológico: José Gesime

Tutor de contenido: Bladimir Mendoza

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGÍA



**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES BUCALES PRESENTES EN
INFANTES FALLECIDOS POR EL SÍNDROME DEL NIÑO
MALTRATADO QUE FUERON INGRESADOS EN LA
MORGUE JUDICIAL DE LA CHET. EDO CARABOBO,
PERIODO 2015-2018**

Proyecto de Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar por el
título de **ODONTÓLOGO**

Autora:
Camacho Luisanny
Peña Albany
Tutor: Bladimir Mendoza

San Diego, abril de 2019



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES BUCALES PRESENTES EN
INFANTES FALLECIDOS POR EL SÍNDROME DEL NIÑO
MALTRATADO QUE FUERON INGRESADOS EN LA
MORGUE JUDICIAL DE LA CHET. EDO CARABOBO,
PERIODO 2015-2018**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°	Nombres y apellidos
26.697.975	Camacho E. Luisanny S.
26.166.246	Peña G. Albany M.
Tutor Propuesto: Mendoza Bladimir	Firma: _____
Cédula de Identidad N° _____	

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE Ciencias de la Salud
ESCUELA DE Odontología
CARRERA Odontología

San Diego, 17/01/19

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado:
Descripción de las alteraciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Malnutrido Período 2015-2018.
ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Rolando E. Méndez Ocasio
Nombre Tutor Académico

[Firma]
Firma

17/01/19
Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Camacho Este	Nombres: Luisanny Stefania	C.I: 26.697.975
Direccion: la esmeralda		Teléfono: 0424-4007659
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores: Camacho Luisanny y Peña Albany		Telefono: 04244007659
Titulo Del Trabajo: Descripción de las alteraciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial de la CHET, Estado Carabobo, periodo 2015-2018.		
Breve Explicacion: Se evaluarán las alteraciones bucales presentes en niños fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que hayan sido ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, dado a que existen pocos estudios por parte de los estudiantes de la Facultad de Salud.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 15 semanas		
Tutor académico propuesto: Mendoza Bladimir		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE ESCUELA

NOMBRE	FIRMA	FECHA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Peña Garavito	Nombres: Albany Marian	C.I: 26.166.246
Direccion: San Diego		Teléfono: 0424-4455560
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Indice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores: Camacho Luisanny y Peña Albany		Telefono: 0424-4455560
Titulo Del Trabajo: Descripción de las alteraciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial de la CHET, Estado Carabobo, periodo 2015-2018.		
Breve Explicacion: Se evaluarán las alteraciones bucales presentes en niños fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que hayan sido ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, dado a que existen pocos estudios por parte de los estudiantes de la Facultad de Salud..		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 15 semanas		
Tutor académico propuesto: Mendoza Bladimir		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE ESCUELA

NOMBRE	FIRMA	FECHA

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañandonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Primeramente gracias a Dios por cada detalle y momento durante la realización de nuestra tesis, gracias a él por ser la base de nuestra moral, por cada día en el que nos permitió despertar con vida y salud para continuar con fuerzas y empeño.

Gracias a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en nosotras y en nuestras expectativas, gracias por el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por nuestro avance y desarrollo, es simplemente único.

Gracias a nuestra universidad, por habernos permitido formarnos en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de nuestro paso por la universidad.

ÍNDICE GENERAL

	CONTENIDO	pp.
LISTA DE CUADROS		ix
LISTA DE TABLAS		x
LISTA DE GRÁFICOS		xi
RESUMEN INFORMATIVO		xii
INTRODUCCIÓN		2
 CAPÍTULO		
I EL PROBLEMA		
1.1. Planteamiento del Problema		3
1.2. Objetivos de la Investigación		11
1.3. Justificación de la Investigación.....		11
1.4. Delimitación de la Investigación		14
II MARCO TEÓRICO		
2.1. Antecedentes de la Investigación		15
2.2. Bases Teóricas		21
2.3. Bases Legales		30
2.4. Definición de Términos Básicos.....		34
III MARCO METODOLÓGICO		
3.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....		37
3.2. Población y Muestra		37
3.3. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos		37
3.4. Procesamiento de los Resultados.....		38
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1. Presentación de Resultados		39
4.2. Análisis de Resultados.....		39
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1. Conclusiones		45
5.2. Recomendaciones		46
REFERENCIAS		47
ANEXOS		51



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES BUCALES PRESENTES EN
INFANTES FALLECIDOS POR EL SÍNDROME DEL NIÑO
MALTRATADO QUE FUERON INGRESADOS EN LA
MORGUE JUDICIAL DE LA CHET. EDO CARABOBO,
PERIODO 2015-2018**

Autoras:

Camacho Luisanny C.I. 26.697.975

Peña Albany C.I 26.166.246

Tutor de Contenido:

Bladimir Mendoza

Tutor metodológico:

José Gesime

RESUMEN

Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas, el principal es el desconocimiento de la verdadera magnitud de dicha problemática. La siguiente investigación es no experimental y descriptiva. La obtención de los resultados se logró categorizando las manifestaciones bucales que presentaban, así como, describiendo cada manifestación bucal existente en ellos al momento de la defunción, mediante una guía de observación. Se obtuvieron datos que indican que las manifestaciones en tejidos blandos son las que poseen mayor incidencia, el segundo lugar lo ocupan las lesiones en tejidos duros y por último, las lesiones de origen patológicas. Es fundamental utilizar medidas para prevenir el maltrato, pues una gran parte de los problemas en el niño se ven reflejados en la vida adulta.

Palabras claves: síndrome, infante, maltrato.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL



**MOUTH ALTERATIONS DESCRIPTION PRESENTED IN
INFANTS DECEASED BY CHILD
MISTREATED SYNDROME WHO WERE ENTERED IN THE
JUDICIAL MORGUE OF THE CHET. EDO CARABOBO,
PERIOD 2015-2018**

Authors:

Camacho Luisanny C.I. 26.697.975

Peña Albany C.I 26.1646

Content tutor:
Bladimir Mendoza

Methodological tutor:
José Gesime

ABSTRACT

When addressing child maltreatment, there are several problems, the main one is the ignorance of the true magnitude of this problem. The main one is the ignorance of the true magnitude of this problem. The following research is non-experimental and descriptive. The obtaining of the results was achieved by categorizing the oral manifestations that they presented, as well as by describing each buccal manifestation existing in them at the time of death, by means of an observation guide. The data obtained indicate that the soft tissue manifestations are the highest in incidence, the second place is occupied by the lesions in the hard tissues and, by last, the lesions of pathological origin. It is essential to take measures to prevent abuse, since a large part of problems in the child are reflected in adult life.

Key words: syndrome, infant, abuse.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es una de las problemáticas más complejas existentes a nivel mundial, desde hace siglos ha estado presente en las comunidades y no se ha hecho nada al respecto. Anualmente, esta situación conlleva a millones de muertes de infantes, las cuales pueden ocurrir de diferentes maneras, y en odontología forense se conoce como Síndrome del Niño Maltratado (SNM); dichas defunciones pueden producirse ya sea por ausencia de información sobre el tema, negligencia e inmadurez por parte de los padres, cultura, entre otras. De la misma forma, el maltrato también se da de diferentes maneras, puede ser de forma física, sexual o emocional. Existen múltiples formas de evitar y prevenir el maltrato infantil y como población se debe trabajar en base a erradicar este hábito, para poder formar adultos sanos tanto física como mentalmente y con una manera de pensar diferente, para así, de esta forma, crear consciencia e ir disminuyendo la cantidad de niños que fallecen a diario por dicho problema.

El maltrato es complejo y su estudio es complicado, los resultados van a depender del país y los métodos que se utilicen para dicha investigación; y van a variar según el concepto de maltrato que se maneje, el tipo de maltrato infantil a estudiar, entre otros.

Se calcula que cada año mueren alrededor de 41000 menores de 15 años, pero ésta cifra subestima la magnitud del problema ya que muchas de las muertes ocasionadas por maltrato infantil se atribuyen a causas equivocadas. El maltrato es una causa de sufrimiento tanto para los niños como para las familias y tiene consecuencias a largo plazo; provocando actos de violencia, depresión, consumo de tabaco, obesidad, embarazos no deseados, consumo indebido de alcohol y drogas y por supuesto, muerte.

La prevención del maltrato infantil requiere mucho enfoque y se necesita de la creación de programas eficaces que les brinden atención y apoyo a los niños; además, que aporten conocimientos y ayuden a mejorar las aptitudes de los padres para criar a sus hijos. El reconocimiento a tiempo de los casos existentes de maltrato va a ayudar a reducir la recurrencia del maltrato y a evitar sus consecuencias.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. A pesar de las encuestas nacionales recientes en varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos acerca de la situación actual en muchos países. Este tema es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. (1)

Lamentablemente, es un problema grave y frecuente. Tiene consecuencias individuales, grupales y sociales en el corto y largo plazo. Hay mucha evidencia de que el maltrato es prevenible, aunque no hay acuerdo en una única manera de hacerlo. La prevención del maltrato infantil, vista como la promoción de la salud integral, en ambientes de crianza estables y seguros, no solo previene el daño físico, sino que tiene efecto sobre la salud física y emocional adulta de esos niños y sobre su capacidad futura de ser padres. También tiene efecto sobre la sociedad con disminución de la violencia. (2)

Es importante saber que el Síndrome del Niño Maltratado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. El maltrato a los menores fue señalado desde hace siglos, pero recién en este siglo fue descrito sistemáticamente, luego de los estudios del radiólogo pediatra norteamericano J.Caffey en 1946, desarrollados por sus compatriotas Silverman y Kempe, en 1953 y 1962, respectivamente. (3)

Debido a éste fenómeno, se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas. (1,2)

Datos estadísticos de diversos estudios indican que aproximadamente un millón de niños son sometidos a malos tratos o abandonados anualmente en los Estados Unidos; de éstos cerca de mil mueren y, al parecer, la tendencia no va a bajar. De las notificaciones de abuso infantil, el 70% de los casos comprenden abuso físico; el 20%, abuso sexual; y el 5%, falta de crecimiento por desnutrición. La distribución de edades puede subclasificarse en “tercios”: el primer 33% antes de los seis meses de vida; el siguiente 33% entre los seis meses y los seis años de edad, y el 33% restante, después de los tres años de vida. Los prematuros están expuestos a un riesgo triple de abuso. (2)

Además, se estima que en Estados Unidos ocurren anualmente un millón quinientos mil casos, de los cuales son hospitalizados sesenta mil niños, muriendo cerca de dos mil; en España no existen datos fidedignos por carecer de un registro de los casos denunciados, pudiendo estimarse en 40.000 los casos anuales con lesiones graves, muriendo 90 de ellos. En Madrid, en el Hospital del Niño Jesús, se realizó un estudio retrospectivo desde 1973-1980 detectándose 253 casos de sospecha de maltrato. (2)

Así mismo, en Ciudad Bolívar, Bogotá existe una proporción de niños víctimas de violencia. Se realizó un diagnóstico estableciendo la frecuencia de las diferentes modalidades de maltrato infantil en niños menores de 18 años, en Enero a Diciembre del 2010, a través de un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se analizaron 1789 fichas de maltrato infantil, 689 correspondieron a la primera notificación de cada víctima, no se encontró relación entre edad de la primera notificación y número de maltratos. En 100% de los casos se encontró maltrato emocional, maltrato físico en 172 personas (81.9%) y maltrato sexual en 164 personas (89.1%). Existe un problema de maltrato infantil en esta localidad, por ser un problema que atañe a la Pediatría debe ser objeto de programas de prevención. (4)

Hoy en día, sin precedente alguno, Venezuela se enfrenta a una violencia indiscriminada y creciente dentro de su población. En el año 2013, el informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD ubicó a Venezuela como el tercer país más violento del mundo (por tasa de homicidios), sólo detrás de Siria y Honduras (Programa de las

Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2013). Para el año 2014 esta situación no había cambiado. Estos tres países aparecían como los que sufren las peores situaciones de violencia, concentrando una cuarta parte de las muertes violentas de la población mundial (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014). (3,4)

Hay muchas opiniones con respecto al tema, el presbítero e investigador venezolano, Alejandro Moreno, considera que el hecho de que los venezolanos se vean sometidos de forma constante a tantos hechos de violencia ha dado lugar a un proceso de naturalización que invisibiliza las terribles consecuencias de este fenómeno, y que ha logrado que las personas terminen habituándose al maltrato y la agresión (Noticias24, 2012). En este sentido, Fernando Pereira, director de la fundación venezolana CECODAP, considera que no sólo existe un proceso de naturalización de la violencia, sino que éste está estrechamente relacionado con la dinámica establecida en las familias venezolanas. He allí una conexión crítica. Según su testimonio, la crianza de miles de niños en el país está frecuentemente sujeta a maltratos: “muchas personas entienden que maltratar o pegarle a un niño es educación y no un ataque [...] estos padres piensan que sólo están empleando una herramienta para corregir y educar a sus hijos”. (5)

En un estudio realizado analizaron los indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado, que acudieron al hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga período 2016-2017. Valencia, estado Carabobo. Donde los resultados fueron: un total de 45 pacientes fueron diagnosticados con SNM de los cuales, 60% fueron del sexo masculino, y en edad escolar 59%; la muestra se distribuyó en 40% en el estrato IV según el método GRAFFAR y predominó la presencia de un solo tipo de lesión o ninguna, entre las lesiones evaluadas se evidenció el predominio de las orgánicas 55,5%, y cutaneomucosas 24,4%, todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional, con una capacidad intelectual inferior al término medio 57,7%. (6)

De la misma forma, se han realizado múltiples estudios que demuestran que más de la mitad de los casos de maltrato físico se produce en cabeza y cuello. También puede haber ataque sexual, con presencia de signos en la región bucofacial. Debido a esto, los odontólogos tienen una posición muy favorable para diagnosticar, intervenir y denunciar el maltrato infantil, ya que éste, constituye la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida y el traumatismo craneoencefálico el principal motivo. (6)

El síndrome del niño maltratado puede presentarse incluso con una sacudida de sólo 5 segundos. Las lesiones ocasionadas por sacudir un bebé generalmente ocurren en niños menores de 2 años, pero se pueden observar en niños de hasta 5 años. Cuando un bebé o un niño pequeño es sacudido, su cerebro rebota contra el cráneo y esto puede ocasionar hematoma cerebral (contusión cerebral), inflamación, presión y sangrado dentro del cerebro. Las venas grandes que se encuentran a lo largo de la parte exterior del cerebro pueden romperse, ocasionando más sangrado, hinchazón y aumento de presión. Esto fácilmente puede causar daño cerebral permanente o la muerte. El hecho de sacudir a un bebé o a un niño pequeño también puede causar otras lesiones, como daño en el cuello, la columna y los ojos. (5,6)

La importancia del odontoestomatólogo en la detección de casos de malos tratos radica en el hecho de que, aproximadamente, entre el 50-65% de los casos presentan lesiones en la región orofacial. Los signos por traumatismo en dicha región están presentes en un 60-65% de los casos de maltrato infantil. (7)

En 1999, Jenny C., Hymel K.P. y sus colaboradores informaron de que aproximadamente 1 de cada 3 niños con traumatismo de cráneo causado por abandono físico había sido evaluado por profesionales médicos y no había recibido el diagnóstico de maltrato. El mencionado grupo afirmó que 4 de cada 5 muertes ocurridas en este grupo de niños podrían haberse evitado por medio de la detección precoz del abuso. (8)

El desarrollo no es lineal: tiene etapas de estabilidad, de retroceso y de cambio. Estas últimas requieren de una adaptación de los padres. Las dificultades en la negociación de

estos conflictos pueden llevar al maltrato. Hay etapas del desarrollo infantil con mayor riesgo de maltrato infantil: las crisis de llanto del primer trimestre, los despertares nocturnos, la ansiedad de separación, el comportamiento exploratorio normal, el negativismo normal, la disminución del apetito y la resistencia al aprendizaje del control de esfínteres, los cambios puberales y los conflictos por la autonomía a lo largo de la adolescencia. (9)

El llanto es un desencadenante común de maltrato. Su curva de intensidad coincide con la curva de incidencia de trauma encefálico abusivo (pico entre los 2 y los 4 meses). En un estudio sobre lactantes que sufrieron esta lesión, casi todos los padres habían consultado previamente por el llanto a un médico. Las madres que refieren que sus bebés tienen un llanto prolongado e inconsolable a las 6 semanas de vida tienen 4 veces más riesgo de sufrir depresión puerperal que las que pueden calmarlos. (8,9)

Por medio del CAPI, a través del análisis factorial de la escala de abuso se obtuvo una estructura de 8 componentes que explican un 35,12% de la varianza observada. Tales componentes fueron denominados: Irritabilidad, rigidez, problemas consigo mismo y con el niño, angustia y preocupación, sentimientos de tristeza y frustración, problemas con los otros, infelicidad y disconformidad. Estos factores se corresponden a grandes rasgos con la estructura factorial reportada por Milner en el instrumento original, llegando incluso a replicarse cuatro de ellos: Rigidez, Problemas consigo mismo y con el niño, Problemas con los otros e Infelicidad. (9)

El aumento de los factores en nuestra cultura se debió principalmente a la disolución de la dimensión Malestar Psicológico, cuyos ítems dieron lugar a dos nuevos componentes: irritabilidad y sentimientos de tristeza y frustración. La desigualdad en el número de factores encontrados refleja diferencias interculturales en los factores de riesgo implicados en la ejecución de maltrato infantil. En Venezuela los ítems del malestar psicológico dan lugar a dos nuevos constructos que influyen directamente sobre el potencial de maltrato: Irritabilidad y Rigidez. Estos resultaron ser los componentes que mayor cantidad de varianza explican en los puntajes del inventario CAPI. Los agresores infantiles

venezolanos suelen ser preponderantemente reactivos y fácilmente irritables ante las conductas de sus hijos, especialmente cuando éstos no se ajustan a la configuración rígida de expectativas de sus padres. (9)

Hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado: la edad inferior a cuatro años y la adolescencia, el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres y el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales. Hay varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido, el hecho de no cuidar al niño, los antecedentes personales de maltrato infantil, la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil, el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación, la participación en actividades delictivas y las dificultades económicas (1)

Hay diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia, el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño (1)

Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: las desigualdades sociales y de género, la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones, los niveles elevados de desempleo o pobreza, la disponibilidad fácil del alcohol y las drogas, las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles, las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo y las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas (1)

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia, depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados y consumo indebido de alcohol y drogas (1)

A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual. (1)

La prevención del maltrato infantil requiere un enfoque multisectorial. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos. Entre ellos se encuentran: las visitas domiciliarias para ofrecer apoyo, formación e información; la formación de los padres, generalmente en grupos, para mejorar sus aptitudes para criar a los hijos, mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y alentarlos a adoptar estrategias positivas en sus relaciones con los hijos y las intervenciones con múltiples componentes, que generalmente incluyen el apoyo a los padres y su formación, la educación preescolar y la atención al niño (1)

Otros programas preventivos prometedores son: los destinados a prevenir los traumatismos craneoencefálicos por maltrato (también conocido como síndrome del bebé sacudido, síndrome del niño sacudido o lesión cerebral infligida por traumatismo). Generalmente se trata de programas hospitalarios mediante los cuales se informa a los nuevos padres de los peligros de zarandear a los niños pequeños y de cómo afrontar el problema de los niños con llanto inconsolable. Los destinados a prevenir los abusos sexuales en la infancia. Generalmente se realizan en las escuelas y les enseñan a los niños: la propiedad de su cuerpo, las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos, cómo reconocer las situaciones de abuso, cómo decir "no" y cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen (1)

Para maximizar los efectos de la prevención y la atención, la OMS recomienda que las intervenciones se realicen en un marco de salud pública y en cuatro fases: definición del problema, identificación de las causas y los factores de riesgo, creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar los factores de riesgo, y difusión de información sobre la eficacia de las intervenciones y expansión de la aplicación de las intervenciones de eficacia demostrada y la atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias. (1)

En un nivel más macro, ante la sociedad y las estrategias de políticas de salud pública, se previene el maltrato infantil promoviendo que se desarrollen y se den a conocer estadísticas locales y nacionales sobre él, para poder evaluar la eficacia de las medidas preventivas; evaluando la posibilidad de autopsias a los casos de muerte súbita; regulando la idea que los medios de comunicación masiva transmiten de lo que es un niño; solicitando el fortalecimiento de la Oficina de Protección de Derechos de Infancia (OPD), entre otros. (1,2)

Hay muchas razones por las que la prevención del maltrato infantil debe ser tomada como un problema de salud pública. La investigación científica avala la prevención del maltrato como una estrategia para reducir enfermedades a largo plazo. Los OPD solo ven una pequeña fracción del número total de niños maltratados e intervienen luego de que ya ha sucedido. (1,2)

Formulación del problema

¿Qué alteraciones bucales están presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo?

Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Comparar las alteraciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.

1.3.2 Objetivos específicos

- Calcular a los infantes fallecidos debido al Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.
- Describir las manifestaciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.
- Categorizar las diferentes manifestaciones bucales presentes en infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado que fueron ingresados en la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo.

Justificación de la investigación

Hoy en día el maltrato infantil es considerado una manifestación compleja en la que actúan diversos factores sociales, culturales y psicológicos. Toda situación de maltrato se torna particularmente grave en términos morales y de desarrollo cuando la víctima es un ser físico y psíquicamente imposibilitado de su autodefensa. Actualmente la incidencia de este fenómeno en la población mundial es alarmante. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (UNICEF y CEPAL, 2009) reportaron que todos los años 275 millones de niños y niñas alrededor del mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares, y a pesar de que ello concierne a todos los países, diversas fuentes aseguran que en Latinoamérica este problema mucho más agudo.

(3)

Uno de los principales agravantes del maltrato infantil en Latinoamérica es la naturalización. UNICEF y CEPAL (2009) encontraron que en América Latina el castigo físico hacia los niños es una práctica habitual y que cuando es “moderado” las personas lo consideran una forma adecuada de educar, dado que hace que los niños perciban claramente quién tiene la autoridad y restringe las conductas críticas y autónomas. (3)

Este complejo escenario se vuelve motivo de preocupación. Gran cantidad de investigaciones hasta la fecha demuestran que las experiencias tempranas determinan considerablemente la forma en que el individuo se relacionará con su entorno (Vitriol, 2005), por ello, si la violencia se instaura dentro del hogar como técnica disciplinaria, además de contribuir a naturalizar el fenómeno, aumentará sustancialmente las posibilidades de que los niños victimizados se conviertan en futuros agresores. En palabras de Pereira “los maltratadores son personas con historias de maltrato que le devuelven a la sociedad lo que recibieron”, lo cual crea el terreno idóneo para el establecimiento del clásico círculo de la violencia. (3)

Si nuestro objetivo es fomentar el desarrollo de las sociedades latinoamericanas, la infancia de esas futuras sociedades debe convertirse en un eje central de trabajo e intervención multidisciplinaria, particularmente en aquellos países donde el maltrato infantil aún forma parte de las prácticas habituales de la población. Es necesario tomar acciones al respecto que nos permitan proteger y mejorar la calidad de vida de los niños que en un futuro serán los encargados de construir y preservar nuestras naciones. (3)

El fenómeno Social “Maltrato Infantil” es un fenómeno que cobra la categoría de epidémico en varios países del mundo. La prevención debe enfocarse a aumentar redes de apoyo a las familias vulnerables con una política social adecuada. Para hacer el diagnóstico de maltrato infantil, como en toda enfermedad, hay que pensar en ella. La atención del maltrato infantil debe ser de forma interdisciplinaria e interinstitucional. (4)

Debido a lo grave de la situación, lo anteriormente expuesto nos lleva a razonar acerca de esta gran problemática a la cual no se le presta la suficiente atención ni se le da la importancia que la misma amerita. Se propone crear conciencia acerca de este tema para

que de esta forma se pueda disminuir o erradicar el maltrato infantil y de la misma manera evitar las muertes infantiles por dicho fenómeno. La cronicidad del maltrato infantil se asocia linealmente con resultados adversos; a mayor número de reportes de maltrato, mayor número de efectos negativos (abuso de sustancias en la adultez, necesidad de tratamiento en salud mental de adulto, ser perpetrador de abuso o negligencia, intentos de suicidio, entre otros). Lograr romper con el círculo de violencia no es sencillo, pero es una forma muy importante de prevenir el maltrato y favorecer la salud mental. (5)

Los niños y niñas responden mejor cuando las personas que los cuidan usan técnicas para fomentar y estimular sus habilidades, favoreciendo el paso al siguiente nivel de desarrollo. Durante los primeros años de vida es cuando el cerebro es más sensible y receptivo al exterior. Si el niño vive experiencias positivas, el cerebro se desarrolla sano y adquiere sus capacidades. Sin embargo, si existe una interrupción de los estímulos positivos o si, peor aún, nunca han existido, se puede afectar profundamente al desarrollo funcional del cerebro del niño. Debido a esto, los niños menores de 5 años de edad son más vulnerables y presentan mayores secuelas a causa del maltrato (7)

En ese marco, la realización de este estudio tiene significativa relevancia, ya que contribuye a favorecer la inclusión activa del profesional de la Odontología en la atención integral del problema del síndrome del niño maltratado. Desde el punto de vista práctico, la presente investigación constituye un insumo de carácter informativo y operativo para los odontólogos con relación a los procedimientos y protocolos a desarrollar para llevar a cabo las actividades de indagación y diagnóstico preciso de las lesiones producidas en el área orofacial como consecuencia del maltrato infantil.

Igualmente, el desarrollo de esta investigación, que se realiza en el marco de la Morgue Judicial del Departamento de Ciencias Forenses de Valencia, estado Carabobo, aparte de proporcionarle conocimientos sobre el tema a los profesionales en el área de odontología, permite darle elementos de apoyo para que puedan desempeñar eficazmente el rol que

como profesional les corresponde en la denuncia de este problema y en la prevención de la posible futura muerte de los infantes.

Alcance y delimitación de la investigación

La investigación a desarrollar estará dirigida a describir las manifestaciones bucales presentes en los infantes fallecidos por el síndrome del niño maltratado entre 0-6 años que hayan ingresado en la Morgue desde el período comprendido entre 2015-2018. En ese sentido, los resultados a obtener corresponderán a este contexto, aun cuando servirán de apoyo y referencia para otras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

En la actualidad, el maltrato infantil ha contribuido a un gran porcentaje de muertes a nivel mundial; de las diferentes formas en las que se puede identificar la problemática, las manifestaciones bucales son las más frecuentes. Es por ello, que dicha problemática ha conllevado a diferentes investigaciones que ayuden a identificar las causas que lo provocan y las diferentes formas en las que se presenta a nivel corporal.

Massoni y colaboradores en Portugal (2010), aspectos orofaciales del abuso infantil y negligencia dental; mediante su investigación, verificaron que la violencia contra los niños ocurre en general en el hogar y las lesiones orofaciales resultantes abarcan: lesiones, quemaduras y laceraciones en tejidos blandos y duros, marcas de mordeduras y heridas que se curan gradualmente. Puede tener heridas en otras partes del cuerpo, como la herida periorbital y lesión nasal. Con respecto al abuso sexual, muchas víctimas no presentan signos físicos asociados; por lo tanto, los indicadores de comportamiento deben ser observados. El reconocimiento inmediato y el reporte de abuso infantil y negligencia dental por parte del cirujano dental son esenciales para la protección de los niños. Por lo tanto, es fundamental definir acciones más efectivas de parte de esos profesionales, mediante el registro y la denuncia de casos sospechosos a las agencias de protección infantil.

Seguidamente, se encuentra el trabajo realizado por Gamboa en Venezuela (2013) realizaron un trabajo que se lleva por título: Manifestaciones bucales de maltrato físico. Reporte de caso, el cual formó parte de los requisitos para la obtención del título de Especialista en Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela. El trabajo remite a un estudio de caso correspondiente a un paciente masculino de 3 meses de edad natural y procedente de Caracas traído a consulta por el médico residente de infectología del Hospital Universitario de Caracas. La recolección de los datos se llevó a cabo a través

de la realización de exámenes clínicos extra e intra bucal, así como exámenes de laboratorio y diagnóstico histopatológico. De la investigación realizada se concluye que el caso tratado demuestra la problemática del maltrato infantil en el medio social venezolano, sus distintas variantes y asociaciones observadas en la víctima. Así mismo, se señala en las conclusiones del estudio que el abordaje de esta problemática debe ser interdisciplinario debido a la casi imposibilidad de tratarlo adecuadamente desde una sola disciplina. Los aspectos desarrollados en el estudio referido y las conclusiones del mismo indican la importancia de la realización de un proceso de investigación y diagnóstico que implique diversidad de disciplinas, a fin de establecer no solo las prescripciones pertinentes con relación al daño bucodental infringido al infante, sino también orientar en las medidas de prevención a desarrollar para evitar la concurrencia del maltrato en los diferentes ámbitos y niveles de la realidad social. En ese sentido, el estudio referido representa un aporte para la investigación propuesta, en cuanto a las tareas a realizar por parte del odontólogo en el diagnóstico y tratamiento a seguir con relación a los problemas bucales que presenten los/as niños/as víctimas de maltrato físico.

Por otra parte, Acendra y colaboradores en Colombia (2013) se abocaron a la realización de un estudio que lleva por título: Conocimientos, actitudes y prácticas del Odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena, el cual se realizó para el cumplimiento de uno de los requisitos para la obtención del título de Odontólogo de la Universidad de Cartagena, Colombia. Se señala en el estudio que los profesionales de la salud, y en especial los Odontólogos, por su contacto directo con los diferentes grupos de la población donde se puede llegar a producir la vulneración de los derechos de los niños, se encuentra en la obligación de asumir el compromiso de contribuir en la erradicación del maltrato infantil. Con relación a la metodología, el estudio fue de tipo descriptivo transversal con una población conformada por un total de 200 profesionales de la odontología que laboran en la ciudad de Cartagena, según la base de datos suministrada por la Secretaria Distrital de Salud. La muestra fue de 149 Odontólogos que aceptaron participar en el estudio. La recolección de los datos se realizó mediante un cuestionario auto suministrado

previamente validado que incluye preguntas estructuradas, de selección única y por selección de falso o verdadero.

De la investigación realizada se concluye que los profesionales de la odontología del estudio presentan un nivel alto de conocimiento frente al maltrato infantil, al igual que una actitud favorable frente a este. En cuanto a las prácticas, se percibe una precaria participación o intervención del profesional en la verificación de su sospecha. Además, se detectó que el profesional es consciente de la necesidad de aumentar los niveles de preparación en sus estudios universitarios sobre la temática.

Con base en lo que se señala en las conclusiones, se aprecia la existencia de un nivel de conocimientos altamente satisfactorios, que no se encuentra asociado a una práctica del profesional en las acciones dirigidas a la atención del maltrato infantil, lo que evidencia una marginación del mismo en los equipos de profesionales que se encargan del estudio y tratamiento de este problema. En ese sentido, las conclusiones referidas representa un aporte de importancia del trabajo académico propuesto, por cuanto en el mismo se plantea la importancia que tiene el Odontólogo en los procesos relacionados con la investigación, diagnóstico y tratamiento de los problemas derivados del maltrato infantil.

De igual forma, se encuentra la investigación realizada por Sánchez y colaboradores, en Venezuela (2014), titulada: Información sobre el maltrato infantil que manejan los Odontólogos del municipio Libertador, estado Mérida, Venezuela. Este estudio se llevó a cabo en el marco del Grupo Multidisciplinario de Investigaciones en Odontología de la Universidad de Los Andes, estado Mérida.

El trabajo académico referido se planteó en los términos de un estudio descriptivo con diseño de campo y transversal. La población estuvo conformada por los 918 odontólogos del Municipio Libertador del estado Mérida que ejercen la práctica clínica en instituciones públicas y privadas. Se tomó una muestra no probabilística de 108 odontólogos por medio de la técnica de muestreo intencional. Los datos se recolectaron usando la técnica de la

encuesta y como instrumento un cuestionario, el cual fue autoadministrado en presencia de las investigadoras para evitar sesgos.

Los resultados del estudio llevaron a concluir que los odontólogos del municipio Libertador del Estado Mérida no tienen suficiente información sobre el maltrato infantil. Las principales carencias se observaron en cuanto a rasgos que permiten presentar la sospecha de algunos tipos de maltrato y en cuanto al rol ético-legal del profesional de la odontología ante un posible caso de maltrato infantil.

Con relación a lo que se señala en las conclusiones del estudio referido, se puede afirmar que en el marco del problema del maltrato infantil, el profesional de la odontología debe contar con la información, conocimientos y competencias para participar activamente en los equipos multidisciplinarios responsables de la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el síndrome del niño maltratado. En consecuencia, el trabajo referido aporta elementos de importancia con relación a orientar lo que debe ser el rol a desempeñar por el Odontólogo en relación con la detección, cuantificación y cualificación de las lesiones odonto-bucles derivadas del maltrato infantil.

También se debe hacer referencia al estudio realizado por Requena (2014) México, titulado: Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de Caso. Este trabajo formó parte de los requisitos para optar al título de Especialista en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. El objetivo del estudio fue conocer las repercusiones que el abandono deja en el aparato estomatognático de un niño, provocadas por la falta de atención física, médica, educativa y emocional, que tendrán consecuencias en su desarrollo.

El caso se refiere a una niña de 9 años de edad, que acude a consulta odontológica para revisión y tratamiento. Los datos relacionados con la situación objeto de indagación se obtuvieron a través de la realización de inspección clínica y estudio radiográfico. En cuanto al tratamiento del caso, incluyó un plan preventivo odontológico, que comprendió: control

de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, detartraje, profilaxis dental; posteriormente extracción de los dientes 51, 61, 74 y 75 por diagnóstico absceso dental crónico con presencia de fístula y movilidad grado 4, pulpectomía del diente 65 por absceso apical crónico con presencia de fístula y movilidad grado 3.

Del estudio realizado se concluye la existencia de negligencia odontológica, que representa una modalidad de maltrato infantil pasivo por omisión en la atención odontológica, que tuvo consecuencias en el desarrollo de la paciente; con una malposición dental, pérdida dental prematura con la erupción precoz de los dientes permanentes; malposición de las unidades 11 y 21 los cuales aún no erupcionan, así como el apiñamiento dental e hipoplasia del diente 22. Todas estas anomalías contribuyen a que el desarrollo general de la paciente se vea disminuido.

Las conclusiones antes expuestas reflejan que en el caso estudiado se evidenció una serie de manifestaciones patológicas dentales en la paciente del estudio, que vienen a expresar la presencia de un maltrato infantil continuado. Se puede decir que los aspectos recogidos en las conclusiones del estudio referido, constituyen un aporte de importancia significativa para la investigación propuesta, en cuanto señalan algunas de las consecuencias bucales y dentarias que se pueden generar debido al maltrato infantil y el rol a desempeñar por parte del Odontólogo en cuanto a la detección de los indicios bucodentales del mismo y la aplicación del tratamiento correspondiente.

Posteriormente, el autor Jhalia Z y colaboradores (2016), en la investigación: Síndrome estropeado del niño, llegaron a la conclusión de que El abuso físico infantil o el síndrome del niño maltratado son responsables de más de 75.000 muertes por año en Francia. Este problema de salud pública está poco diagnosticado en Túnez y en el mundo. El camino hacia el reconocimiento del síndrome de niños maltratados fue arduo incluso en algunas sociedades occidentales.

Este estudio tuvo como objetivo resaltar este problema para los profesionales de la salud a fin de poder proporcionar un diagnóstico preciso y un manejo adecuado. El maltrato físico infantil se ha referido erróneamente como el síndrome de Silverman que incluye solo lesiones esqueléticas en niños como las fracturas.

Al respecto. Karibe H, en Tokio (2016), en: Hematoma subdural agudo en lactantes con traumatismo craneal abusivo, indicaron que el número de casos de maltrato infantil está aumentando en Japón, y el traumatismo craneal por abuso (HTA) es una causa importante de muerte en los niños maltratados.

Finalmente, Matute (2017) titulada: Indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado que acuden al Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga periodo 2016-2017. Valencia, estado Carabobo, la cual formó parte de los requisitos para obtener el título de Especialista en Pediatría y Puericultura de la Universidad de Carabobo.

Con relación a los aspectos metodológicos de esta investigación, su ejecución respondió a un estudio observacional, clínico epidemiológico, tipo descriptivo correlacional, transversal, no experimental y prospectivo. La población estuvo conformada por todos los pacientes en edad escolar y adolescente que ingresaron con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado, atendidos en el Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga durante el periodo Agosto 2016- Marzo 2017, en Valencia, estado Carabobo. La muestra fue no probabilística conformada por 45 pacientes de ambos sexos en edad escolar (5-9 años) y adolescente (10-14 años). La recolección de datos se realizó por medio de la técnica de la encuesta, a través de un instrumento denominado ficha de estudio de casos. En la investigación realizada se concluye que en el grupo estudiado se demostró el abandono físico como forma de maltrato físico predominante y la evidente repercusión en el ámbito biopsicosocial del niño, destacándose que todos los niños provinieron de familias disfuncionales y ninguno presentó estabilidad emocional. Igualmente, se evidencia en el estudio que un 6,67% de la muestra de pacientes estudiados presentan lesiones dentales.

Los aspectos que se expresan en las conclusiones del estudio indican que la determinación del maltrato infantil implica considerar los diferentes indicadores que reflejan la presencia, cuantía e implicaciones del mismo en el niño, considerándose como uno de ellos el referente a las lesiones del aparato estomatognático. En ese sentido, las mencionadas conclusiones constituyen un referente de importancia para el estudio, en el sentido de que llevan a inferir la relevancia que tiene dentro del diagnóstico del síndrome del niño maltratado lo referente a la cantidad y características de las lesiones buco-dentales.

Bases teóricas

El síndrome del niño maltratado: Definición, tipos, etiología, factores de riesgo

El maltrato infantil ha sido objeto de diferentes estudios y análisis dirigidos a lograr su comprensión y definición, de tal manera de especificar el significado e implicaciones del mismo. Con relación a lo que representa este fenómeno la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) hace la siguiente definición:

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

En función de lo que señala esta definición, el maltrato infantil representa y comprende un conjunto de elementos que traducen acciones, desatenciones y omisiones que comprenden aspectos de tipo físico, psicológico, sexual, social y económico que afectan significativamente la salud, desarrollo o dignidad del niño o colocar en situación de peligro su integridad física y/o su vida. En dicha acción predomina una relación donde prevalecen

la responsabilidad, la confianza y/o el poder, que suele ejercerse generalmente por parte de un adulto.

En ese sentido, Casado, Díaz y Martínez (2007), realizan una definición en la que señalan que el maltrato infantil se entiende como “acción, omisión o trato negligente, no accidental que prive al niño de sus derechos y de 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”.

Esta definición permite inferir que el maltrato infantil se expresa como acción, no acción o mala acción y en ese sentido, Medrano y Perona (2010) afirman que incluye “lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia)”. Estas acciones, omisiones y negligencias van a impactar en la salud física y mental del niño, así como en su seguridad.

Dentro del maltrato infantil es importante destacar el denominado síndrome del niño maltratado (SNM), acerca del cual Guerrero y Delgado (2012) hacen la siguiente definición:

Es una forma grave de maltrato infantil a consecuencia de violencia doméstica; constituye una entidad pediátrica y médico-legal que se acompaña de daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas, provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima.

De acuerdo con esta definición, este síndrome representa una entidad-modalidad del maltrato infantil de implicaciones pediátricas y médico-legales que comprende daños físicos y psicológicos de parte de adultos que tienen la responsabilidad de la atención, cuidado y protección del niño y que lejos de cumplir con dicha responsabilidad, se convierten en sus victimarios. Como entidad compleja, el síndrome del niño maltratado implica la presencia de diferentes tipos y formas de manifestarse como consecuencia de la acción, omisión o

negligencia comprendidas en el maltrato infantil. Guerrero y Delgado (2012) destacan como las formas comunes el maltrato físico, abuso sexual, el abuso psicológico o emocional y la privación social. (22)

Gallegos y colaboradores (2002) aseguraron que el maltrato o abuso físico se relaciona con lesiones físico-corporales que los padres, encargados del cuidado del niño o tutor causa a un niño de forma intencional. Por su parte, Guerrero y Delgado (2012) afirman que es “una de las formas más comunes del maltrato infantil”. En ese sentido, representa uno de los indicadores más visibles de la existencia del síndrome del niño maltratado y con respecto a la cual el profesional de la salud debe estar plenamente advertido y alerta.

El abuso sexual es definido por Cooper (2011) “como cualquier actividad sexual que involucra a un niño, el cual es incapaz de dar su consentimiento”. Representa una forma de violencia en la cual se atenta contra la integridad física, psíquica y moral del niño. En el abuso sexual se hace presente una relación desigual entre el adulto abusador y el menor abusado, donde el primero ejerce poder sobre el segundo, quien tiene desventaja en su capacidad para entender o tomar una decisión con respecto al ejercicio de su propia sexualidad.

El abuso psicológico o emocional es definido por Dean (2016) como un “patrón de comportamiento que impide a un niño su desarrollo y autoestima por las críticas y menosprecios incesantes y la falta de amor y/u orientación adecuada”. En el marco de este tipo de maltrato al niño, el adulto evita que éste acceda a oportunidades normales de relación social, impidiéndole de esta forma el desarrollo de su proceso de socialización.

Con relación a la privación social, Guerrero y Delgado (2012) afirman que representa:

Aquellas conductas de los padres y de las instituciones que interfieren con el bienestar infantil y su desarrollo armónico. Éste se presenta en niños en pobreza extrema, que no reciben la educación básica gratuita o atención médica; excesos disciplinarios de los

maestros, permitidos tanto por la institución como por los propios padres, así como sacar a los hijos de la escuela y obligarlos a trabajar para ayudar a la subsistencia de la familia.

La privación o maltrato social representa una forma de maltrato al niño donde se le despoja de todo derecho en cuanto a bienestar físico, psíquico, social y económico, en virtud de una actuación, negligencia o interferencia por parte de quienes tienen la responsabilidad de velar por la salud integral y el bienestar del menor, ocasionando en éste problemas y dificultades para su desarrollo integral como persona.

Las diferentes formas como se hace presente el síndrome del niño maltratado remiten a una etiología, a través de la cual se pueden precisar diversas situaciones generadoras del mismo. King y Otros (2011) destacan tres elementos fundamentales que determinan su concurrencia: un niño agredido que en ocasiones sufre de retraso psicomotor, un adulto agresor y situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema.

Reafirmando lo anterior, Stephen y Amos (2016) sostienen que para que se produzca el abuso infantil o negligencia deben estar presentes estos elementos que consideran clave: “un adulto que haya alcanzado el máximo potencial de maltrato, la presencia de un niño susceptible y el entorno o situación que promueve y/o facilita el comportamiento abusivo o negligente”.

Con relación a lo señalado por los autores antes referidos, la etiología acerca del síndrome del niño maltratado establece como factores que inciden en su desencadenamiento y aparición, la presencia de un adulto que funge como agresor en atención a características que se encuentran orientadas hacia el maltrato como una forma de vida; el niño objeto de agresión, quien llega a presentar una condición de susceptibilidad debido a problemas relacionados con dificultades psicomotoras. Y a estos componentes relacionados con el maltrato infantil, se le agrega un ambiente socio-familiar irregular o disfuncional donde se generan las condiciones que coadyuvan a la aparición y desarrollo del maltrato.

En relación con lo señalado, en la conformación del problema del síndrome del niño maltratado, se encuentran presentes factores de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (2010) estos factores son los siguientes:

- Factores asociados al niño: las características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado son: edad inferior a cuatro años y la adolescencia; el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres; el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.
- Factores de los padres o cuidadores: estas características de los adultos que deben responder por la atención y cuidado del niño incrementan el riesgo del maltrato infantil: dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido; el hecho de no cuidar al niño; antecedentes personales de maltrato infantil; falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil; consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación; participación en actividades delictivas y las dificultades económicas.
- Factores relacionales: estos factores se refieren a las características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil. Entre ellas se encuentran las siguientes: problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.
- Factores sociales y comunitarios: las comunidades y las sociedades llegan a presentar características que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; niveles elevados de desempleo o pobreza; acceso fácil a alcohol y drogas; insuficiencia de políticas y programas de prevención del maltrato y otros aspectos asociados; normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres; las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida, inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Estos factores, aun cuando no se hacen presentes en todos los contextos sociales y culturales, constituyen elementos de importancia para establecer una visión general a partir de la cual se pueda comprender las causas del maltrato infantil. Los profesionales de la salud, entre los cuales se incluye al Odontólogo, deben estar al tanto de estos factores al momento de realizar los estudios y diagnósticos pertinentes en el marco de un trabajo de carácter multidisciplinario relacionado con la problemática del síndrome del niño maltratado.

Manifestaciones oro-dentales del maltrato infantil

Entre las diferentes formas relacionadas con el maltrato infantil y/o la aparición del síndrome del niño maltratado, el abuso o maltrato físico es considerado como el más común e importante, ya que, tal como lo señalan Doria y Navarro (2016) “puede ocasionar desde lesiones leves hasta heridas fatales”. La naturaleza del maltrato físico y su impacto en la integridad del niño hace que el mismo sea considerado como uno de los mayor relevancia y, por lo tanto, de primera identificación en los diagnósticos correspondientes.

Con relación a lo antes señalado, Stephens y colaboradores (2016) afirman que “el abuso físico puede provocar numerosos tipos de lesiones, como contusiones, equimosis, abrasiones, laceraciones, fracturas, quemaduras, mordeduras, hematomas, hemorragia retiniana, traumas y traumatismos dentales”. Respecto a este último tipo de lesión, se debe destacar el rol que le corresponde desempeñar al profesional de la salud en el área oro-dental, no solo en lo que se refiere al diagnóstico relacionado con esta área, sino también en la prescripción del tratamiento apropiado.

Tal como ya se ha señalado en este estudio, la cara y la boca representan una de las zonas donde se refleja preferentemente la presencia del maltrato infantil y al respecto, Dean (2016) afirma que “el odontólogo debería identificar fácilmente aquellas lesiones ocasionadas por traumatismos en dientes, boca, labios, lengua o mejillas que no estén justificadas por un accidente”. En ese sentido, el Odontólogo está llamado a participar en

los procesos de diagnóstico referidos al síndrome del niño maltratado, desarrollando sus conocimientos y competencias para la identificación y descripción de las lesiones producidas en la zona orofacial.

Con relación a lo antes mencionado, de parte del profesional de la Odontología debe existir, por un lado el manejo de los conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan detectar la presencia del síndrome del niño maltratado para realizar los tratamientos que correspondan y, por el otro, la disposición para asumir responsablemente su rol como denunciante de situaciones referidas al maltrato infantil. Ello tiene como base la realización de un correcto y adecuado diagnóstico. Al respecto, Molina (2009) afirma que en la realización del diagnóstico orofacial se deben abordar las siguientes lesiones:

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

-Lesiones dentales: pérdida de dientes por avulsión traumática, fractura y luxación dentaria, lesión pulpar y/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 estas patologías).

Complementando lo anteriormente, Stephens y colaboradores (2016) afirman que los odontólogos deben estar atentos a una serie de lesiones en la cabeza y orofaciales en la realización de los diagnósticos que deriven en establecer la existencia del síndrome del niño maltratado. Con relaciones a las lesiones en la cabeza, los autores referidos destacan las siguientes: en cuero cabelludo y cabello: hematomas subdurales (causan lesiones y muertes más graves que cualquier otra forma de abuso), alopecia traumática, hematomas subgaleales y moretones detrás de las orejas; en ojos: hemorragia retiniana, ptosis y hematomas periorbitarios; en orejas: hematomas en la aurícula y daños en la membrana timpánica; en nariz: fracturas nasales o una lesión que produce coágulos nasales.

Las lesiones orofaciales señaladas por Stephens y colaboradores (2016) son las siguientes: en los labios: laceraciones, quemaduras, abrasiones o moretones; en la boca: desgarros del frenillo labial o lingual (característicos de los abusos más graves), quemaduras o laceraciones de la encía, la lengua, el paladar o el piso de la boca; en el maxilar o mandíbula: fracturas pasadas o presentes en huesos faciales, cóndilos, ramas o sínfisis de la mandíbula, siendo la maloclusión el resultado de este tipo de lesión.

Por su parte, Doria y colaboradores (2016) destacan primeramente las lesiones en labios manifiestas en contusiones, laceraciones o cicatrices que indican trauma repetitivo. Del mismo modo, señalan que se pueden identificar quemaduras, causadas por comidas calientes o por cigarrillos, así como contusiones, abrasiones o cicatrices en los ángulos de los labios producidos por ligaduras. Las lesiones encontradas en el labio superior, el frenillo labial o el piso de la boca son causadas generalmente por alimentar al niño en forma forzada o impaciente.

Las autoras referidas señalan igualmente que en el paladar, el vestíbulo y el piso de la boca se presentan contusiones, equimosis o inflamaciones de color rojizo de la mucosa oral o púrpura. Las mismas indican trauma contuso con instrumento o con los dedos. Así mismo, señalan Doria y Navarro (2016) que las lesiones en la lengua relacionadas con el síndrome del niño maltratado, comprenden desde equimosis o contusiones hasta la ablación total o parcial de la lengua, que puede ser ocasionada por un trauma directo con la mano u otro instrumento.

Igualmente, señalan que el desgarramiento de los frenillos labial y lingual puede ser el resultado de un golpe hacia arriba sobre el labio superior en un intento de silenciar a un niño que grita, por el acto de meter con fuerza una cuchara o por sexo oral forzado causado por el padre o un tutor. En este tipo de lesiones señalan las autoras que la edad del niño es significativa.

También se debe destacar el trauma dentoalveolar del cual señala Martínez (2000) que comprende luxaciones, avulsiones o fracturas de los incisivos superiores con una marca en la parte interna de los labios normalmente producidas por un golpe directo generado por un puño del maltratador.

Complementando lo señalado, Doria y Navarro (2016) señalan que en este tipo de trauma se presentan fracturas dentales de la corona en los tejidos duros, que pueden comprometer la pulpa. Igualmente, destacan que se pueden identificar fracturas radiculares, luxaciones, subluxaciones, intrusiones, extrusiones y avulsiones, que producen a su vez fractura de la tabla ósea. Adicionalmente, señalan que se pueden observar cambio de color de los dientes, que generalmente no tienen una explicación satisfactoria cuando se realiza la indagación de la causa.

Otro aspecto que agregan las autoras referidas con relación a los problemas dentales en el síndrome del niño maltratado, es el referido a la caries dental. Al respecto señalan que la misma puede ser consecuencia de negligencia o abandono físico, que se relacionan con la falta de cuidados al niño de acuerdo con estándares aceptados como consecuencia de las condiciones socioeconómicas de los padres como pobreza, ignorancia o tensiones inusuales que afectan a la familia.

Aparte de las lesiones generadas por maltrato físico, también se deben destacar las que se producen como consecuencia del abuso sexual al niño. Al respecto, Gamboa (2013) señala que lesiones como “la rotura del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación”.

Adicional a lo señalado, Stephen y Amos (2016) afirman que aun cuando los odontólogos no están tan involucrados como otros profesionales de la salud en el diagnóstico de abuso sexual, deben permanecer alertas ante los siguientes signos y síntomas:

-Gonorrea: enfermedad de transmisión sexual más común en niños abusados sexualmente. Puede aparecer sintomáticamente en labios, lengua, paladar, cara y especialmente faringe en formas que van desde eritema a ulceraciones y desde lesiones vesiculopustulares a pseudomembranasas.

-Condylomata Acuminata (verrugas venéreas): aparecen como lesiones únicas y múltiples, pedunculadas, parecidas a la coliflor. Además de la cavidad oral, también se pueden encontrar lesiones en las áreas anal o genital.

-Sífilis: se manifiesta como una pápula en el labio o dermis en el sitio de la inoculación. La pápula se ulcera para formar el chancro clásico en la sífilis primaria y una erupción maculopapular en la sífilis secundaria.

-Virus del herpes simple, tipo 2 (HSV-2): el virus del herpes simple, tipo 2 (herpes genital), se presenta como un área oral o perioral dolorosa, enrojecida con un racimo de vesículas (ampollas) que se rompen para formar lesiones o llagas.

-Eritema y petequias: este trauma se presenta en la unión del paladar duro y blando y puede indicar sexo oral forzado.

Las manifestaciones orodentales que se han descrito en esta parte vienen a indicar la importancia de las mismas en la detección, diagnóstico y confirmación del síndrome del niño maltratado. Igualmente, remiten al rol y responsabilidad que le corresponde al profesional de la Odontología en la realización de los procesos referidos a la detección de dichas manifestaciones y contribuir a los diagnósticos y confirmaciones referidas al maltrato infantil.

Bases legales

La fundamentación legal de esta investigación se encuentra representada primeramente en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Marzo, 2000) (13), de donde se destaca en primer lugar el artículo 83:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (13)

En atención a lo que señala este artículo, la salud se constituye en un derecho social fundamental que debe ser obligación del Estado. En el caso del tema objeto de este estudio, la atención del problema del síndrome del niño maltratado por parte del Odontólogo se enmarca dentro de este derecho, ya que a través del estudio, detección y diagnóstico de parte de este profesional, se coadyuva a la ejecución efectiva de los procesos dirigidos a la prevención y atención de la salud infantil. (13)

Igualmente, en el texto constitucional se debe destacar el artículo 78 referido a los derechos del niño, donde se establece lo siguiente:

Artículo 78. Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa, y un ente rector nacional dirigirá las políticas para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes. (13)

Con base en lo señalado en este artículo, los derechos del niño deben estar protegidos por las normas legales y las instituciones judiciales y en ese sentido en la atención de esos

derechos, se debe destacar el relativo a su protección y prevención con relación al maltrato. En ese contexto, el desempeño del Odontólogo se encuentra enmarcado en las acciones encaminadas a preservar los derechos de los niños con relación a su integridad física, psíquica y moral. (13)

Un segundo elemento relacionado con la fundamentación legal de este estudio, se encuentra representado en la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, de donde es pertinente destacar primeramente el artículo 32, en el cual se establece lo siguiente con relación al derecho a la integridad personal:

Artículo 32. Derecho a la integridad personal. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, síquica y moral. (13)

Primero. Los niños, niñas y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Parágrafo Segundo El Estado, las familias y la sociedad deben proteger a todos los niños, niñas y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal. El Estado debe garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral a los niños, niñas y adolescentes que hayan sufrido lesiones a su integridad personal. (13)

El derecho del niño, niñas y adolescente a su integridad personal representa un derecho que se encuentra transgredido en el síndrome del niño maltratado y en ese sentido, las prácticas a llevar a cabo por las personas que integran los equipos de especialistas socio-sanitarios, entre los que se debe contar el Odontólogo, deben estar precisamente orientados a resarcir ese derecho a través de las acciones pertinentes a cada profesión y/o especialidad. (13)

Complementando el artículo anterior, es pertinente señalar el artículo 41:

Artículo 41. Derecho a la salud y a servicios de salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental. (13)

Parágrafo Primero. El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. (13)

Parágrafo Segundo. El Estado debe asegurar a los niños, niñas y adolescentes el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación. (13)

Como parte del conjunto y sistema de lo que representa la atención de la salud, el Odontólogo se inscribe dentro de lo que se encuentra establecido en el artículo citado, concretamente en lo que se refiere al diagnóstico de las lesiones e injurias ocasionadas en la región oro-dental como consecuencia del maltrato infantil, así como la prescripción y ejecución de los tratamientos pertinentes para la rehabilitación de la salud del aparato estomatognático. (13)

Dentro de la fundamentación legal del estudio, se encuentra también la Ley del Ejercicio de la Odontología, donde cabe hacer referencia al artículo 2:

Artículo 2. Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades,

deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento. (13)

El ejercicio profesional de la odontología se enmarca en la responsabilidad que tiene el profesional de esta especialidad en la realización de las acciones dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el sistema dentario. Tal responsabilidad se hace extensiva en los casos relacionados con lesiones oro-dentales producidas como consecuencia del maltrato infantil, donde el odontólogo debe llevar a cabo los pasos que permitan establecer los diagnósticos relacionados con dichas lesiones, hacer las prescripciones y llevar a cabo los tratamientos que correspondan. (13)

También es pertinente señalar el Código de Deontología Odontológica, concretamente el artículo 18, donde se lee lo siguiente:

Artículo 18. El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional. (14)

Lo planteado en el artículo citado del código referido, se relaciona con el tema del estudio, ya que se relaciona con la responsabilidad a cumplir por parte del profesional odontólogo en cuanto a la atención y conservación de la salud del niño-paciente maltratado, concretamente en lo que se refiere a su integridad buco-dental, llevar a cabo eficazmente las acciones enmarcadas en los tratamientos prescritos para la recuperación de su salud oro-dental y ejecutar las acciones con actitud profesional acorde con la naturaleza de su profesión. (14)

Definición de términos básicos

- **Aparato estomatognático:** Representa el conjunto sistémico conformado por la boca, el aparato masticatorio y los elementos nerviosos y bucales. (40)
- **Avulsión:** Es un desgarro o pérdida que específicamente puede referirse a una forma de amputación cuando la extremidad es arrancada por un traumatismo. (15)
- **Cóndilos:** Es la cabeza, eminencia o protuberancia redondeada de la extremidad de un hueso que encaja en el hueco de otro para formar una articulación. La superficie articular del cóndilo es convexa en dos direcciones y la del hueso que la recibe es cóncava en dos direcciones. (15)
- **Equimosis:** Lesión subcutánea caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta (moretón). Puede suceder en cualquier parte del cuerpo, debajo de la piel o en una membrana mucosa como por ejemplo la boca. (15)
- **Eritemas:** Enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debido a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación. Es un signo de distintas enfermedades infecciosas y de la piel. (15)
- **Etiología:** Parte de la medicina que se encarga del estudio de las causas, tanto de las enfermedades como del buen estado de la salud de las personas. (15)
- **Extrusión dental:** Es el movimiento anormal de los dientes debido a la falta de piezas dentales. (15)
- **Fractura radicular:** Es un traumatismo dental de la raíz del diente, que puede presentarse en forma horizontal o vertical. Cuando es una fractura horizontal, se produce un desplazamiento variable del segmento coronal que, por lo general, contrasta con la falta de desplazamiento del segmento apical. Cuando la fractura es vertical se produce una lesión que se extiende longitudinalmente a lo largo de la raíz dental, pudiendo afectar esmalte, dentina, cemento y pulpa. (15)
- **Frenillo labial superior:** Membrana mucosa que va desde la cara interna del labio superior a la encía. (15)
- **Frenillo lingual:** Membrana mucosa situada bajo la lengua. (15)

- **Hematoma subgaleal:** Es la acumulación de sangre entre la aponeurosis epicraneal (cubre la parte superior del cráneo) y el periostio (membrana de tejido conjuntivo adherida exteriormente a los huesos). (15)
- **Intrusión dental:** Es el movimiento en el que se lleva al diente hacia su base ósea en sentido vertical. (15)
- **Luxación dentaria:** Es la separación o pérdida de continuidad entre el diente y los tejidos circundantes como consecuencia de un traumatismo dental, lo cual se puede producir con o sin desplazamiento visible del diente. (15)
- **Negligencia:** Es la incompetencia por parte de un progenitor, tutor u otro cuidador para satisfacer las necesidades básicas de un menor. Puede ser física (no atención a las necesidades de alimentación, vivienda y vigilancia), médica (no se proporciona el tratamiento médico necesario), educativa (se niega el derecho a la educación del menor) o emocional (falta de atención a las necesidades socioemocionales del niño). (15)
- **Petequias:** Son lesiones pequeñas de color rojo, formadas por extravasación de un número pequeño de eritrocitos cuando se daña un capilar. (15)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de investigación

La siguiente investigación es de tipo no experimental y descriptivo y la estrategia que se utilizará en el proceso es una investigación de campo y de tipo transversal; la cual es aquella que se utiliza para recolectar información a través de técnicas como entrevistas o encuestas, con el fin de dar respuesta a cualquier situación planteada en ese momento.

Población y muestra

La población general a estudiar estará conformada por aproximadamente 1000 historias clínicas de infantes que fueron ingresados en la Morgue Judicial del departamento de Ciencias Forenses de Valencia, Estado Carabobo, durante el periodo 2015 al 2018. Y la muestra a evaluar estará conformada por 853 historias clínicas de infantes que cumplirán con los siguientes criterios de inclusión:

- Infantes fallecidos
- Edades comprendidas entre 0-6 años
- Niños maltratados
- Presenten alteraciones bucales

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recurrirá a la Morgue Judicial del departamento de Ciencias Forenses de Valencia-Edo. Carabobo, posteriormente se pedirá un permiso para poder entrar a las instalaciones y tener acceso a las historias clínicas o archivos de los infantes fallecidos en el periodo 2015-2018 que fueron ingresados en dicho lugar.

Se programará una cita para la revisión de los archivos en donde se buscará identificar la cantidad de muertes de infantes que ha habido debido al Síndrome del Niño Maltratado

(SNM). Esto se logrará categorizando las manifestaciones bucales que presenten y clasificando los archivos por las edades que los niños comprendían, así como, describiendo cada manifestación bucal existente en ellos al momento de la defunción, mediante una guía de observación.

Procesamiento y análisis de los resultados

La técnica e instrumento de recolección de datos a utilizar en éste trabajo de investigación será a través del programa Microsoft Office Excel; en dicho programa se realizarán cuadros con diferentes renglones y características en los cuales se irán señalando las distintas manifestaciones bucales que presentan los infantes fallecidos por el Síndrome del Niño Maltratado y las edades que comprenden dichos niños.

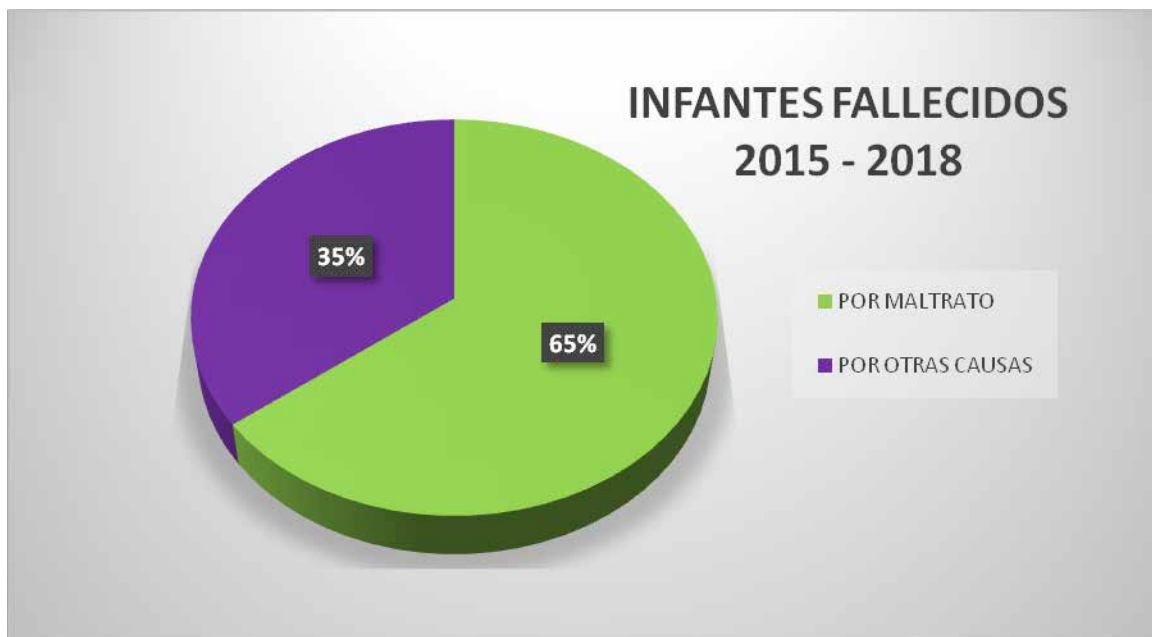
(Ver anexos)

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

TABLA 1: Infantes Fallecidos Entre 0 y 6 Años desde 2015 – 2018

0 – 6 Años	Tipo	N° (frecuencia)	%
Maltrato	Físico, emocional, sexual, negligencia o abandono	342 casos	65%
Otras causas	Muerte por armas de fuego, accidentes de tránsito, intoxicación, electrocutados, ahogados y caídas de altura	187 Casos	35%
Total		529 casos	100%



FUENTE: Camacho y Peña (2019)

Los resultados obtenidos en esta gráfica indican que un 65% de los infantes fallecidos desde el año 2015 hasta el 2018 en edades comprendidas de 0 a 6 años deben su muerte al maltrato infantil, mientras que un 35% han fallecido por otras causas.

TABLA 2. Clasificación de las Alteraciones

0 – 6 Años	N° (frecuencia)	%
Tejidos Blandos	202 casos	59%
Tejidos Duros	86 casos	25%
Patologías	54 casos	16%
Total	342 casos	100%

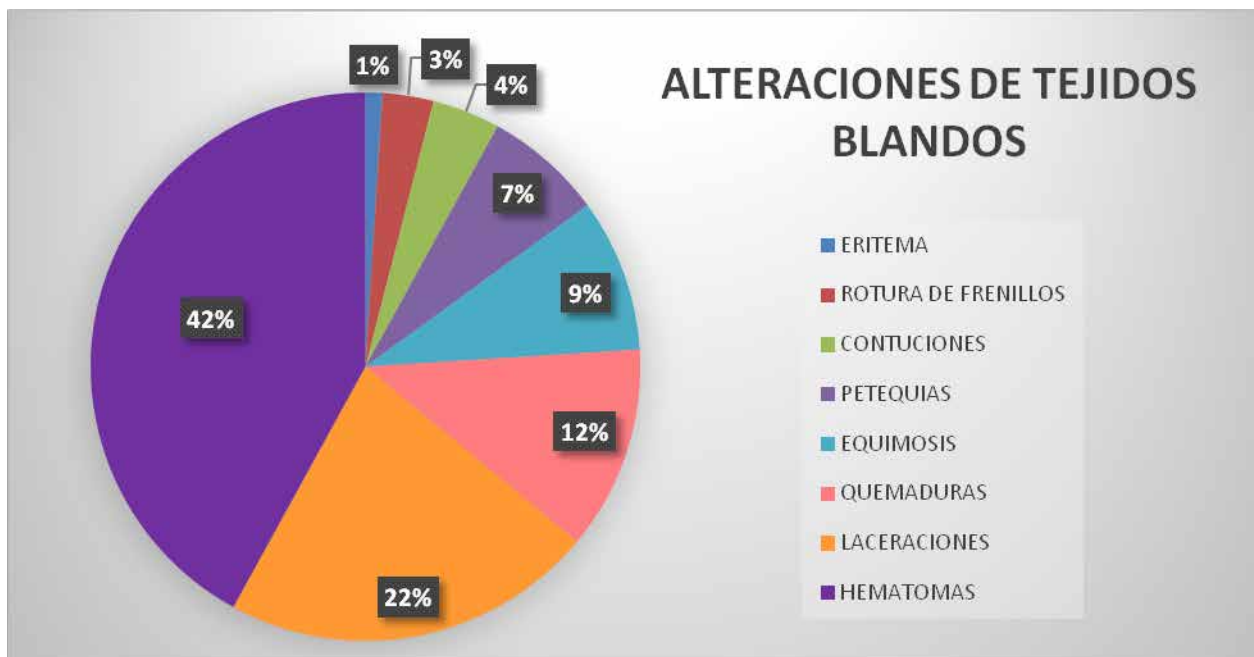


FUENTE: Camacho y Peña (2019)

En esta grafica se puede observar que el 59% de los casos estudiados de infantes fallecidos por el síndrome de maltrato infantil presentan manifestaciones bucales en tejidos blandos, un 25% manifiesta alteraciones en tejidos duros y solo un 16% en la investigación revela patologías bucales.

TABLA 3. Alteraciones en Tejidos Blandos

0 -6 Años	Nº (frecuencia)	%
Eritema	2 casos	1%
Rotura de Frenillo	6 casos	3%
Contusiones	8 casos	4%
Petequias	14 casos	7%
Equimosis	19 casos	9%
Quemaduras	24 casos	12%
Laceraciones	45 casos	22%
Hematomas	84 casos	42%
Total	202 casos	100%



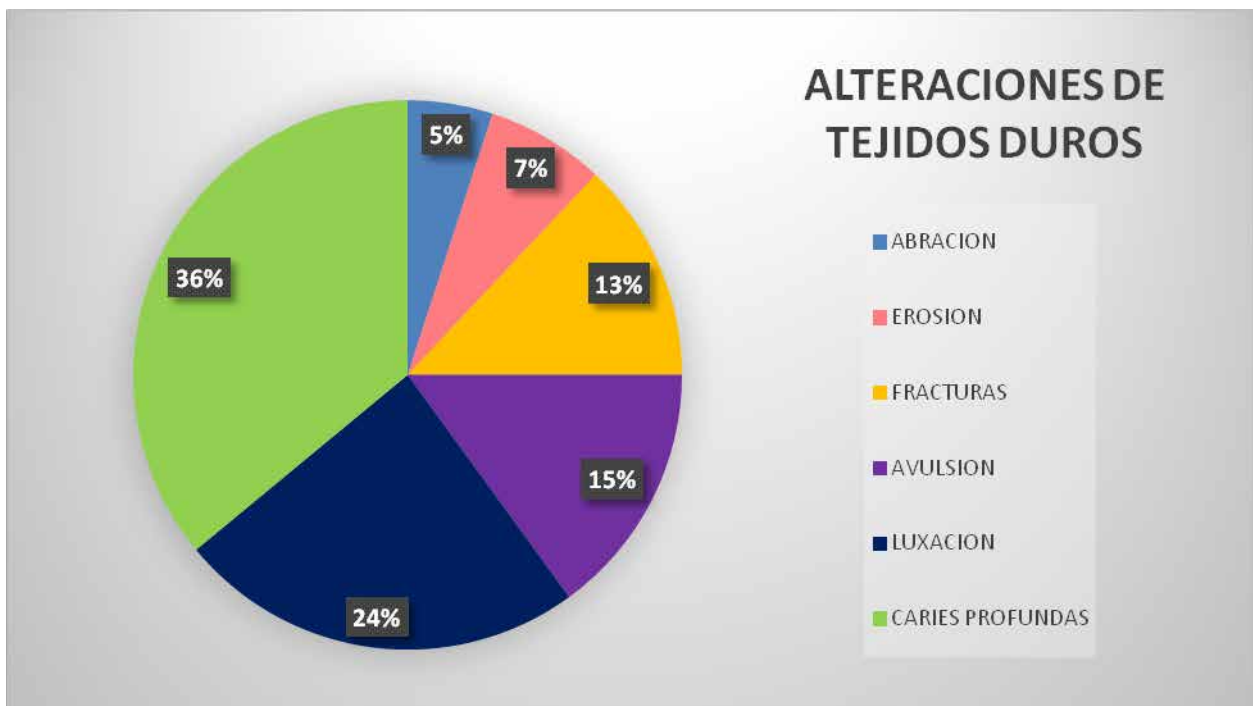
FUENTE: Camacho y Peña (2019)

En la investigación realizada se obtuvieron datos que indican que las manifestaciones en tejidos blandos son las que poseen mayor incidencia, entre estas se encuentran los eritemas con un 1%, la rotura de frenillos con un 3%, las contusiones en un 4%, también se da lugar a las petequias bucales con un 7%, equimosis un 9% y entre las más iterativas se encuentran con un 12% las quemaduras , un 22% para laceraciones y por ultimo un 42% para hematomas siendo la anterior la más frecuente durante el estudio realizado.

TABLA 4. Alteraciones en Tejidos Duros

0 – 6 Años	Nº (frecuencia)	%
Abrasión	4 casos	5%
Erosión	6 casos	7%

Fracturas	11 casos	13%
Avulsión	13 casos	15%
Luxación	21 casos	24%
Caries Profunda	31 casos	36%
Total	86 casos	100%



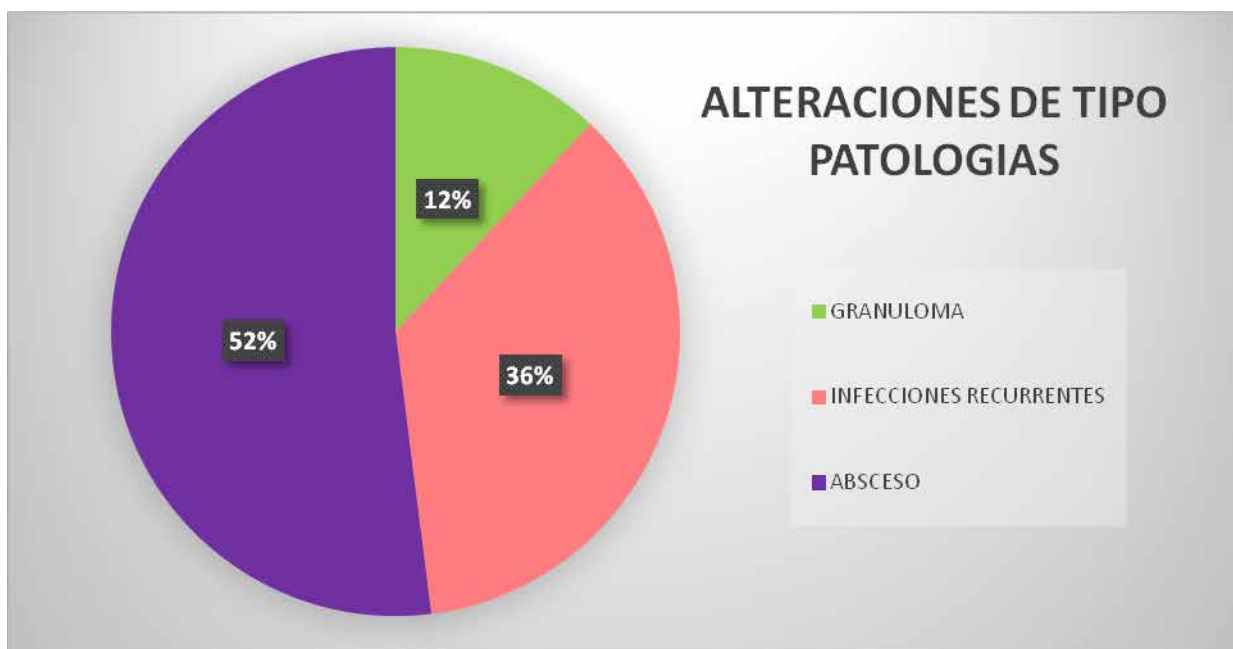
FUENTE: Camacho y Peña (2019)

En las alteraciones de tejidos duros observamos que la abrasión abarca un 5% de los casos, la erosión un 7%, mientras que en aumento se encuentran las fracturas con 13%, la avulsión dentaria se encuentra entre las lesiones más reiterativas abarcando un 15% seguido de las

luxaciones con un 24% y por ultimo con un 36% teniendo un alto grado de incidencia las caries profundas.

TABLA 5. Alteraciones Patológicas

0 – 6 Años	Nº (frecuencia)	%
Granulomas	6 casos	12%
Infecciones Recurrentes	20 casos	36%
Absceso	28 casos	52%
Total	54 casos	100%



FUENTE: Camacho y Peña (2019)

Las alteraciones patológicas son las que poseen menor grado de incidencia en este estudio, los datos arrojados en esta gráfica indican que las alteraciones de tipo granuloma abarcan en solo un 9% de los casos, por otra parte, las infecciones recurrentes tienen lugar con un 37% mientras que con un 54% el absceso se vuelve el más repetitivo.

DISCUSIÓN

Según Reyes 2014 en América latina y el Caribe cerca de 6 millones de niños, niñas y adolescentes sufren agresiones físicas severas y 80.000 mueren al año por maltrato infantil, mientras que en el estado Carabobo desde el año 2015 al 2018 se registraron 342 casos de muertes por maltrato, cifra que continúa aumentando de forma preocupante de un 35% a 40% por año.

En 1946, Caffey describió el cuadro clínico de seis niños con hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos; tres de ellos tenían también traumatismo orofacial, uno gingivorragia y las otras dos abrasiones en la cara. Cameron y Cols (1966) informaron que aproximadamente la mitad de 29 niños estudiados presentaban abrasiones en cabeza, cara y cuello: piel cabelluda 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48% y 45% en labio superior respectivamente. En 1967 Skinner y Castle publicaron los casos de 78 niños maltratados de los cuales 34 presentaron traumatismos en cara y boca, con abrasiones, laceraciones, mordeduras, quemaduras y fracturas.

Por otra parte, García y colaboradores (2003), dijeron que la mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la cavidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%.

Si se golpea la boca de forma directa, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores. La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura

del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias, sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación.

El examen radiográfico también nos puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración radiográfica podemos encontrar evidencia de lesiones previas.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN

Las raíces históricas, culturales y sociales constituyen un reto a vencer para enfrentar el maltrato infantil. Las diversas definiciones y clasificaciones de este problema muestran las dificultades para abordarlo principalmente en dos terrenos: primero, las distintas facetas que el problema posee, y segundo, sus implicaciones éticas y legales. Es fundamental reunir a los expertos del área para trabajar en este aspecto particular, principalmente en torno a lo psicológico y emocional.

Con respecto a la epidemiología, la investigación tiene un reto preponderante; una vez superados los aspectos históricos y culturales, será posible contar con definiciones claras y precisas que nos permitan obtener un registro confiable y una visión más real del problema.

El estudio de las repercusiones ofrece aclarar aspectos del desarrollo de la personalidad y de las alteraciones de la conducta en el adulto, quien hoy puede generar un niño agredido, y mañana, otro agresor. Esta es otra motivación importante para continuar con el desarrollo de la investigación en el área, lo que irá de la mano con la exploración de distintas alternativas para su manejo y ofrecer resultados más congruentes con la realidad.

Recuérdese que: "El niño maltratado de hoy es el adulto conflictivo de mañana".

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Crear programas u organizaciones para la realización de charlas preventivas e informativas que vayan dirigidas a padres e hijos en los barrios y urbanizaciones.
- Crear programas por parte de los organismos educativos para realizar charlas preventivas e informativas para los niños y adolescentes.
- Realizar charlas educativas en los organismos educativos, dirigidas a niños y adolescentes para la prevención del embarazo precoz.
- Fundar programas de educación dirigido a padres y representantes con respecto al trato y educación adecuada para niños, niñas y adolescentes

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, (2016, septiembre, 30). Maltrato infantil (En línea).
2. (2005, mayo). Importancia de la odontología en el maltrato infantil. (En línea) Gaceta dental. <https://www.maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologa-30982/#>
3. (2015). ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA PRELIMINAR DEL CHILD ABUSE POTENTIAL INVENTORY EN VENEZUELA. (Revista en línea).
4. Castro, D. Publicación científica periódica IntraMed Journal. (En línea)
5. Arch. argent. pediatr. vol.114 no.1 Buenos Aires feb. 2016
6. Universidad de La Sabana. (2015, junio, 10). Caracterización de las diferentes modalidades de maltrato infantil y su frecuencia registrados en el hospital de Vista Hermosa en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, D.C. María Varela, Mauricio Larrarte.
7. Urrego, Y, Alfonso, Y, Boada, J. y Otálvaro, D. (2012). Relación entre maltrato físico y emocional y funciones cognitivas en niños de 6 a 10 años. Cultura, Educación y Sociedad.
8. Repositorio Institucional de la Universidad de Carabobo. Indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado que acuden al Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga período 2016-2017. Valencia, Estado Carabobo. María Osío, Lino Rada, Rebeca Matute. Nov, 2017.
9. Francisco, J (2012). TRIBUNA DEL INVESTIGADOR.

10. Acendra, E y Hoyos, L (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas del Odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena. [Tesis en línea]. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2601/1/informe%20final%20MI.pdf>.
11. Casado, J, Díaz, J y Martínez, C (2007). Niños maltratados. 3ª edición. Madrid: Díaz de Santos.
12. Castro, D y Criscuolo, E (2013). Síndrome del niño maltratado. *IntraMed Journal*. [Revista en línea]. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/280/120. [Consulta: 16-10-2018].
13. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5453, marzo, 24, 2000.
14. Código de Deontología Odontológica. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley2.htm>. [Consulta: 14-10-2018].
15. García Ramon-Pelayo y Gross (1912). Gran diccionario de la lengua española. Primera edición. Barcelona: Editorial Larousse.
16. Cooper, S (2011). The medical analysis of child sexual abuse images. *J.Child Sex Abuse*. [Revista en línea]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126107>. [Consulta: 04-10-2018].
17. Dean, Jeffrey (2018). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 10ª edición. Barcelona: Elsevier.
18. Doria, Ana y Navarro, Melissa (2016). La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Universitas Odontológica*. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231248043006>. [Consulta: 11-10-2018].
19. Francisco, José (2011). Niños en circunstancias especialmente difíciles: Venezuela 2000-2009. *Gaceta Médica de Caracas* 119 (3). [Revista en línea], pp. 218-242. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=701645&indexSearch=ID>. [Consulta: 16-10-2018].

20. Gallegos, Luis, Miegimolle. Mónica y Planells, Paloma (2002). Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta Odontológica Venezolana 40 (3). [Revista en línea].
21. Gamboa, Mariana (2013). Manifestaciones bucales de maltrato físico. Reporte de caso. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Odontología Infantil.
22. Guerrero, María y Delgado, Francisco (2012). Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Revista Hospital Juárez de México 79 (1). [Revista en línea], pp. 43-47. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf>. [Consulta: 03-10-2018].
23. King, Devon y Otros (2011). Childhood Maltreatment and Psychiatric Disorders among Detained Youths. Psychiatric Service 62 (12). [Revista en línea], pp. 1430-1438. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742320/>. [Consulta: 11-10-2018].
24. Larraín, Soledad y Bascuñán, Carolina (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Desafíos. Boletín N° 9. [Publicación en línea]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35986/1/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF_es.pdf. [Consulta: 11-10-2018].
25. Ley del Ejercicio de la Odontología. Gaceta Oficial N° 29.288 del 10 de agosto de 1970.
26. Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial N° 5.859, Extraordinario, diciembre, 10, 2007.
27. Mariño, Jesús y Sieira, María (2009). Indicadores cráneo-faciales en el maltrato infantil. Cuadernos de Atención Primaria 16.). [Revista en línea], pp. 28-36. Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/10/vol16_1_04_ParaSaberdeA.pdf. [Consulta: 11-10-2018].
28. Martínez, Miguel (2000). Síndrome del niño maltratado. Ciencia Forense 2. [Revista en línea], pp. 19-57. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0864->

- 2125200400050001100030&lng=pt&pid=S0864-21252004000500011. [Consulta: 13-10-2018].
29. Matute, Rebeca (2017). Indicadores clínicos y psicológicos en pacientes con diagnóstico de síndrome de niño maltratado que acuden al Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga periodo 2016-2017. Valencia, estado Carabobo. Valencia: Universidad de Carabobo. Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista en Pediatría y Puericultura.
 30. Medrano, Giannina y Perona, Guido (2010). Maltrato infantil: una realidad muy cercana ¿Cómo debemos actuar los odontólogos? *Odontología Pediátrica* 9 (1). [Revista en línea], enero-junio 2010, pp. 78-94. Disponible en: http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontología_pediátrica/rev_2010_1.pdf#page=30. [Consulta: 03-10-2018].
 31. Molina, Alma (2009). Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en *Odontología. Gaceta Dental*. [Revista en línea]. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologia-30982/>. [Consulta: 13-10-2018].
 32. OMS (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. [Consulta: 03-10-2018].
 33. OMS (2010). Notas descriptivas/Maltrato infantil. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. [Consulta: 02-10-2018].
 34. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2013, Marzo 28). Informe sobre desarrollo humano 2013. [Documento en línea]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/hdr4press/press/index.html>. [Consulta: 03-10-2018].
 35. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014, Mayo 8). Informe sobre desarrollo humano 2014. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-humandevlopment-report.html>. [Consulta: 03-10-2018].

36. Requena, Alejandra (2014). Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de Caso. [Tesis en línea]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100023. [Consulta: 30-09-2018].
37. Sánchez, Virginia y Ruiz, Elibeth (2014) titulada: Información sobre el maltrato infantil que manejan los Odontólogos del municipio Libertador, estado Mérida, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/39658/articulo1.pdf;jsessionid=A879B0CBC6CF402DB145D5E2052495E6?sequence=1>. [Consulta: 02-10-2018].
38. Stephen, Jesse y Amos, Deinard (2016). Child Abuse and Neglect: Implications for the Dental Professional. Continuing Education Course. [Publicación en línea]. Disponible en: <https://azcdn.dentalcare.pgsitecore.com/-/media/dentalcareus/professional-education/ce-courses/course0001-0100/ce49/files/ce49.pdf?la=en-us&v=2-201810221520>. [Consulta: 08-10-2018].
39. UNICEF (2014). Eliminar la violencia contra los niños: seis estrategias para la acción. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_Spanish_WEB_240215.pdf. [Consulta: 09-10-2018].

ANEXOS

Fallecidos por maltrato	Fallecidos por otras causas

RECUADRO 1				
Edades	Manifestaciones bucales presentes			
	Contusiones/ Equimosis	Quemaduras	Laceraciones/ abrasiones	Erosión
0-1				
2-3				
4-5				
6-7				
8-9				

10-11				
12-13				
14-15				
16-17				

RECUADRO 3				
Edades	Manifestaciones bucales presentes			
	Rotura de frenillos	Avulsión traumática	Fractura/luxación dentaria	Caries profundas
0-1				
2-3				
4-5				
6-7				
8-9				
10-11				
12-13				
14-15				
16-17				

RECUADRO 4				
Edades	Manifestaciones bucales presentes			
	Infecciones	Granulomas/	Hematomas	Eritemas/

	recurrentes	abscesos		petequias
0-1				
2-3				
4-5				
6-7				
8-9				
10-11				
12-13				
14-15				
16-17				

SISTEMA DE VARIABLES

CUADRO

Identificación y definición de variables

Datos epidemiológicos

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Ítems
Muertes por maltrato infantil	Acción u omisión no accidental hacia un menor que le ocasione daño físico psicológico o la muerte	Maltrato físico		E X P E D I E N T E 2	H O J A D E R E G I
		Maltrato emocional			
		Abuso sexual			
		Negligencia o abandono			
Muertes por otras causas	Muertes que no son relacionadas con maltrato infantil y se atribuyen a otros hechos	Arma de fuego			
		Caídas de altura			
		Ahogados			
		Intoxicados			
		Accidentes de tránsito			
Electrocutados					

Alteraciones Bucales en niños fallecidos por maltrato	Se definen como manifestaciones anormales en la cavidad oral o en tejidos adyacentes debidas a una causa especifica	Tejidos Blandos	*Eritema, *Rotura de Frenillo, *Contusiones *Petequias, *Equimosis, *Quemaduras *Laceraciones *Hematomas	0 1 5 A	S T R O
		Tejidos Duros	*Abrasión *Erosión *Fracturas *Avulsión *Luxación *Caries Profunda	2 0 1	
		Patologías Bucales	*Granulomas *Infecciones Recurrentes *Absceso	8	

Fuente:

Medline Plus (2018)

American Dental Association

Patología bucal-US (2019)