



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA**

Autores:

Br. Emily C. De Nobrega, A.
Br. Érica G. Quijada, G.
Br. Mari Y. Uzcategui R.

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 DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autora: Br. Emily De Nobrega

Autora: Br. Érica Quijada

Autora: Br. Mari Uzcategui

Tutora: Od. Livia Segovia

San Diego, diciembre 2021



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



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por las ciudadanas **Emily De Nobrega, Érica Quijada Mari Uzcategui**, titulares de la cédula de identidad N° V-27.926.992, V-27.928.062 y V-27.239.044, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**, adscrito a la línea de investigación: **Psicología**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 08 días del mes de octubre del año dos mil veintiuno.

Firma

(Firma autógrafa del tutor)
Od. Livia Segovia
CI V-9.445.831



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



CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe **Od. Livia Segovia**, portador de la cédula de identidad N° **V-9.445.831**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas **Emily De Nobrega, Érica Quijada Mari Uzcategui**, portadoras de la cédula de identidad N° **V-27.926.992, V-27.928.062 y V-27.239.044**, titulado **INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLOGICA** presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 04 días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno.

Firma


(Firma autógrafa del tutor)
Od. Livia Segovia
CI V-9.445.831




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




ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA”**, realizado por las ciudadanas Emily De Nobrega, Érica Quijada, Mari Uzcategui, titulares de la cédula de identidad N° V-27.926.992, V-27.928.062 y V-27.239.044. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.


Jurado
Nombre: Janeth Rodríguez
C.I.: 8.844.992


Jurado
Nombre: Patricia Catari
C.I.: 19.792.147


Tutor Académico
Nombre: Livia Segovia
C.I.: 9.445.831



DEDICATORIA

Para mí, estoy orgullosa de creer en mi mientras superaba todos y cada uno de mis miedos.

Por no renunciar, por dar todo de mi mejor versión en cada situación y por reconocer que existen infinitas capacidades surgiendo de mi en todo momento. Por reconocer que mi único límite era yo y superarlo.

Emily De Nobrega

DEDICATORIA

A Dios, por haberme otorgado la sabiduría, perseverancia y salud para llegar hasta este punto.

A mi familia en especial a mis padres Éric Quijada y Yitza Galindo, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento y me motivaron constantemente para alcanzar mi propósito.

A mi pareja, Daniel Paso por su colaboración a lo largo de este camino.

A todos los que aportaron su granito de arena para la elaboración del presente trabajo de grado.

Érica Quijada

DEDICATORIA

A DIOS por darme la sabiduría, por haberme bendecido durante toda mi carrera de Odontología y cumplir con éxito todos mis objetivos propuestos a lo largo de mi vida por brindarme una vida llena de aprendizajes, y sobre todo felicidad en mi familia.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Son los mejores padres.

A mi hermano por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindo a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me 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.

Mari Uzcategui

RECONOCIMIENTO

Queremos expresar nuestra gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre nuestras vidas, nos guía, fortalece y llena de sabiduría en toda nuestra existencia.

A nuestros padres, gracias por inculcar el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está con nosotras siempre.

A toda nuestra familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de nosotras unas mejores personas y de una u otra forma nos acompañan en todos nuestros sueños y metas.

A todos nuestros amigos, por ser las personas que nos apoyan cuando más los necesitamos, por extender su mano en momentos difíciles, hacernos sonreír y por la amistad brindada cada día, de verdad gracias, siempre los llevamos en nuestros corazones.

Finalmente queremos agradecer a aquellos ángeles terrestres y celestiales, que son nuestros guardianes y en todo momento están presentes en nuestras vidas, mente y corazón.

*Emily De Nobrega
Érica Quijada
Mari Uzcategui*

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Resumen Informativo	xi
Informative Summary	xii
Introducción.....	1
Materiales y métodos.....	2
Estado del arte.....	3
Maltrato infantil.....	3
Tipos de maltrato infantil.....	5
Indicadores de maltrato infantil.....	8
Indicadores de maltrato infantil en la consulta odontológica.....	11
Abordaje odontológico del maltrato infantil.....	14
Anexo.....	17
Conclusión	18
Referencias.....	20



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



INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA

Autora: Emily De Nobrega,
Érica Quijada
Mari Uzcategui

Línea de investigación: Psicología

Tutora: Od. Livia Segovia

Fecha: diciembre, 2021

RESUMEN INFORMATIVO

Objetivo: analizar los indicadores del maltrato infantil desde la consulta odontológica. **Materiales y Métodos:** esta investigación fue de tipo documental con diseño de estudio del arte, con un nivel de profundidad descriptivo. La búsqueda bibliográfica, se realizó en texto completo y en idiomas inglés, español y portugués en las principales bases de datos médicas, incluidas PubMed, Redalyc.org, Wiley, Scielo, Medline, utilizando palabras claves como Maltrato Infantil, Odontopediatría, indicadores de maltrato infantil, Child abuse, Pediatric dentistry, indicators of abuse, child. Se escogieron aquellas investigaciones relacionadas con el manejo psicológico de niños con signo de maltrato durante la consulta odontológica, artículos relacionados con identificación de los tipos de maltrato infantil, el manejo conductual y psicológico de niños en la consulta odontológica, relacionados a protocolo y tratamiento de odontólogos frente al maltrato infantil. Los estudios que no mostraron información lo suficientemente relevante en sus resúmenes, duplicados, artículos incompletos y no disponibles fueron excluidos. **Resultados:** entre los indicadores analizados se obtuvo las lesiones intrabucales y las lesiones por abuso sexual en el área orofacial, de los estudios el miedo y la ansiedad en los pacientes pediátricos son un factor que puede determinar un indicador de maltrato infantil, la detección oportuna de los signos y síntomas del abuso sexual, colocan al odontopediatra en una situación estratégica, con capacidad para reconocer, registrar y luego reportar aquellos casos considerados sospechosos. **Conclusión:** El odontólogo puede ser de gran ayuda a la hora de identificar el maltrato infantil por medio de hallazgos de lesiones bucales y peribucales.

Descriptor: miedo, ansiedad, maltrato infantil, consulta odontológica. .



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



MANAGEMENT OF FEAR AND ANXIETY IN PEDIATRIC PATIENTS WITH CHILD ABUSE IN THE DENTAL OFFICE

Authors: Emily De Nobrega

Authors: Érica Quijada

Authors: Mari Uzcategui

Tutora: Od. Livia Segovia

Date: oct, 2021

INFORMATIVE SUMMARY

Objective: to analyze the indicators of child abuse from the dental office. **Materials and Methods:** this research was of a documentary type with an art study design, with a descriptive depth level. The bibliographic search was carried out in full text and in English, Spanish and Portuguese languages in the main medical databases, including PubMed, Redalyc.org, Wiley, Scielo, Medline, using keywords such as Child Abuse, Pediatric Dentistry, indicators of abuse infantil, Child abuse, Pediatric dentistry, indicators of abuse, child. Investigations related to the psychological management of children with signs of abuse during the dental consultation, articles related to the identification of the types of child abuse, the behavioral and psychological management of children in the dental consultation, related to the protocol and treatment of dentists were chosen. against child abuse. Studies that did not show sufficiently relevant information in their abstracts, duplicates, incomplete and unavailable articles were excluded. **Results:** among the analyzed indicators, intraoral injuries and injuries due to sexual abuse in the orofacial area were obtained, from studies fear and anxiety in pediatric patients are a factor that can determine an indicator of child abuse, the timely detection of the signs and symptoms of sexual abuse place the pediatric dentist in a strategic situation, with the ability to recognize, record and then report those cases considered suspicious. **Conclusion:** The dentist can be of great help in identifying child abuse through findings of oral and perioral lesions.

Keywords: fear, anxiety, child abuse, dental consultation.

INTRODUCCIÓN

Existe un gran número de pacientes pediátricos que presentan miedo y ansiedad al asistir a la consulta odontológica, muchos de ellos por diversas causas, las mismas ocasionan dificultad al profesional al momento de la atención. Entre sus causas más comunes se encuentran el miedo debido a repetir experiencias negativas, al dolor, a ser engañado o traicionado, a lo desconocido, a perder el control, a procedimientos invasivos, a ruidos procedentes de los instrumentos utilizados, ante experiencias de agresión psicológica o física.¹

Al definir las se encuentra que el miedo dental se refiere al temor de una situación de amenaza específica, mientras que la ansiedad dental a menudo se refiere a una forma más general a la anticipación del estado de aprehensión. Generalmente la ansiedad se manifiesta con tensión muscular, sudoración en palmas de manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo y taquicardia. Se debe manejar el hecho de que los niveles de intensidad varían dependiendo de cada persona, teniendo de principal enfoque el maltrato infantil como detonante de estas.²

Según la OMS, se considera como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.³

Es importante que el profesional esté atento y capacitado en conocimientos para reconocer desde el primer encuentro los signos y síntomas de maltrato infantil. De esta forma puede manejar la situación: logrando la adaptación del paciente y evitando que el niño sufra más lesiones al brindar los servicios sociales necesarios a la familia.⁴

Del mismo modo, se utilizan las técnicas adecuadas para disminuir el miedo y la ansiedad. Entre estos signos a observar se encuentran múltiples lesiones, lesiones en diferentes etapas de curación, lesiones orales ocasionadas con instrumentos como utensilios para comer o un biberón durante las alimentaciones forzadas, las manos, los

dedos, líquidos hirvientes o sustancias cáusticas, ropa inapropiada que tiene como objetivo ocultar lesiones o discrepancias en la historia clínica.⁶

Este trabajo tiene como principal objetivo, analizar los indicadores del maltrato infantil desde la consulta odontológica. Presentando el hecho de que mediante el examen intraoral y perioral cuidadoso y completo son necesarios en todos los casos de sospecha de abuso y negligencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo documental con diseño de estudio del arte, con un nivel de profundidad descriptivo. La búsqueda bibliográfica, se realizó en texto completo y en idiomas inglés, español y portugués en las principales bases de datos médicas, incluidas PubMed, Redalyc.org, Wiley, Scielo, Medline, utilizando palabras claves como Maltrato Infantil, Odontopediatría, indicadores de maltrato infantil, Child abuse, Pediatric dentistry, indicators of abuse, child.

Se escogieron aquellas investigaciones relacionadas con el manejo psicológico de niños con signo de maltrato durante la consulta odontológica, artículos relacionados con identificación de los tipos de maltrato infantil, el manejo conductual y psicológico de niños en la consulta odontológica, relacionados a protocolo y tratamiento de odontólogos frente al maltrato infantil. Los estudios que no mostraron información lo suficientemente relevante en sus resúmenes, duplicados, artículos incompletos y no disponibles fueron excluidos.

DESARROLLO

Maltrato infantil

El maltrato infantil se define según la OMS, como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años de edad, 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. ¹ Éste incluye: lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia). ² La UNICEF define al maltrato infantil como niños que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar, o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial. ³

En EEUU de Norteamérica, las concepciones de maltrato de niños (“Child abuse and neglect o Child maltreatment”), varían entre los diversos estados que lo constituyen, sin embargo, utilizan una definición común: Cualquier acto reciente u omisión de parte de un progenitor o de un cuidador, que resulte en la muerte del niño o una agresión grave de tipo físico, daño emocional, abuso sexual o explotación, o un acto u omisión que signifique un riesgo inminente de daño grave.⁴

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. ⁵ El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de las definiciones de maltrato infantil utilizadas; el tipo de maltrato infantil estudiado; la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales; la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.⁶

No obstante, los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los

adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención. 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.⁷

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.⁸ 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 (como víctimas o perpetradores), depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados, consumo indebido de alcohol y drogas. 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.⁹

En Venezuela, la ley venezolana penaliza este hecho como un delito, y que sus sanciones pueden incidir en penas de uno a tres años. Para la legislación venezolana el maltrato constituye un delito. En esos términos debe ser condenado y rechazado. Específicamente en el artículo 254 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA) se establece una pena de uno a tres años hacia el padre que actúe con negligencia u omisión en el ejercicio de responsabilidad y crianza.¹⁰

Por esta razón, cualquier persona puede denunciar este tipo de acciones, tengan o no parentesco con el niño, niña o adolescente agredido. La ley establece el derecho/deber de la denuncia. Por esta razón, no se exige ningún parentesco con el niño agredido, requisitos o precondition para hacer una denuncia. La ley es muy clara y categórica en las sanciones sobre el maltrato infantil.¹¹

Tipos de maltrato infantil

Existen diferentes tipos de maltrato que se dan típicamente fuera del contexto familiar, pero las formas más comunes de maltrato infantil, aquellas que afectan a una mayor proporción de niños y niñas, ocurren en el interior de la familia (nuclear o extensa). Se han efectuado distintas clasificaciones del maltrato infantil.¹² Por la claridad en su exposición (y consenso con la misma), entre los tipos se tiene:

Maltrato Físico

La OMS, definió el maltrato físico como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Las manifestaciones clínicas por violencia física se caracterizan por su multiplicidad, por ser de diferente intensidad y de la más variada localización. Una de las principales características de las agresiones es que son realizadas directamente por el adulto, sin ayuda de ningún instrumento lesivo.¹³

El maltrato físico a un menor ocurre cuando una persona intencionalmente lastima o pone en peligro a un niño. El maltrato físico puede incluir puñetazos, palizas, patadas, golpes, mordiscos, sacudidas, lanzar un objeto, estrangular, quemar, y alimentar a la fuerza. También se considera maltrato físico cuando se disciplina a un niño con castigos físicos que son demasiados fuertes para la edad o la condición del niño.¹⁴

Maltrato emocional/psicológico

La OMS, afirmó que el maltrato se manifiesta por una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Baker y Festinger, señalan que al igual que ocurre con otras definiciones de los diferentes tipos de maltrato, existe falta de consenso en la

definición Este tipo de maltrato ha sido, de las cuatro tipologías principales, una de las últimas en recibir la atención de los investigadores y de los Servicios de Protección a la Infancia.^{15,16}

Maltrato por negligencia y/o abandono

La negligencia es aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad familiar. El criterio de cronicidad en este tipo de acciones, determinará la gravedad del maltrato, siendo los efectos sobre el desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y conductual devastadores. Los cuidadores principales fracasan en la atención de uno o más de los siguientes niveles: (1) Nivel biológico, fracaso en el proceso de apego; (2) Nivel cultural, transmisión de pautas de crianza inadecuadas; y (3) Nivel contextual, ausencia o insuficiencia de recurso en el ambiente.¹⁷

Martínez y de Paúl en su estudio diferenciaron entre maltrato por negligencia y por abandono físico, considerando que el primero se debía a una atención deficiente por parte de los adultos responsables de las necesidades básicas de los menores; mientras que el abandono físico se consideró una situación de negligencia grave.¹⁸

La negligencia infantil abarca incidentes aislados y la reiterada desatención por parte de un progenitor o cuidador con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en los aspectos de salud, educación, desarrollo emocional, nutrición y condiciones de vida segura. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la negligencia es la imposibilidad de cumplir las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro, aun cuando las personas responsables de la crianza tengan los medios, conocimientos y acceso a los servicios para hacerlo.¹⁹

Abuso Sexual

El abuso sexual definido por la OMS, consiste en la participación de un/a niño/a en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder.²⁰

La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. El acuerdo en los criterios para que se produzca un abuso sexual agrupa dos condiciones: (1) una relación de desigualdad de poder, edad o madurez entre el agresor y la víctima, y (2) la utilización de la víctima como objeto sexual. El abuso sexual, comprende distintas modalidades que se dividen dependiendo de la relación entre la víctima y el abusador en: (a) Violación o Paidofilia, delito sexual homo o heterosexual contra los niños; (b) Hebofilia, comercio sexual entre un adulto y un adolescente; y (c) Incesto, relación entre parientes cercanos realizaron un análisis de los diferentes factores de riesgo, tanto familiares como de la víctima.²¹

Tabla N°1. Factores de riesgo y características

Factores de riesgo y características.	
De la víctima	<ul style="list-style-type: none">- Ser mujer- La edad (mayor riesgo entre los 6-7 años y los 10-12 años).- Capacidad reducida para resistirse o revelarlo.- Retraso en el desarrollo o minusvalía física o psíquica.- Carencia de afecto en la familia.
DE la familia	<ul style="list-style-type: none">- Incumplimiento de las funciones parentales.- Abandono y rechazo físico y emocional del niño por parte de los cuidadores principales.- Ausencia de padres biológicos.- Incapacidad o enfermedad de la madre.- Familias constituidas por padres violentos y dominantes.- Familias constituidas por madres maltratadas.

Nota: Lachica. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuadernos de Medicina Forense (2010).

Indicadores de maltrato infantil

En términos generales, entre los indicadores del maltrato infantil se pueden encontrar: actitud y comportamiento del menor (niño desconfiado, asustado, sobresaltado, temeroso, indiferencia, apatía, tristeza, mirada baja, evitación de la mirada del adulto, retraso mental real o aparente, fracaso escolar. Desnutrición, deshidratación, parámetros de crecimiento por debajo de los normales para la edad, bajo peso. Higiene deficiente, restos de heces secas adheridas a la piel, parásitos, dermatitis de pañal importante.²²

El cuadro clínico característico del Síndrome del Niño Maltratado comprende lesiones, generalmente múltiples, de diferente naturaleza, en diversos períodos de evolución, situadas en distintos planos anatómicos, más frecuentemente en zonas orgánicas protegidas. Llanto excesivo en lactantes, sin razón aparente. Conducta irritable o agitación extrema en lactantes. Regresión de alguna fase del desarrollo que ya se había alcanzado, por ejemplo, enuresis, encopresis, succión del pulgar. Miedos excesivos, por ejemplo, miedo a la oscuridad, a irse a la cama, a quedarse con ciertas personas.²³ En el siguiente cuadro se observa un conjunto de indicadores específicos de maltrato.

Tabla N°2. Indicadores físicos de un maltrato infantil

Lesiones	Indicadores Físicos
Lesiones cutáneas	Excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.
Lesiones esqueléticas (provocadas por zarandeos, sacudidas y torsiones)	Desprendimientos episiarios alrededor de la articulación del codo y la rodilla, fracturas de huesos largos, fracturas costales y claviculares, etc.
Lesiones craneoencefálicas	Fracturas de bóveda y base craneal, hematoma subdural, fracturas del macizo facial, etc.
Lesiones oculares	Edemas, heridas, hemorragias del vítreo, desgarros, desprendimientos, etc
Lesiones viscerales	Roturas de vísceras (hígado, bazo, vejiga, etc.)

Nota: Lachica. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuadernos de Medicina Forense (2010).

Quemaduras, son lesiones de la piel y otros tejidos provocadas por el contacto térmico, radiactivo, químico o eléctrico. Las quemaduras se clasifican según su profundidad (espesor parcial superficial y profunda y espesor total) y según el porcentaje de la superficie corporal total afectada. Las quemaduras representan aproximadamente el 10 % de todas las lesiones intencionales ocurridas en la infancia y de cada diez niños ingresados a las unidades de quemados, uno debe sus quemaduras al acto intencional de un adulto.²⁴

Clínicamente las quemaduras accidentales (QA) por inmersión suelen ser unilaterales; se acompañan de pequeñas lesiones por salpicadura (quemaduras satélites); sus bordes son difusos e irregulares; la profundidad es heterogénea y por lo general se localizan en zonas descubiertas de la piel. Las quemaduras intencionales (QI) suelen ser simétricas, de bordes nítidos, bien definidos; no presentan salpicaduras satélites o éstas son escasas; Suelen producirse por contacto forzado con un líquido o sólido demasiado calientes, una sustancia cáustica, cigarrillos, plancha, otros. La localización más frecuente es a nivel de orificios nasal y bucal, labios, encías, paladar y lengua.²⁵

Hematomas, es una zona de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y sus contenidos se filtran dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel. En los casos de hematomas, su coloración evoluciona de una forma muy particular, lo que permite datarlos: de cero a dos días su color es rojo (por la presencia de hemoglobina), de tres a cinco días pasa a púrpura o azul, entre los cinco y siete días cambia a verde o verde-amarillento (a causa de la hemosiderina), de los siete a 10 días se degrada a amarillo o amarillo-pardusco, y entre los 10 y 14 días adquieren una coloración parda (debida a la hematoïdina). Suelen observarse sobre todo en la región lateral de la cara (mayor sospecha si son bilaterales), de forma y tamaño variables y en diferentes estados evolutivos por haberse originado en distintos momentos. A veces presentan la "imagen en espejo", es decir, reflejan la forma del objeto agresor.²⁶

Mordeduras, sobre todo en la mejilla, punta de la nariz y pabellón auditivo. Estas lesiones pueden estar relacionadas tanto con el abuso físico como con el sexual. Serán sospechosos de ser provocados por un adulto, cuando las huellas que dejan los caninos (las más profundas de la marca de la mordida), tengan una separación entre ambos, mayor de 3 centímetros; o cuando la forma del mordisco sea elíptica u ovoidal, con un área central de equimosis (producida por una presión positiva al cerrar los dientes y romper capilares, o por una presión negativa al succionar o rozar con la lengua). Además, a diferencia de otros animales carnívoros, la mordedura humana comprime los tejidos, pero rara vez los desgarran.²⁶

Indicadores de abuso sexual, laceración o daño en el área genital que no se explique como accidental, al igual que la presencia de enfermedades de transmisión sexual en un niño o preadolescente. Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (en niñas), dificultad para caminar, rastros de semen y, en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes y masturbación. Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física.²⁷

Indicadores de abandono, descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, dermatitis de pañal, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, defectos sensoriales no compensados), ausencia del control y cuidados médicos rutinarios. Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida que impone la extrema pobreza. Otro elemento son las dificultades que las familias en condiciones de aislamiento geográfico y social enfrentan para acceder a la atención médica.²⁸

Indicadores de maltrato infantil en la consulta odontológica

El maltrato infantil constituye una de las grandes amenazas para el bienestar del niño. La existencia de malos tratos o abandono conlleva una serie de repercusiones no sólo sociales sino también jurídicas y médicas que ponen de manifiesto la necesidad de un encuadre interdisciplinar.²⁹

Los profesionales sanitarios ocupan una posición privilegiada en la detección e intervención en casos de maltrato infantil. Ante la complejidad de este problema, y dentro de dicho equipo interdisciplinar, se encuentra el odontólogo. En la literatura, se ha encontrado un punto de vista general en el que se plasma que el maltrato infantil es bastante evidente y obvio, por lo que su reporte a las autoridades pertinentes sería relativamente fácil por parte del odontólogo. Sin embargo, parece ser que, ante la sospecha de la existencia de malos tratos en el paciente infantil, hay una baja tasa de denuncia por parte del odontólogo, bien por el desconocimiento de los signos y síntomas característicos o por la inseguridad del diagnóstico de maltrato o negligencia.³⁰

Lesiones intrabucales

Aunque como se ha referido, 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 6%. Las lesiones intrabucales consisten fundamentalmente en contusiones, lesiones en forma de abrasiones, laceraciones de mucosas, luxaciones, fracturas dentarias o pérdida del hueso alveolar con exposición de la raíz o ápice del diente temporal, y son fácilmente identificables en el examen estomatológico; en muchas ocasiones se originan a partir de un golpe dado en la boca del niño para tratar de silenciarlo porque grita o llora.³⁰

Las fracturas dentales múltiples, las luxaciones dentales laterales, la laceración de la mucosa en la parte interior del labio superior (cerca del frenillo) y el desgarramiento de la mucosa labial son signos típicos en estos casos; un golpe directo en la boca puede causar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, y dejar la marca de éstos en la parte interna de los labios e incluso provocar avulsiones cuando el golpe es muy fuerte. ²⁹

La erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarramiento del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarramiento será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que erosiones a nivel de mejillas y orejas. ^{29,30}

Lesiones por abuso sexual en el área orofacial

- Eritema o Petequias: sobre todo en la unión del paladar duro con el blando. Pueden acompañarse de un desgarramiento del frenillo lingual. Cuando no existe explicación aparente se puede sospechar que han sido originadas por felación.
- Gonorrea Oral o Perioral: su presencia en un niño prepuberal, es patognomónico de abuso sexual. Cuando en un menor se sospeche de una gonorrea, se deberán hacer los cultivos apropiados en la cavidad oral para descartarla, aunque no se observen lesiones.
- Semen en Cavidad Oral: este fluido puede permanecer en dicha cavidad, incluso varios días, después del abuso sexual. Por ello, ante un probable maltrato de este tipo, debe pasarse un hisopo de algodón por la mucosa oral y la lengua, para que luego el laboratorio certifique si hay restos o no de semen. ²⁸
- En los niños, el aislamiento de un organismo de transmisión sexual puede ser la primera indicación de que se ha producido abuso siempre que se descarte la transmisión perinatal e iatrogénica. La gonorrea causada por *Neisseria gonorrhoeae* se diagnostica mediante el cultivo de medios selectivos como fermentación de azúcar, sustancias enzimáticas, serológicas o hibridación de ADN. La sífilis puede mostrar pápulas en el

área del labio. Es raro ser detectable en la infancia. Una prueba positiva de *Treponema pallidum* sugiere altamente un abuso sexual. Infecciones por clamidia por clamidia tracomatis, tricomoniasis por *Trichomonas vaginalis* Vaginosis bacteriana por *Guardnerella vaginalis*, herpes por los virus del herpes simple 1 y 2 y VIH son pocas otras ETS comunes en las víctimas. ²⁹

- El *condiloma acuminatum* ocurre en el 10%-90% de los niños abusados sexualmente. La investigación incluye citología que eventualmente conduce a la biopsia para identificar la enfermedad. Se sabe que la detección de semen en la cavidad oral es posible durante varios días después de la exposición. La cadena de custodia debe mantenerse en todas las muestras presentadas para análisis forense.

- Negligencia dental, es la falta consciente y/o premeditada por parte de los padres, cuidadores o responsables del menor, en buscar y cumplir el tratamiento odontológico necesario para proporcionar al niño, el nivel de salud oral adecuado en el normal funcionamiento de la cavidad bucal, libre de dolor e infección; y la prevención de los efectos adversos que, de otro modo, pudieran aparecer en la comunicación, nutrición, aprendizaje y desarrollo de dicho menor. ²⁹

Se considerará que ya es negligente cuando, aquel padre, madre, cuidador o responsable del niño, después de haber sido debidamente informado por un profesional de la salud oral, acerca de la naturaleza, extensión y posibles complicaciones de la patología que presenta el menor; así como del tratamiento específico que precisa, los medios necesarios para obtenerlo e incluso, de cómo buscar los mejores recursos para conseguirlo, se niega a actuar o aceptar su ejecución.

En este apartado, una llamada de atención para algunos casos en que la negligencia parte del profesional, cuando, inadecuada e incomprensiblemente, aconseja al responsable del menor que presenta patología en la dentición temporal, el no tratarla y esperar al recambio dentario, aún a pesar de que su estadio sea muy temprano. ³⁰

Así pues, se sospecha de negligencia dental cuando en la exploración oral del niño, se encuentra lesiones como caries, de aparición temprana, extensas, múltiples y en distintas fases de evolución; infecciones, con abscesos y fístulas, repetitivos;

periodontitis, frecuentemente avanzada; restos radiculares, en ambas arcadas; apiñamientos dentarios, exagerados y con abundante placa bacteriana, entre otras.

La detección de estos indicadores debe realizarse mediante la observación, durante la consulta, de la conducta del niño y del adulto que lo acompaña y a partir de la valoración de la calidad de la relación entre ambos; además, se debe hacer una búsqueda sistemática de información acerca de la ocurrencia de maltrato. La obtención de esta información es compleja, no solo por el ocultamiento y la negación de los adultos temerosos de un castigo legal o de la censura social, sino también porque el propio niño puede negar el abuso por temor, por un sentimiento de lealtad hacia su familia o porque piensa que no le van a creer. La dificultad es aún mayor en los casos de abuso sexual, aunque a menudo es posible obtener información de manera indirecta o de testigos ajenos a la familia.³⁰

Abordaje odontológico del maltrato infantil

El odontólogo debe primero efectuar una breve inspección desde el momento que el menor entra a consulta. Se fijará en aspectos como limitación de movimientos, la indumentaria (por ejemplo, ropa que no corresponde a la temporada, como camiseta manga larga en pleno verano), y signos de malnutrición. Realizará un examen minucioso, para observar las área craneal, facial y bucal, pasando por una breve mirada a las extremidades. Durante la entrevista se registrarán todos los antecedentes, hallazgos, apoyos diagnósticos (radiografías, fotografías y dibujos anatómicos) en la historia clínica y las respuestas que reciban al indagar sobre la causa de las lesiones. Es importante recalcar que el odontólogo debe realizar una consulta lo menos traumática posible, para no agravar el problema del posible maltrato al que han sido víctimas los niños.³¹

El segundo paso es remitir el caso a otros profesionales de la salud (médico, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), advirtiéndoles de la sospecha de maltrato, quienes a su vez tienen la obligación como profesionales de la salud de denunciar o

llenar formularios donde manifieste la sospecha de maltrato. Después se remitirá a la autoridad correspondiente, quien será la responsable de iniciar la investigación, asignándola al médico u odontólogo forense para evaluar y certificar las lesiones encontradas.³²

Entre las principales señales de alerta que debe tener el especialista a la hora de realizar el examen físico y la anamnesis se encuentran:

El aspecto físico, si el niño se presenta en la consulta con características que indiquen carencia de cuidados o falta de higiene. De igual forma puede ser un signo de alerta el que el niño sea vestido con ropa muy abrigada en estaciones o temporadas de calor; esto sirve a los padres para esconder lesiones o hematomas. Es de vital importancia observar que los datos emitidos por el paciente y los padres o responsables coincidan; por esta razón es aconsejable hacer las entrevistas por separado para evitar el temor de los niños a represalias de los padres.³²

En cuanto a la conducta psicológica del paciente, este presenta por lo general síntomas de intrusión, ansiedad, indiferencia, miedo, cara triste, gestos de defensa al intentar aproximarse a él, así como llanto débil, pero sin habla. En el abuso infantil hay algunos marcadores de comportamiento, que son de particular importancia, por ejemplo, conducta sexual explícita impropia, comportamiento defensivo excesivo, porque el niño puede sentirse amenazado por el contacto físico excesivo o incluso por una conversación o una historia contada.^{31,32}

Karthika, describe una evaluación neurológica rápida, sistemática y significativa para dentistas que es esencial en estos casos. Esta evaluación incluye: observar la comunicación y las habilidades motoras del niño; permeabilidad de la vía aérea; obtención de un historial de pérdida de conciencia, cianosis o actividad convulsiva; obtención de signos vitales; observación de signos de rinorrea u otorrea; prueba rápida de los nervios craneales; y alertar a los padres sobre los posibles signos de daño neurológico.³³

Las lesiones orofaciales iniciales que acompañan a estos signos y síntomas deben tratarse, las derivaciones deben hacerse y llevarse a cabo antes de discutir el tema del

abuso infantil con los padres o tutores, ya que las recomendaciones de remisión y el seguimiento pueden ponerse en peligro si los padres o tutores se sienten amenazados.³³

ANEXO

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA MANAGEMENT OF FEAR AND ANXIETY IN PEDIATRIC PATIENTS WITH CHILD ABUSE IN THE DENTAL OFFICE

Emily De Nobrega,
Emilydenobrega19@gmail.com
Universidad José Antonio Páez.
San Diego, Carabobo-Venezuela.

Érica. Quijada,
Ericagabriela1908@gmail.com
Universidad José Antonio Páez.
San Diego, Carabobo-Venezuela.

Mari Uzcategui,
Mariyoslin22@gmail.com
Universidad José Antonio Páez.
San Diego, Carabobo-Venezuela.

Livia Segovia,
Litese68@gmail.com
Universidad José Antonio Páez.
San Diego, Carabobo-Venezuela.

Resumen

Objetivo: analizar los indicadores del maltrato infantil desde la consulta odontológica.
Metodología: esta investigación fue de tipo documental con diseño de estudio del arte, con un nivel de profundidad descriptivo. La búsqueda bibliográfica, se realizó en texto completo y en idiomas inglés, español y portugués en las principales bases de datos médicas, incluidas PubMed, Redalyc.org, Wiley, Scielo, Medline, utilizando palabras claves como Maltrato Infantil, Odontopediatría, indicadores de maltrato infantil, Child abuse, Pediatric dentistry, indicators of abuse, child. Se escogieron aquellas investigaciones relacionadas con el manejo psicológico de niños con signo de maltrato durante la consulta odontológica, artículos relacionados con identificación de los tipos de maltrato infantil, el manejo conductual y psicológico de niños en la consulta odontológica, relacionados a protocolo y tratamiento de odontólogos frente al maltrato infantil. Los estudios que no mostraron información lo suficientemente relevante en sus resúmenes, duplicados, artículos incompletos y no disponibles fueron excluidos. **Resultados:** entre los indicadores analizados se obtuvo las lesiones intrabucales y las lesiones por abuso sexual en el área orofacial, de los estudios el miedo y la ansiedad en los pacientes pediátricos son un factor que puede determinar un indicador de maltrato infantil, la detección oportuna de los signos y síntomas del abuso sexual, colocan al odontopediatra en una situación estratégica, con capacidad para reconocer, registrar y luego reportar aquellos casos considerados sospechosos. **Conclusión:** El odontólogo puede ser de gran ayuda a la hora de identificar el maltrato infantil por medio de hallazgos de lesiones bucales y peribucales.
Palabras claves: miedo, ansiedad, maltrato infantil, consulta odontológica.

CONCLUSIÓN

Se analizaron los indicadores del maltrato infantil desde la consulta odontológica, se obtuvo de los estudios que el miedo y la ansiedad en los pacientes pediátricos son un factor que puede determinar un indicador de maltrato infantil, la detección oportuna de los signos y síntomas del abuso sexual, muchas veces presentes en la región orofacial, colocan al odontopediatra en una situación estratégica, con capacidad para reconocer, registrar y luego reportar aquellos casos considerados sospechosos, incluyendo el tratamiento odontológico entregado. y el manejo psicológico-conductual intensivo, con el fin de lograr la aceptación por parte del paciente por lo demás muy ansioso de los procedimientos dentales preventivos y restauradores indicados. ⁴

Según estudios, el maltrato infantil representa un tema de gran relevancia social y mediática, de escala mundial y con una incidencia desconocida. Para el abordaje de esta entidad se precisa de un equipo multidisciplinar que se encargue del tratamiento integral de la víctima, del agresor y de toda la familia. Los resultados sugieren que los profesionales de la salud son capaces de identificar situaciones de maltrato infantil, sin embargo, existe una tendencia, común a ambos grupos, a asignar niveles promedio de severidad y frecuencia, facilitando que los profesionales identifiquen maltrato activo severo y leve, probablemente leve. debido a las marcas más visibles. Los médicos tienden a atribuir una mayor gravedad a las situaciones. En cuanto a las creencias relacionadas con el maltrato infantil, no existen de forma aislada y tanto los profesionales médicos como de enfermería identifican más de una atribuyendo diversas causas al maltrato., ¹⁰⁻¹⁴

Asimismo, estudios han revelado experiencias de ansiedad extensa de sobrevivientes de abuso sexual infantil, desencadenada por estímulos sensoriales como sensaciones, movimiento, músculos, tacto, vista, oído, olfato y gusto, asociados con procedimientos dentales per se, pero también estímulos sensoriales similares a traumáticos previos. experiencias. ¹⁸⁻²

Cuando las lesiones no coinciden con el relato de acontecimientos de los padres o

tutor ya se debe sospechar de maltrato infantil. Pero antes de empezar con la investigación del caso se debe atender al paciente tratando en lo posible que sea un tratamiento definitivo. La herramienta principal para realizar un buen diagnóstico es la historia clínica que realiza el profesional que incluye las entrevistas al padre, madre o tutor y a la víctima.

El trato a la víctima debe estar basado en la confianza, trato amable que permitirá la colaboración del paciente. El odontólogo puede ser de gran ayuda a la hora de identificar el maltrato infantil por medio de hallazgos de lesiones bucales y peribucales. Este deberá comenzar con la elaboración de una historia clínica completa que le pueda dar un panorama de cómo es el entorno que rodea al infante y así pueda detectar con mayor facilidad si sufre algún tipo de maltrato al momento de realizar la exploración física. Es importante que el odontólogo debe tener las herramientas y bases necesarias para darle a esta problemática la importancia que merece, y que de esta manera pueda ayudar al infante a tener una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondon, N. Rol del Odontopediatra frente a los indicadores de maltrato infantil. Tesis de grado. Carabobo, Venezuela: Universidad de Carabobo-Facultad de Odontología. 2019. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/8483/nrondon.pdf?sequence=1>
2. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Unicef - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. La niñez de Colombia en cifras (Internet). Unicef; 2002 Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>.
4. Gómez de Terreros I. Maltrato y abandono. 9th ed. Madrid. En: Cruz-Hernández M. Tratado de Pediatría. 9th ed. vol 2. Madrid: Ergon; 2006: p. 2096-106.
5. Susan A. Fisher-Owens, MD, MPH, FAAP, et al. "Oral and dental aspects of child abuse and neglect." *Pediatrics* 116.6 (2005): 1565-1568
6. Arrieta Vergara Katherine M., Díaz Cárdenas Shyrley, González Martínez Farith. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam* 2014;7(2): 103-111. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200004>.
7. Serrano MI, Tolosa ME, Forner L: (2001) Oral lesions due to child abuse. Identification of the problema and role of the profesional. *Med Oral*, (6): 36-49.
8. Escobar Alfonso, Castillo M. Ramón. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo. *Odontología Pediátrica*. Buenos Aires. Medica Panamericana. 2010
9. Laredo Abdala A. Maltrato en niños y adolescentes. Mexico. Editores de textos mexicanos. 2004.
10. Meneses K. Maltrato infantil, una realidad venezolana con consecuencias mortales. *Noticias toda hora*; 2020. Disponible en: <https://www.todosahora.com/noticias-de-venezuela/maltrato-infantil-una-realidad-venezolana-con-consecuencias-mortales/>

11. Soriano F. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS; 2015. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>
12. Barbería Leache E, Boj Quesada JR, Catalá Pizarro M, García Ballesta C, Mendoza Mendoza, A. Odontopediatría 2.ª edición. Ed. Masson, 2001.
13. World Health Organization, Report of the Consultation on child Abuse Prevention (document WIIO/IISC/PVI/99.1); (29-31 March); Geneva, Switzerland. WHO, 1999
14. Doria A, Navarro M. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil / Dentistry and Child Abuse Diagnosis. Universitas Odontologica, 2016; 35(74), 49–63. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi>
15. Baker, A. J. L. y Festinger, T. (2011). Adult recall of childhood psychological maltreatment: A comparison of five scales. Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma, 20, 69-88.
16. Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: Definición y Valoración de su gravedad. Psychosocial Intervention, 20(1), 25-44.
17. Martínez, A. y De Paúl, J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
18. Basile, K. C. y Smith, S. G. (2011). Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. American Journal of Lifestyle Medicine, 5, 407-417.
19. G, Perona G. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Odontol Pediatr. 2010; 9 (1): 78-94.
20. Al-Jundi SH, Zawaideh FI, Al-Rawi MH. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. J Dent Educ. 2010; 74 (10): 1159-65.
21. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos medico legales. Cuad Med Forense. 2010; 16(1-2): 53-63. Disponible en: Ktpp://scielo.isciii.es/Pdf/cm_f/v16n1-2/revision6.pdmsdmanuals.com/es-ve/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras
22. Costacurta, M., et al. Oral and dental signs of child abuse and neglect. ORAL & implantology 2015; 8.2-3: 68.

23. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: reporte de caso. *Int J Odontostomat.* 2014; 8(1): 167-73.
24. S.Karthika. "Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon`s guide". *Journal of forensic dental sciences*, 2018; vol. 10 issue 1.
25. Stirling J Jr, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119:126-30.
26. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent* 2013; 11:243-50.
27. Luna E. Maltrato infantil. *Rev Peruana Pediat.* 2004; 57(2):52.
28. Rupp R. Función del odontólogo al reportar el abuso y descuido infantil. *J Clínic Odontol.* 2002; 17(57):349.
29. Duda JG, Biss SP, Bertoli FM, Bruzamolin CD, Pizzatto E, Souza JF, Losso EM. Oral health status in victims of child abuse: a casecontrol study. *Int J Paediatr Dent.* 2017; 27(3): 210-16.
30. Percinoto AC, Daneleon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Conyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abuse child: a case report. *BMC Res Notes.* 2014; 23(7): 1-6.
31. Maclean MJ, Sims S, Bower C, Leonard H, Stanley FJ, O'Donnell M. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics.* 2017; 139(4): 1-10.
32. Turner HA, Vanderminden J, Finkelhor D, Hamby S, Shattuck A, Disability and Victimization in a National Sample of Children and Youth. *Child Maltreat.* 2011; 16(4): 275-86.
33. S.Karthika. "Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon`s guide". *Journal of forensic dental sciences*, 2018; vol. 10 issue 1.