

Violencia hacia las infancias: una oportunidad de detección en la consulta odontológica

Jorgelina Valente¹ , Melisa Velazquez¹ .

Resumen: Introducción: La violencia hacia las infancias es un problema de salud pública que puede ser detectado en consultas odontológicas, ya que se estima que el 65% de las lesiones ocurren en la cara y el cuello. En Argentina la bibliografía y las experiencias registradas desde la Odontología son escasas, de modo que este trabajo surge de la necesidad de contar con una herramienta que visibilice la problemática y facilite su abordaje. **Objetivos:** Realizar recomendaciones para la detección y abordaje de las violencias a las infancias a partir de la consulta odontológica mediante el desarrollo de una Guía teórico-práctica. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de estudios que vinculan el maltrato infantil con la atención odontológica. A partir de ello, se elaboró una Guía que posee información epidemiológica, marco teórico y legal, y recomendaciones para la detección y abordaje de maltrato físico, psicológico, violencia sexual y negligencia. **Resultados:** Los odontopediatras están en una posición única para detectar signos de violencia infantil durante las consultas. **Conclusiones:** Es crucial que los profesionales de la salud, incluyendo odontólogos, estén capacitados para identificar y actuar ante signos de violencia infantil.

Palabras clave: Maltrato infantil, Odontopediatría. Maltrato a los niños, atención odontológica.

Violência contra crianças: uma oportunidade de detecção na consulta odontológica

Resumo: Introdução: A violência contra crianças é um problema de saúde pública que pode ser detectado em consultas odontológicas, pois 65% das lesões ocorrem na face e no pescoço. Na Argentina, a bibliografia e as experiências registradas na Odontologia são escassas, por isso este trabalho surge da necessidade de contar com uma ferramenta que torne o problema visível e facilite sua abordagem. **Objetivos:** Fazer recomendações para detecção e enfrentamento da violência contra crianças a partir de consultas odontológicas por meio da elaboração de guia teórico-prático. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos que vinculam os maus-tratos infantis ao atendimento odontológico. Com base nisso, foi elaborado um Guia que contém informação epidemiológica, enquadramento teórico e legal, e recomendações para a detecção e abordagem do abuso físico, violência sexual e negligência. **Resultados:** Os odontopediatras estão em uma posição única para detectar sinais de violência infantil durante as consultas. **Conclusões:** É fundamental que os profissionais de saúde, incluindo dentistas, estejam treinados para identificar e agir diante dos sinais de violência infantil.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, Odontopediatría. Maus-tratos a crianças, atendimento odontológico.

¹ Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín. Argentina.

Violence against children: an opportunity for detection in dental consultations

Abstract: Introduction: Violence against children is a public health issue that can be detected during dental consultation, since it is estimated that 65% of injuries occur on the face and neck. In Argentina, the bibliography and experiences recorded from Dentistry are scarce, so this work arises from the need to have a tool that makes the problem visible and facilitates its approach. **Objectives:** Make recommendations for detection and addressing of child abuse from dental consultation through the development of a theoretical-practical Guide. **Materials and Methods:** A bibliographic review of studies linking child abuse to dental care was conducted. Based on this, a Guide was prepared that has epidemiological information, theoretical and legal framework, and recommendations for the detection and addressing of physical abuse, sexual violence and neglect. **Results:** Pediatric dentists are uniquely positioned to detect signs of child abuse during consultations. **Conclusions:** It is crucial that healthcare professionals, including dentists, are trained to identify and act on signs of child abuse.

Key words: Child abuse, Pediatric dentistry. Child abuse, dental care.

Introducción

La violencia hacia las infancias constituye un problema social y de salud pública de gran magnitud, que precisa ser abordado desde cada efector de salud. En lo que respecta a la atención odontológica, es importante resaltar el rol privilegiado que tiene la Odontopediatría para la detección temprana de maltrato y abuso, ya que algunos estudios sugieren que el 65% de las lesiones se encuentran ubicadas en cara y cuello.¹

Resulta necesario que los equipos de salud cuenten con las herramientas teórico-prácticas que garanticen un abordaje oportuno y adecuado de esta problemática, evitando incurrir en el agravamiento de la situación ya sea por la detección tardía o por intervenciones desafortunadas.

A partir de esta necesidad, se realizó una extensa revisión bibliográfica que evidenció la escasa producción teórica que existe en Argentina vinculando las violencias con la atención odontopediátrica. Con el fin de organizar la información recabada y de

brindar una propuesta de intervención útil, se confeccionó una Guía que tiene como objetivo aportar elementos para la detección y abordaje de las violencias hacia las infancias. La misma fue elaborada de forma interdisciplinaria (trabajo social y odontopediatría, con aportes de medicina pediátrica y psicología), y deseamos que sirva como incentivo para futuras investigaciones.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica tanto virtual como bibliotecaria durante los años 2022 y 2023. La búsqueda se centró en tres tipos de fuentes. En primer lugar, Informes oficiales internacionales, nacionales y locales con estadísticas actuales respecto de las violencias hacia niños, niñas y adolescentes. En segundo lugar, se identificaron manuales y libros de referentes en la temática con el fin de definir las categorías teóricas troncales, y las líneas de abordaje acorde a ellas. Por último, se identificaron artículos odontológicos que desarrollaban una

sensibilización de la problemática a partir de reportes de casos o sistematización de indicadores bucales asociados a las violencias. La revisión contempló textos de habla hispana e inglesa, seleccionando veintisiete documentos en total, siendo en su mayoría latinoamericanos y españoles.

Desarrollo y Discusión

La revisión narrativa será expuesta a modo de Guía, y la misma se encuentra estructurada de la siguiente manera: en una primera sección se brinda en encuadre epidemiológico y teórico, para luego pasar a una segunda sección que sistematiza los indicadores bucales y conductuales que motivan la sospecha de una situación de violencia. En una tercera instancia se brinda una propuesta de intervención que contempla la realización de una evaluación preliminar para determinar las líneas de intervención más adecuadas. Esta Guía fue pensada en el marco del funcionamiento de un efector público de salud y pretende constituirse como una herramienta para ser utilizada y adaptada según las características de cada país e institución.

PRIMERA PARTE

Datos epidemiológicos

Las estadísticas mundiales, nacionales y locales arrojan datos similares en torno a la cantidad de casos relevados de violencia hacia las infancias. Esto da cuenta de la alta prevalencia de la problemática.

A nivel mundial, por ejemplo, UNICEF publicó que, sobre la base de 30 países, 6 de cada 10 niños, niñas y adolescentes (NNyA

en adelante) se encuentran sometidos a algún tipo de trato violento². A su vez, la Organización Mundial de la Salud, dio cuenta de la mayor probabilidad que tienen NNyA con discapacidad de sufrir algún tipo de maltrato³. De la misma manera, UNICEF estima que en América Latina existen, al menos 6 millones de NNyA maltratados severamente, de los cuales ochenta mil mueren anualmente a consecuencia de violencia², por ello el maltrato infantil es reconocido por la OMS/OPS como un problema de Salud Pública.

A nivel nacional, en Argentina el Programa "Las víctimas contra las violencias" del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a partir de consultas a través de la línea 137 y una línea de *Whatsapp* entre los meses de octubre 2020 y septiembre 2021, recabó la siguiente información⁴:

- De un total de 15.118 consultas, donde se registraron 20.520 víctimas, 9.989 fueron NNyA.
- De las consultas por violencia familiar, 1 de cada 10 fue realizada desde comisarías, Hospitales y otras instituciones. Las denuncias de Hospitales a las líneas fueron del 0,5% por violencia familiar y 0,9% por violencia sexual.
- La mayoría de las víctimas NNyA totales (6 de cada 10) siguen siendo de género femenino, y la diferencia según género se amplía a mayor edad.
- Del total de NNyA, 61 víctimas tenían discapacidad, casi la mitad 47,6% adolescentes y de género femenino
- En relación con los agresores, en situaciones de violencia familiar, 8 de cada 10 NNyA fueron agredidas/os

por su padre o madre. Mientras que, en situaciones de violencia sexual, 7 de cada 10 fueron violentadas por alguien de su entorno cercano. Dentro de los agresores sexuales con vínculo familiar, 4 de cada 10 NNyA víctimas fueron agredidas por su padre o padrastro, y 3 de cada 10 por su tío, abuelo y/o hermano

Ahora bien, en lo que respecta a la Ciudad de Buenos Aires, el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires informó en el 2022 que el 62% de sus intervenciones correspondieron a situaciones de violencia. De este total, el 40% estuvo dirigido a NNyA testigos de violencia familiar, el 31% por maltrato físico, el 18% por maltrato psicológico, el 17% por negligencia, y el 19% por abuso sexual.⁵

Marco teórico: aspectos generales de las violencias hacia niños, niñas y adolescentes

La Organización Mundial de la Salud define al maltrato infantil como:

“... todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”⁶

¿Cómo reconocemos que nos encontramos frente a una situación de violencia? Según esta primera definición, deben estar presente al menos dos componentes: la existencia de una relación desigual de poder (ya sea por edad, género, etnia, clase social, etc.) y la presencia de un daño real o potencial. Esto quiere decir que los actos violentos no necesariamente son agresivos, sino que desarrollan diversos mecanismos

que buscan el sometimiento de la otra persona. Partiendo de esta idea, utilizamos la noción de violencia para dimensionar la relación desigual de poder en la que se inscriben, siendo el maltrato infantil una modalidad de ésta.

Ampliando un poco más este concepto, el maltrato infantil incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia). Por eso adherimos a la conceptualización brindada por el médico Díaz Huertas, quien lo delimita como "La acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones, o la propia sociedad".⁷

En la actualidad podemos identificar los siguientes tipos de violencia hacia las infancias:

Maltrato físico:

Toda acción u omisión que genera daño físico real o potencial en NNyA. Incluye golpes, zarandeos, quemaduras, mordeduras.

Maltrato emocional o psicológico:

“...ataque realizado por un adulto sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social del niño mediante un patrón de conducta psicológicamente destructivo y que se manifiesta mediante cinco formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper”.⁸

Violencia sexual:

“La implicación de niños y adolescentes dependientes y con un desarrollo inmaduro en actividades sexuales que no comprenden

por completo, a las que son incapaces de dar su consentimiento o que violan los tabúes o roles familiares”⁹. Estas actividades pueden implicar o no contacto físico, ya que la exhibición del cuerpo desnudo o parte de él a un NNyA es considerado un acto violento.

Según Baita y Moreno¹⁰, las siguientes acciones constituyen violencia sexual:

- La utilización del NNyA y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico, aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima.
- Tocar al NNyA en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Hacer que el NNyA toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella.
- Contacto oral-genital del adulto al NNyA.
- Contacto oral-genital del NNyA al adulto.
- Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del NNyA o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo).
- Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- Coito.

En relación a la violencia sexual es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- * La agresión puede ser intrafamiliar o extrafamiliar. La mayor cantidad de casos se producen en el ámbito familiar.

- * Un gran porcentaje de las agresiones sexuales no causan lesiones físicas observables o permanentes, de allí la complejidad en su evaluación.
- * El silenciamiento es una característica transversal en la violencia sexual, ya que el/la abusador/a utiliza estrategias de amenaza o coerción que suelen operar en NNyA obstaculizando su develamiento.
- * El develamiento de la agresión sexual puede ser accidental (a través de juegos, dibujos, por lesiones físicas, etc.) o puede ser intencional a través de su relato.
- * Teniendo en cuenta las fases de develamiento según Sorensen y Snow, es posible que se produzca una retractación por parte del NNyA. Esto no significa que el abuso no se haya producido.
- * La agresión sexual es un tipo de violencia, pero no necesariamente puede producirse de manera violenta.
- * El develamiento de una situación de violencia sexual acarrea un quiebre en el equilibrio familiar, generando un momento de crisis que es necesario acompañar. Sobre todo, teniendo como objetivo el fortalecimiento del adulto protector no ofensor.

Abandono y negligencia física:

Asociado a las dificultades que tienen los cuidadores para satisfacer las necesidades de higiene, alimentación, vestimenta, atención y salud, aun contando con los medios para garantizarlo. Es importante señalar que la Ley 114 de la Ciudad de Buenos Aires¹¹, establece en su artículo 26 que la carencia de recursos materiales no constituye causa para la separación del NNyA de su grupo familiar. Más bien, el Estado debe garantizar las políticas públicas

para el desarrollo adecuado tanto del NNyA, como de su grupo familiar.

Algunos indicadores para tener en cuenta son desnutrición, falta de higiene, ausencia de controles médicos periódicos, dilación en la atención ante accidentes domésticos, la ausencia de escolarización.

Síndrome de Munchausen por poderes (by proxy):

Sucede cuando una persona encargada del cuidado de un NNyA (suele ser la madre, con conocimientos médicos) provoca en éste síntomas o los simula, debiendo ser sometido a procedimientos diagnósticos considerablemente invasivos¹².

Ser testigo de violencia parental:

Hay investigaciones que demuestran que NNyA que presencian violencia en la pareja evidencian los mismos síntomas traumáticos que quienes sufrieron maltrato o abuso sexual¹³. Además, se incorporan patrones violentos de vinculación, junto a una naturalización de los mismos.

Maltrato prenatal:

“...todo acto que, de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo...”¹². Esto incluye las conductas realizadas voluntaria o involuntariamente por la madre, la violencia física a la mujer durante el embarazo, que algunas veces se manifiesta por la ausencia de controles prenatales.

Explotación sexual:

Consiste en el intercambio comercial o de

bienes (tangibles o intangibles) a cambio de favores sexuales a partir de un adulto que aprovecha la situación de vulnerabilidad socioafectiva de un NNyA.

Explotación laboral:

Aquellas actividades productivas que realizan NNyA, en condiciones de riesgo y sin la remuneración correspondiente. Generalmente impide su escolarización como así también su desarrollo saludable tanto física como psíquicamente.

Grooming:

Es el acoso sexual a NNyA a través de internet y las redes sociales. Esto puede involucrar el envío de fotos, videos y el intento de encuentro físico por parte del adulto.

Maltrato institucional:

Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción u omisión, procedente de los poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulneren los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Incluye la falta de agilidad en la toma de medidas de protección¹⁵.

SEGUNDA PARTE

Se proponen cuatro momentos en la atención con el fin de ordenar los indicadores a tener en cuenta para la detección de violencias. Es importante aclarar que estos momentos no son lineales, sino que pueden desarrollarse en distintas instancias de la atención.

Detección en la atención odontológica

Primer momento: Elaboración de la Historia Clínica

“Todo diagnóstico depende de una buena historia clínica, esto es especialmente válido para el maltrato infantil, ya que la historia puede aumentar significativamente el índice de sospecha del clínico”.¹⁶

Por ese motivo, proponemos los siguientes lineamientos para elaborar la Historia Clínica¹⁴:

- Consignación/Actualización de datos personales del NNyA y de adulto acompañante.
- Correcta anamnesis del NNyA, registrar en forma completa la historia clínica del NNyA con antecedentes médicos actuales y pasados.
- Confección de odontograma detallado con el fin de detectar lesiones actuales o posibles variaciones del estado bucal durante el tratamiento. Incluir signos asociados a mucosa y piel.
- Relevamiento y registro de información clínica importante, como así también cualquier aspecto que llame la atención. Registrar cualquier hallazgo físico, tipo de lesión, número, ubicación, tamaño, documentar detalladamente usando esquemas o dibujos. La anamnesis, acompañada de la radiología y fotografía ayudará al correcto diagnóstico y serán una prueba imprescindible en la denuncia de los casos¹⁶.

Si no hay autorización por parte de los cuidadores para fotografiar al NNyA, debe quedar asentado en la Historia Clínica.

Segundo momento: Exploración extraoral

a) Observación del estado general del NNyA:

- Higiene personal.
- Vestimenta: ¿usa ropa de abrigo en clima caluroso?
- Estado anímico: retraimiento, excitación, temor, cambio repentino de conducta en el tiempo.
- Conducta: ¿imitaciones al movimiento o al tratar de sentarse?
- Acompañante: vínculo, modo de relacionarse con el NNyA, explicación brindada en relación al pedido de atención, ¿hubo demora en la solicitud de atención? (Guardia de Urgencias)

b) Luego pasar a la exploración de cabeza, rostro, cuello, orejas y piel.

A continuación (Cuadro 1), se presenta una descripción de las lesiones que se podrían encontrar por fuera de la cavidad bucal.

Tercer momento: Exploración intraoral

Luego de la exploración externa, inspeccionar la cavidad bucal en su totalidad. En el cuadro 2, se presentan lesiones que son posibles indicadores de negligencia, agresión sexual o maltrato físico.

Es importante destacar que, para confirmar la sospecha de cualquiera de estos tipos de maltrato, deben realizarse pruebas complementarias y una evaluación preliminar a través de entrevistas que contextualicen los indicadores. Es decir, la mayoría de estos indicadores son

Cuadro 1. Descripción de las lesiones que se podrían encontrar por fuera de la cavidad bucal

| Lesión | Manifestación |
|--------------------------------|---|
| Hematoma, contusiones | Suelen ubicarse en áreas no prominentes, como orejas y mejillas |
| Quemadura | Marcas delimitadas por quemadura ya sea por la forma del cigarrillo o por inmersión en líquido caliente |
| Amordazamiento | Marcas adyacentes a la boca (Hematoma peribucal) |
| Golpe | Fracturas múltiples, lesión con la forma de objeto o instrumento con el que se produjo el golpe, líneas paralelas compatibles con cinturón o cable eléctrico. |
| Amarramiento/ estrangulamiento | Marcas de lazos o líneas paralelas por amarre, pueden estar ubicadas alrededor de las muñecas, tobillos o cuello |
| Tirones de pelo; alopecia | Petequias en cuero cabelludo, o dolor a la palpación en el cuero cabelludo |
| Mordedura | Patrón elíptico y ovoide en la piel, a diferencia de las mordeduras por animales cuya arcada es triangular. Puede distinguirse entre una mordedura de niño o adulto por el tamaño de la arcada. La distancia intercanina normal va de 2,5 a 4cm. Las marcas de los caninos son la parte más notable o profunda de la mordida. Distancias intercaninas menores de 2,5 cm sugieren que fueron producidas por niños con área central de equimosis causada por dos posibles fenómenos, rotura de vasos pequeños, debido a la presión positiva ocasionada al momento del cierre o por la presión negativa causada por la succión y la presión de la lengua (American Board of Forensic Odontology, March 2015). |
| Lesiones Oculares | Hemorragia en la esclerótica: es un leve sangrado que aparece en la esclerótica del ojo Ptosis palpebral: caída del párpado superior, que cubre total o parcialmente el ojo |

Fuentes utilizada para la elaboración del cuadro: Dubowitz y Lane S/R²; Morales Chavez, 2008³; American Board of Forensic Odontology, March 2015¹⁷.

inespecíficos y no pueden considerarse de manera aislada. Se sugiere prestar atención a la evolución de las lesiones para incluirlo como indicador.

Cuarto Momento: Escucha activa-Observación de indicadores conductuales

Durante la atención, la o el profesional puede observar aspectos conductuales del NNyA que también sean tenidos en cuenta como manifestaciones de algún tipo de violencia. Los relatos del paciente y del adulto acompañante resultan importantes

para detectar incongruencias en las explicaciones de los hechos, como también aportar insumos relevantes a la evaluación preliminar.

Es importante reiterar que los indicadores emocionales/conductuales son razón suficiente para iniciar una evaluación, pero no necesariamente impliquen la existencia de una situación de maltrato. Para ello, debe considerarse la frecuencia de las manifestaciones, el cómo, dónde y con quién se produce, y el peligro potencial que conllevan.

Cuadro 2. Lesiones que son posibles indicadores de negligencia, agresión sexual o maltrato físico

| VIOLENCIA SEXUAL |
|--|
| INFECCIÓN |
| HPV (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) |
| Infección viral de transmisión sexual o durante el parto. El diagnóstico se puede realizar mediante la observación de lesiones papilomatosas, verrugosas e hiperplásicas que afectan a la piel y a las mucosas. Al existir una amplia variedad de tipos de HPV, es necesario realizar una prueba complementaria para determinar qué tipo tiene el paciente. Se transmite por contacto directo, relaciones orogenitales y autoinoculación. Los modos de transmisión viral en los niños son controvertidos, siendo el método más evidente el contacto directo y la transmisión prenatal o en el parto. La existencia de HPV indica que hay probabilidad de violencia sexual. |
| GONORREA |
| Infección bacteriana de transmisión sexual. Los síntomas bucales suelen ser dolor o ardor en la garganta. Puede estar acompañado adenopatías, amigdalitis, lesiones bucales o peribucales y/o puntos blancos en la boca. El diagnóstico se confirma a través de muestra de orina y/o muestra del área afectada. Si se confirma el diagnóstico, hay una alta sospecha de violencia sexual. |
| SÍFILIS |
| Infección bacteriana de transmisión sexual o congénita. Durante la etapa primaria se puede observar una pápula ulcerada no dolorosa en la boca o genitales (chancro sífilítico).. Pueden aparecer lesiones en la boca, condilomas planos, parches mucosos El diagnóstico de sífilis se realiza mediante estudio serológico (VDRL), y se confirman con un test treponémico (FTAbs, u otros). Si se descarta transmisión congénita, hay sospecha de violencia sexual. |
| HERPES SIMPLE TIPO 1 Y TIPO 2 |
| Infección viral de transmisión sexual o por autoinoculación. El tipo 1 produce aftas en boca, cara, manos. Puede producir vulvovaginitis por autoinoculación. El tipo 2 se asocia a transmisión sexual. Para confirmar diagnóstico y determinar tipo de Herpes, se debe realizar cultivo con tipificación viral. Esta infección es el indicador más inespecífico respecto de la sospecha de violencia sexual. |
| VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA |
| Infección viral de transmisión sexual, sanguínea o vertical durante el embarazo, parto o lactancia. Las lesiones bucales son a repetición y pueden ser, xerostomía, gingivitis, periodontitis, aftas bucales, verrugas bucales, candidiasis, leucoplasia, sarcoma de Kaposi. El diagnóstico de VIH se realiza mediante estudio serológico. La detección de una infección por VIH adquirida debe hacer sospechar violencia sexual. |
| MALTRATO FÍSICO |
| Quemaduras: Lesiones en lengua y mucosa por toma forzada de alimentos calientes o sustancias cáusticas. Traumatismos. (Este es uno de los indicadores más específicos para la sospecha de maltrato físico) -Luxaciones laterales, fracturas o luxaciones de los incisivos superiores con una marca en la parte interna de los labios, avulsiones por golpes. -Rotura del frenillo lingual (esto también es indicador de agresión sexual). La rotura del frenillo superior por tapan la boca del niño bruscamente cuando está llorando, acompañada de un hematoma peribucal. -Dientes fracturados, desviados o desvitalizados. -Alteraciones en las oclusiones estáticas y dinámica que haga sospechar fractura ósea de maxilar y mandíbula. Cambios de coloración. -En radiografías: fracturas radiculares anteriores, rarefacciones periapicales, obliteraciones pulpares. Laceraciones: Por introducción forzada de objetos como cubiertos o chupetes. |
| NEGLIGENCIA |
| Dilación en los tiempos de consulta ante accidentes domésticos Interrupción constante del tratamiento odontológico sin mediar razones de fuerza mayor Ausencia de escolarización Ausencia de controles de salud regulares |

Bibliografía utilizada para la elaboración del cuadro: Morales Chaves, M., 2008¹; Molina Gomez, A., 2009¹⁸; Indart, J, 2009¹²; Syrjänen S., 2010¹⁹; Gavillon N, *et al.*, 2010²⁰; Castellsagué X, *et al.*, 2009²¹, Gamboa M., Guerra ME, 2013²², Jonathan Hr, *et al*, 2012²³

Posibilidad n° 1

La niña, niño o adolescente puede presentar las siguientes conductas (cuadro 3): Esta sintomatología puede ser referida por el paciente o por su familia o referente. Es importante indagar en primera instancia qué explicación brinda tanto el NNyA como su familia de estas conductas, sin realizar preguntas cerradas (de respuestas SÍ o NO) ni valoraciones de lo relatado.

Posibilidad n°2

La familia observa que el NNyA presenta conductas sexualizadas y les llama la atención.

Estas conductas deben ser evaluadas por equipo interdisciplinario de Pediatría, Psicología y Trabajo social, ya que podrían vincularse a la etapa madurativa o desarrollo infantil del niño/a. También debe considerarse a los NNyA con discapacidad, ya que podrán realizar acciones vinculadas a la autoestimulación sexual y encontrarse asociada a factores desinhibitorios propios de la misma discapacidad. Sin embargo, no se debe perder de vista que la discapacidad

constituye un factor de vulnerabilidad ante posibles situaciones de maltrato. Por eso, ante la dificultad que tendrán algunos NNyA con discapacidad en relatar maltratos sufridos, se recomienda prestar atención especial a cambios de conducta o expresiones emocionales que se modifiquen en el tiempo.

Posibilidad n°3

Relato del niño, niña o adolescente.

Este es el indicador por excelencia ante situaciones de maltrato. Por eso, generar un vínculo de confianza entre la o el profesional y el NNyA resulta clave para promover un ambiente que favorezca el develamiento.

Dentro de esta posibilidad, un paciente puede haber relatado una situación de maltrato a su familiar o referente, siendo este último el que lo manifieste al profesional.

La primera intervención ante el relato (y previa a la evaluación preliminar) tiene como eje:

Cuadro 3. Indicadores conductuales

| Edad preescolar | Edad escolar | Adolescencia |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ansiedad • pesadillas • oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva • temor • agresión • depresión • enuresis/encopresis • TEPT* | <ul style="list-style-type: none"> • pesadillas • temores • quejas somáticas • hiperactividad • bajo rendimiento escolar • conductas regresivas • TEPT | <ul style="list-style-type: none"> • fugas del hogar • consumo de sustancias • abuso de alcohol • ideación suicida • intentos de suicidio • automutilaciones • conductas autoagresivas • quejas somáticas • conductas antisociales • promiscuidad/prostitución • TEPT |

* Trastorno por estrés postraumático.

Cuadro extraído de Baita y Moreno, 2015; p.80¹⁰

- No cuestionar la validez del relato. Creerle.
- Escuchar. No atosigar a preguntas.
- Registrar en la Historia Clínica las palabras textuales del NNyA, u acompañante.
- No dar falsas promesas que no se puedan cumplir.
- Valorar el haberse animado a contar lo que está viviendo.
- De acuerdo a la edad del NNyA, explicar que debemos actuar para evitar que el maltrato se repita. Brindar tranquilidad.
- No confrontar el relato del NNyA con el ofensor.
- Indagar si la persona ofensora convive con el NNya.

La actitud del odontopediatra en la entrevista siempre debe ser de escucha activa tanto al adulto como al NNyA. Se recomienda brindar un marco de privacidad, utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y cordial, escuchar explicaciones y siempre evitar confrontación o actitud juzgadora o castigadora. En el marco de la entrevista a NNyA, realizar preguntas abiertas, sin insistir cuando no desea responder. Es importante no confrontar el relato del NNyA con el posible agresor, ya que esto incurrirá en un agravamiento del maltrato si no se establece una medida de protección.

TERCERA PARTE

En este segmento se brindan recomendaciones para la realización de evaluación de riesgo, la cual determinará las estrategias de intervención a implementar. Al finalizar este artículo, a modo de Anexo, figurará una propuesta de Historia Clínica que condensa estos lineamientos, pudiendo plasmar la información observada y las intervenciones realizadas.

Evaluación preliminar

Teniendo en cuenta las limitaciones institucionales de los hospitales odontológicos monovalentes (no contar con Guardia de Salud Mental ni con el dispositivo de internación), se propone realizar una evaluación preliminar ante la sospecha de maltratos que tenga como objetivo la determinación del riesgo de las situaciones y sus abordajes posibles.

Esta evaluación preliminar puede ser realizada interdisciplinariamente con los Servicios de Pediatría/Medicina, Psicología y Trabajo Social, partiendo de los indicadores relevados. Cualquier odontopediatra que tenga dudas respecto de lo observado o escuchado, o bien una sospecha a evaluar, podrá convocar a cualquiera de estos Servicios mencionados para determinar de qué manera se realizará la evaluación:

- ¿se entrevistará a la familia? ¿cuándo? ¿de qué manera?
- ¿Se entrevistará al niño, niña o adolescente? ¿quiénes llevarán a cabo la entrevista? ¿cuándo se realizará?

- ¿Se precisa consulta con Pediatría?
- ¿Se necesitan estudios complementarios para confirmar algún tipo de diagnóstico?

Cuando el NNyA ha hecho un develamiento previo a la evaluación, la principal fuente de información alternativa es el adulto que escuchó este primer relato. Allí el entrevistador necesitará saber:

- ¿Qué dijo el niño/a?
- ¿En qué momento y circunstancia?
- ¿Cuál fue la reacción del adulto que la escuchó?
- ¿Cuál fue la contrarreacción del NNyA (es decir, la reacción a la reacción del adulto)?
- ¿Hubo posteriores relatos?

- Si la respuesta es afirmativa, ¿fueron espontáneos o fueron una respuesta a preguntas hechas por el adulto?
- ¿La NNyA ha hablado o mostrado algo a otras personas más (niñera, abuelos, etc.)? En este caso puede ser de utilidad tener contacto directo con esas otras personas.

Evaluación de riesgo

En este momento se pretende determinar el grado de riesgo de la situación de acuerdo a los indicadores relevados y las entrevistas realizadas. Para ello, utilizaremos los indicadores sugeridos por las Guías elaboradas por Unicef y el Ministerio de Educación de Argentina (cuadro 4) en el 2011 sobre Maltrato Infantil²⁴, y en el 2013 sobre Abuso Sexual²⁵:

Cuadro 4. Evaluación de riesgo - Indicadores sugeridos

| Maltrato Infantil | Violencia Sexual |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • gravedad de las lesiones, que ponen o pudieron haber puesto en riesgo la vida del NNyA; | <ul style="list-style-type: none"> • la cronicidad y frecuencia del abuso, |
| <ul style="list-style-type: none"> • lesiones provocadas en un niño/a menor de tres años; | <ul style="list-style-type: none"> • el acceso del perpetrador al NNA, |
| <ul style="list-style-type: none"> • abuso sexual intrafamiliar; | <ul style="list-style-type: none"> • las características y condiciones en las que está el NNA, |
| <ul style="list-style-type: none"> • NNya en situación de abandono, sin adultos referentes que lo protejan y lo resguarden; | <ul style="list-style-type: none"> • la relación entre el agresor y el NNA, |
| <ul style="list-style-type: none"> • cronicidad del maltrato y/o de la situación de negligencia; | <ul style="list-style-type: none"> • las características de los padres o principales cuidadores, |
| <ul style="list-style-type: none"> • características que hacen al NNyA maltratado más vulnerable (como enfermedad crónica, dificultades motrices, o retraso mental, entre otras); | <ul style="list-style-type: none"> • las condiciones del entorno familiar del NNA. |
| <ul style="list-style-type: none"> • padres que tienen rasgos que reducen sus posibilidades de protegerlos adecuadamente (como estructura psicótica, drogodependencia, alcoholismo) y sin red familiar ampliada de apoyo. | |

La existencia de la mayoría de estos indicadores determina RIESGO ALTO, debiendo actuar rápidamente para resguardar al NNyA.

Intervención ante situación de Riesgo Alto: PROTECCIÓN DEL NNyA

Si se determina que el riesgo es alto, el NNyA no puede egresar del hospital, centro de salud consultorio privado hasta trazar estrategia de intervención junto con la Guardia del Organismo de Protección de Derechos. Esto estará sujeto al marco legislativo de cada país, el cual establece cuál es el organismo de protección de derechos que debe intervenir y de qué manera. En Argentina contamos el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para la Ciudad de Buenos Aires, y los Servicios Locales para las provincias.

La estrategia de intervención dependerá de la situación de salud y seguridad del NNyA:

- Si hay fuertes razones para sospechar violación dentro de las 72 hs anteriores, se debe asegurar una rápida atención para evitar embarazos no deseados y la transmisión de infección de transmisión sexual. En Argentina contamos con el "Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales"²⁶ (Ministerio de salud de la Nación Argentina, 2015), por lo que se sugiere realizar derivación a la Guardia de Hospital Pediátrico a través de traslado de urgencia (SAME en Argentina), o con adulto protector.

- Si se observa daño físico de tratamiento urgente o que requiera una evaluación de mayor profundidad a nivel médico, realizar derivación a través de traslado de urgencia (SAME en Argentina) a la Guardia del Hospital Pediátrico más cercano.
- Si el adulto ofensor es el acompañante del NNyA en la consulta, explicar que el paciente no podrá egresar del hospital o centro de salud hasta que el Organismo de Protección de Derechos determine la modalidad de egreso. El NNyA no permanece con el adulto ofensor en el mismo espacio físico durante la espera de esta decisión.

Resulta de vital importancia que los consultorios privados cuenten con una red de efectores públicos de salud para consultar o derivar en caso de que sea necesario. La particularidad de la atención privada imprime el desafío de dar respuesta a esta problemática a través de articulaciones cuidadas para las infancias que inicien un camino de intervención oportuno.

IMPORTANTE: dar intervención a la Guardia del Organismo de Protección de Derechos permite pensar la mejor estrategia de resguardo para el niño/a en la urgencia. Esto puede involucrar la necesidad de realizar denuncia en Comisaría o convocar a las fuerzas de seguridad al establecimiento.

Intervención ante situaciones de Riesgo bajo/moderado: MODIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN

Las situaciones de riesgo bajo presentan una amplia variedad de opciones de intervención, las cuales contemplarán la articulación intersectorial con el fin del cese de los maltratos como así también la reparación de los daños.

Se sugiere que profesionales de Psicología y Trabajo Social se realice el seguimiento de la situación en coordinación con el Organismo de Protección de Derechos correspondiente a la localidad de la residencia del NNyA.

Conclusión

El odontopediatra desempeña un papel importante en la detección, la intervención y el apoyo a niños, niñas y adolescentes que sufren maltrato. Su capacitación clínica y su relación de confianza con los pacientes los convierten en actores clave en la protección y el bienestar de los niños que enfrentan situaciones de abuso.

Este trabajo propone que, al integrar la odontología en el enfoque multidisciplinario de la atención a la violencia infantil, se fortalezca la capacidad de respuesta del sistema de salud y se fomente un entorno más seguro para las infancias.

Conflictos de Intereses y Financiación

No existen conflictos de interés en la realización del presente artículo ya que la

Guía ha sido aprobada por el Comité de Docencia e Investigación y por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín, y revisado por referentes en la problemática de las violencias quienes han brindado sus recomendaciones y sugerencias para enriquecer el estudio. La revisión narrativa no ha requerido de financiación alguna.

Abreviaturas y símbolos

NNyA: niños, niñas y adolescentes

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

OMS: Organización Mundial de la Salud

Etc.: etcétera

Agradecemos a quienes nos acompañaron en la escritura y revisión de este documento:

Jorge Garaventa. Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Diplomado en Prevención y Asistencia a la Violencia de la Universidad Blas Pascal de Córdoba. Juan Pablo Mouesca. Médico pediatra. Jefe de la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Elizalde. Sandra Bruno. Médica pediátrica del Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín. Mariana Armada. Odontopediatra. Jefa del Servicio de Pacientes Especiales del Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín. Gabriela Scagnet. Dra. En Odontología. Directora del Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín.

Referencias bibliográficas

1. Morales Chavez, M. Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. Revista Acta Odontológica Venezolana. 2009; 47 (3), art. 25, Pp 131-139. [Consultado 8-11-2016]
2. Informe UNICEF. Una situación habitual: Violencia en la vida de los niños y adolescentes. UNICEF; 2017.
3. Berástegui Pedro-Viejo A, Gómez-Bengochea B. Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. Interv Psicosoc. 2006;15(3):293-306.
4. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina y UNICEF. Un análisis de los datos del Programa "Las Víctimas Contra Las Violencias" 2021 - 2021. 2021
5. Observatorio SIPROID. Anuario Estadístico del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. 2021
6. Olmedo, María Laura. Participación del odontopediatra en la detección del maltrato infantil y en el seguimiento de víctimas de este problema. S/R. Disponible en: <https://www.cosucoba.org.ar/wp-content/uploads/2021/02/226169-Participaci%C3%B3n-del-odontopediatra-en-la-detecci%C3%B3n-de-maltrato-infantil-y-en-el-seguimiento-de-pacientes-v%C3%ADctimas-de-este-problema.pdf>
7. Boj JR, Catalá M, Garcia-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2005.
8. Garrote N. Abandono físico y negligencia. Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención. Buenos Aires: Journal Ediciones; 2018.
9. Dubowitz H, Lane W. Malos tratos y abandono en la infancia. En: Mc Inerny. Tratado de Pediatría. Tratado de Pediatría. Ed Panamericana. 2011.
10. Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en justicia. Unicef Uruguay; 2015.
11. Ley 114 de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes, CABA, 1998
12. Indart de Arza MJ. Maltrato infantil: Aportes para su detección, abordaje y prevención. Buenos Aires: Journal Ediciones; 2018.
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. USA. 2023
14. Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(1): 50-54.
15. Aranda N, et al. Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños. UBA; 2011.
16. Amarilla G, Derlys F. Rol del odontólogo en la detección del maltrato infantil F.. 2022. Rev Acad Scientia Oral Salutem. 2022;3(1):73-8.
17. American Board of Forensic Odontology. Diplomates reference manual. Sección III: Políticas, procedures guidelines & standards. March 2015.
18. Molina Gomez, A. Maltrato Infantil. La importancia de su diagnóstico en Odontología. Revista Gaceta Dental. 2009. Disponible en: <https://gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologa-30982/>
19. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. APMIS. 2010; 118(6-7):494-509.
20. Gavillon N, Vervaet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. How did I contract human Papillomavirus (HPV)? Gynecol Obstet Fertil. 2010;38(3):199-204.
21. Castellsagué X, Drudis T, Cañadas MP, Goncè A, Ros R, Pérez JM, et al. Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres embarazadas y la transmisión de madre a hijo del genotipo del VPH genital: un estudio prospectivo en España. BMC Infect Dis. 2009;9:74.
22. Gamboa G. Manifestaciones bucales del maltrato físico: Reporte de un caso. Rev Odontopediatr Latinoam. 2013;3(2):101-10.
23. Jonathan HR, Rebolledo Cobos M, Fortich Mesa N. Papiloma bucal en pacientes pediátricos: Potencial Transmisión Materna. Rev Clin Med Fam. 2012;5(1):46-50.
24. UNICEF y Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la Escuela ante el Maltrato a la Infancia y la Adolescencia. Guía Conceptual. Maltrato Infantil. 2011
25. UNICEF y Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la Escuela ante el Maltrato a la Infancia y la Adolescencia. Guía Conceptual. Abuso sexual. 2013
26. Ministerio de salud de Nación. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud. 2014

Recibido 27/09/2024

Aceptado 06/07/2025

Correspondencia: Jorgelina Valente, correo: jorvma@hotmail.com