

VIOLENCIA EN INFANTES Y TRAUMATISMOS DENTOFACIALES. REVISION BIBLIOGRAFICA

Dra. Yismai Baile Labrador¹, Dra. Yasmilda María Leyva Labrador², Dra. Adisnubia Ribeaux Chibas³, Dra. Marisel García Collado⁴, Dr. Angel Núñez García.⁵

RESUMEN

Los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica en el mundo y causa habitual de consulta en los Servicios de Urgencia Estomatológica, valorar el papel que desempeña la violencia como factor de riesgo y componente social del trauma dental en infantes, es un aspecto imprescindible para que los estomatólogos asuman un enfoque integral y una actitud comprometida y responsable ante evidencias clínicas de violencia en infantes. Dado el impacto social de este problema de salud, y teniendo en cuenta su magnitud y/o ascendencia como situación actual en el mundo y en nuestro país, nos propusimos realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de actualizar e influir en los estomatólogos sobre esta temática, como premisa fundamental para el diagnóstico integral del trauma dentofacial en infantes.

Palabras claves: TRAUMATISMOS DENTARIOS/ VIOLENCIA EN INFANTES.

INTRODUCCION

Hoy día los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica en el mundo. Estudios epidemiológicos realizados en diferentes países indican que los traumatismos dentales en niños están aumentando progresivamente y en forma verdaderamente alarmante en los

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente.*

² *Master en Atención Comunitaria. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

³ *Master en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁴ *Master en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de I Grado en Anatomía. Asistente.*

⁵ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Histología. Asistente.*

últimos años. Entiéndase por traumatismo dentario a una lesión de extensión, intensidad variable de origen accidental o intencional causado por fuerzas que actúan sobre el órgano dentario y los tejidos que lo rodean, pudiendo ser observadas o diagnosticadas a simple vista o con radiografía.

La prevalencia de los traumatismos dentales en niños es alta; un estudio realizado por Andreassen mostró que el 50 % de los niños tenían por lo menos un diente lesionado antes de terminar los estudios primarios.

La etiología del trauma dental en infantes es múltiple y diversa, entre ellas podemos encontrar el maltrato infantil, que es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación de algunos países.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aún cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente.

El maltrato es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social; en España, al no existir un registro oficial, no hay datos seguros, aunque en el año 2007 se evidenció que 1 de cada 1 000 niños sufre maltrato físico.

Levav y colaboradores afirman que en los Estados Unidos se notificaron 2.7 millones de casos de niños maltratados; citando a Tonella y Zuppinger⁷ mencionan que "...en Suiza, país que ha pasado siglos enteros sin guerras, un tercio de los padres imponen castigos corporales a sus hijos."

Martínez⁸, citando a Gallayher, refiere: "...La frecuencia de maltrato infantil es alta, 18 % de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato, muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. En EUA 4 000 niños mueren al año debido a lesiones causadas por un adulto..."

Según UNICEF en América Latina y el Caribe no menos de 6 millones de niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por violencia intrafamiliar.

Cuba no está exenta de la ocurrencia de maltrato infantil, se han registrado estudios en La Habana¹⁰ demostrando en consulta de urgencias que una parte significativa acuden por esta causa dentro de la que predomina la intoxicación exógena secundaria a negligencia y un pequeño número recibieron lesiones provocadas de manera intencional por la madre en su mayoría y detectándose alta frecuencia de trastornos emocionales en la familia y alcoholismo. Además, se estudiaron causas de muerte extrahospitalarias en lactantes poniéndose de manifiesto maltrato en el 40 % de los casos (47 % intencional y 52 % por negligencia).

En Santiago de Cuba se demostró en niños de 8 a 10 años pertenecientes a un área de salud, que el 56,3 % de ellos son víctimas de violencia intrafamiliar.¹¹

Abordando el objeto violencia en infantes como factor de riesgo del trauma dental en infantes pretendemos acercarnos a la necesidad cotidiana del conocimiento aplicado en la Atención Primaria de Urgencias en Estomatología, en torno al cual, deben actuar, orientarse y tomar decisiones estos profesionales de la salud.

DESARROLLO

Al abordar el maltrato infantil (MI) se presentan diversos problemas, el primero de ellos es el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática. Este es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, al respecto, Manterola afirma que el maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad.

El MI se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

La violencia entendida como Emergente Social es un problema de toda la sociedad, de manera que no se reduce a una institución o a un grupo de instituciones parciales en tanto la vida familiar plena, la educación en el niño, la cultura, sus condiciones materiales y espirituales de vida, son factores indisolublemente ligados con su salud física y psicológica que le permitirá proyectarse de igual forma en la sociedad.

Los estudios realizados en varios países señalan que el MI es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre. Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez.

El adulto agresor, que por lo general también ha sido víctima de maltrato, tiene poca capacidad de enfrentarse a las situaciones de la vida (nerviosismo, cólera, frustraciones) y, a menudo, no tiene conciencia verdadera de su actitud violenta. El maltrato suele ser producido por los padres, en particular la madre, los tutores, o cuidadores de los niños.

Si tenemos en cuenta que existe una estrecha relación entre el maltrato en todas sus variantes y el desarrollo biopsicosocial del niño, así lo demuestran los estudios realizados en estas áreas lo que puede traducirse en problemas escolares, tanto en el plano cognitivo como en el de la interacción social, y en alteraciones de la conducta manifestadas por agresión y retraimiento. Aspectos que influyen en el estado de salud del niño, ya que la salud no es solo bienestar físico, sino también psíquico y social y aunque en nuestro país no se conoce la prevalencia exacta de niños maltratados y los estudios que existen sólo muestran facetas parciales de este problema, es necesario establecer estrategias adecuadas para su detección, donde el estomatólogo jugaría un gran papel, si con un enfoque integral, clínico, epidemiológico y social tratara los traumatismos dentales en niños, que con tanta frecuencia acuden a nuestros servicios de urgencias.

Los padres que maltratan a sus hijos llevan raramente al niño al mismo médico, sin embargo no son tan cautos o precavidos con los estomatólogos. De ahí la importancia que ante un traumatismo dentofacial el estomatólogo conozca y explore una serie de datos que le puedan hacer sospechar la evidencia de maltrato. Así, es de gran valor la consideración cuidadosa de las siguientes circunstancias. Estos pacientes pueden acudir a las consultas médicas en busca de tratamiento para estas lesiones al ser menos graves o bien por otras razones, como evitar la sanidad pública donde se hacen más preguntas.

En el niño preescolar, el proceso alveolar tiene espacios medulares grandes y es relativamente flexible. Además, el ligamento periodontal que actúa como una "hamaca fisiológica" es muy elástico, permitiendo que ante un ligero traumatismo, los dientes, al no estar firmemente sujetos, se desplacen en vez de fracturarse.

En alguna investigación realizada en niños de 9 a 11 años la causa más frecuente de lesiones dentales son los hechos violentos, suponiendo el 42.5 % de todos los traumatismos, lo que constituye un serio problema de salud pública dental; las lesiones se caracterizan por afectar fundamentalmente al ligamento periodontal (luxaciones laterales, avulsión) aunque también son frecuentes las fracturas de la raíz o del proceso alveolar.

En lo que respecta a las agresiones físicas, a pesar de que sigue siendo aceptada la denominación de "Síndrome del niño maltratado", algunos autores prefieren denominar a las lesiones que acompañan al cuadro, como "lesiones no accidentales."

Respecto a las características del niño maltratado, los índices más altos (74.8 %) se dan cerca de los 3 años, y afectan a los que necesitan más atenciones (en particular los discapacitados), los hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los 3 años y entre los 8 y 11; mientras que en el género femenino es más frecuente a los 3 y 9 años.

El síndrome del maltrato infantil (SMI) es un importante problema de salud de carácter universal. Su identificación es un verdadero reto para el médico, pues la historia clínica recogida en los servicios de urgencia, es muchas veces inexacta, engañosa y los hallazgos al examen físico son en muchas ocasiones inespecíficos.

SIGNOS DE SOSPECHA DEL MALTRATO EN INFANTES

- 1) El aspecto físico (ropa, higiene externa, pelo) suele ser lo que denominaríamos "niño sucio", lo que podría demostrar una carencia de cuidados afectivos en su bienestar.
- 2) Casi siempre van a solicitar tratamiento con muchas horas, a veces días, después de ser golpeados.

- 3) Los padres alegan en un porcentaje alto lesiones accidentales. Curiosamente no suelen relatar que las lesiones se deban a peleas con compañeros, en la escuela o en los círculos infantiles.
- 4) Existe discrepancia marcada entre los datos referidos por los padres y los que se obtienen por la inspección y la exploración.
- 5) La actitud del niño suele ser de indiferencia. A menudo su cara es triste y temerosa. Puede esbozar gestos de defensa al intentar aproximarnos a él. Durante la exploración lo encontramos apático, no habla aunque se le escape alguna lágrima. Parece cansado y de mayor edad de la que tiene. Durante el tratamiento tiene un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.
- 6) Es frecuente encontrar un retraso psicomotor para su edad, debido a su escasa estimulación psicológica y afectiva por parte de la madre.

LESIONES CARACTERISTICAS

No todas las lesiones se van a localizar en la boca, ni todas van a corresponder al niño maltratado, pero el estomatólogo informado debería de sospecharlo al cotejar un conjunto de signos. Los más destacados son:

Lesiones cutáneas

Son una de las expresiones clínicas más concretas y frecuentes ya que es en la piel donde el niño recibe gran cantidad de golpes. Las peculiaridades de las lesiones delatan su carácter no accidental. Así se observan contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en zonas no prominentes (orejas, mejillas), hematomas periorbitarios (imagen del antifaz) de tipo intencionado, aunque la unilateralidad no descarta una acción deliberada.

Quemaduras

Suponen hasta el 10% de las lesiones físicas por maltrato. Las de la zona orofacial pueden estar originadas por la toma forzada de alimentos demasiado calientes o sustancias cáusticas.

Mordeduras

Si es producida por un humano, muestra un patrón elíptico u ovoide en la piel, a diferencia de las mordeduras animales, que dejan un patrón de arcada más triangular. Las mordeduras que no producen herida son visibles sobre las 24

horas, mientras que en las que sí hay, la huella permanece varios días en función del espesor del tejido; en tejidos delgados duran más tiempo.

Lesiones intrabucales

Aunque como hemos 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 %.

Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores y, de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico.

Si se golpea la boca de forma directa, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores con la marca de los mismos en la parte interna de los labios.

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 felación.

El examen radiográfico también nos puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50 % de los pacientes suele ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración radiográfica podemos encontrar evidencia de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo.

PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL NIÑO

Principio de beneficencia

El estomatólogo siempre debe actuar por el bien del infante, indagando exhaustamente en la anamnesis y en el examen clínico, respondiendo a sus necesidades psíquicas, físicas y terapéuticas como a sus exigencias sociales, emocionales y espirituales.

Principio de no maleficencia

Defender al niño de abusos, negligencias que aparecen cada vez con mayor frecuencia en entornos del infante, aplicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios. Cuando un estomatólogo atiende un trauma dentofacial en un niño en los servicios de urgencias y no recaba en la búsqueda exhaustiva de evidencias ante signos de sospecha de maltrato en infantes, está dejando al niño a su suerte y sin ayuda.

Principio de la discreción

El personal estomatológico debe mantener en secreto su sospecha, haciendo un interrogatorio exhaustivo hasta tener la total certeza con evidencias claras de maltrato en el infante. No obstante, debe activar el grupo básico de trabajo y el mecanismo legal de ser comprobado.

Principio de la justicia

Se refiere a la necesidad de tomar decisiones acertadas ante evidencias certeras de maltrato en niños, dando solución a los dilemas de la asistencia médica. El estomatólogo debe garantizar todos los medios para que los niños puedan tener acceso a los cuidados necesarios sin prejuicios de ningún tipo, entre ellos:

Rehabilitación: Es uno de los aspectos más importantes de los cuidados que reciben los niños que han sido víctimas de la violencia, para ayudarlos a vivir con la mayor autoestima posible. Los estomatólogos no deben circunscribirse solamente a la terapéutica y rehabilitación funcional y estética del niño ante cualquier variante de trauma dentofacial, sino que debe activar el equipo básico de trabajo en salud. Esto debe llevarse a cabo con especialistas en Psicología, médicos, pediatras, trabajadores sociales, o sea, un equipo multidisciplinario, un equipo que debe tener en cuenta para intervenir con implicación médica, psicológica y legal necesarias.

FUNCION DEL ESTOMATOLOGO ANTE MALTRATO EN INFANTES

En primer lugar, es necesaria la sensibilización por parte de los estomatólogos: la violencia doméstica es un problema de salud y como tal nos atañe.

"El estomatólogo tiene una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir"

Por eso recomendamos a los estomatólogos permanecer alertas en busca de signos de maltrato en infantes y no solo a los médicos, sino también pudiéramos incluir al personal que atiende los niños.

Recomendaciones básicas para los estomatólogos de la atención primaria:

- Identificar niños de riesgo: Baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen o disfunciones familiares.
- Identificar cuidadores con perfil de riesgo de maltratadores (personas violentas y controladoras, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen, abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar).
- Estar alerta ante demandas que puedan ser una petición de ayuda no expresa por el infante.
- Una vez diagnosticado el maltrato poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, agresor y familia en general. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer plan de actuación.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en el niño y agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, servicios especializados y pediatra si fuera necesario.
- Realizar informe médico-legal si procede.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreassen JO, Andreassen FM. Dental traumatology: quo vadis. Tandlaebladent 2001; 93:381-4.
2. Marcenes W, Al Beiruti N, Tayfours D, Issas S. Epidemiology of traumatic injuries to the permanent incisors of 9-12 years old schoolchildren in Damascus, Syria. End Den Traumatol 2002 June; 15:117-23.
3. Andreassen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent in a Danish population sample. Int J Oral Surg 2001; 1:235-9.
4. Martínez MM, Reyes RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 2005; 50:557-563. [Links]
5. Barreto PL, Suárez OE. Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva internacional. Bol Oficina Sanit Panam 2007; 121:123-137. [Links]
6. Levav I, Guerrero R, Phebo L, Coe G, Cerqueira MT. El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? Bol Oficina Sanit Panam 2005; 120:229-239. [Links]

8. **Martínez Gómez C.** Maltrato psicológico infantil: en que tiempo puede cambiarse la mente de un niño. Mesa Redonda Informativa. La Habana: Casa Editorial Abril; 2004.
9. **UNICEF.** Propuesta de acción. [homepage en Internet] (Citado 14 Abril 2005). Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
10. **García García FE, Pérez Martínez T, Perea Corral J, Núñez Wong-Shue J.** Muerte extrahospitalaria en menores de 1 año. Rev Cubana Pediatr. 2001; 73 (4).
11. **Blanco Tamayo I, Salvador Alvarez S, Cobián Mena A, Bello Sánchez A.** Maltrato intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN 2000; 4(3): 30-37.
12. **Manterola MA.** La prevención del maltrato a los menores en México. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 2005; I: 173-184. [Links]
13. **Santamaría GR.** El maltrato infantil o maltrato social. En: El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 2004, II:201-206. [Links]
14. **Loredo AA, Oldak SD, Carbajal RL, Reynes MJ.** Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; 47:91-95. [Links]
15. **Report of the consultation child abuse prevention.** 29-31 March 1999. WHO. Geneva. Ginebra. Organization Mundial de la Salud, 2002 (document WHO/PVI, 999.1).
16. **Foncerrada-Moreno M.** El niño víctima de maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 20:457-469. [Links]
17. **Ulate-Mora F, Madrigal-Tellini S.** Maltrato a menores en una comunidad costarricense. Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 48:355-360. [Links]
18. **Loredo-Abdalá A, Reynes-Manzur J, De Martínez CS, Carbajal-Rodríguez L, Vidales-Bayona C, Villaseñor-Zepeda J.** El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Bol Med Hosp Infant Mex 2008; 43: 425-434. [Links]
19. **Lesnik-Obertein M, Arend JK, Cohen Leo.** Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. Child Abuse Negl 2005; 19:33-49.
20. **Forward S.** Las deidades parentales. Padres que odian. México, D.F.: Grijalbo, 2007. [Links]

21. Osorio CA. El niño maltratado. 2a. edición. México, D.F.: Trillas, 2007. [Links]
22. Maher P. El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México, D.F.: Grijalbo, 2006. [Links]
23. Kempe RS, Kempe HC. Niños maltratados. 3a. edición. Madrid: Morata, 2005. [Links]
24. Kempe HC, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA 2004; 181:105-112. [Links]
25. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas, 2006. [Links]
26. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse and neglect. Pediatrics 2006; 2:348-50.
27. Informe sobre la prevalencia del trauma dental en niños en España. Centro Reina Sofía: Madrid, Enero 2004.
28. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. Papel del Pediatra. Anales Españoles de Pediatría 2007; 52:548-53.
29. Valenzuela J, Hernández GL, Sánchez SJJ. Quejas psicósomáticas y comportamiento de adolescentes en función de abuso sexual en la niñez. Arch Hispanoam Sexol 2006;1:201-224. [Links]
30. Lemus Lago ER. Retos de la ética médica en la Atención Primaria de Salud. Centro Félix Varela. La Habana. 2007: 130-14.
31. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 2006.
32. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Búho, 2007. Uzorskis B. Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires: Letra Viva, 2004.
33. Musso, C; Enz, PA. Bioética en pediatría etarismo versus futilidad. Navegando entre Escila y Caribdis / Bioethic in childrensi: etarism and futility. Sailing between Escila and Caribdis Fuente: Rev. Hosp. Ital. B. Aires (2004);26(3):117-118, oct. 2006.
34. Amor V, Alberto; Sánchez G, P. Bioética y atención al niño / Bioethics. Aging and assistance to the elderly: Rev. sanid. mil;53(1):56-61, ene.-feb. 2008.