



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

**Unidad Académica de Salud
Carrera de Odontología**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

Odontólogo

TEMA:

**“MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LAS
LESIONES BUCODENTALES”**

AUTOR

HERNÁN LÓPEZ MACIAS

DIRECTOR DE TESIS

DR. VÍCTOR HUGO ARMENDÁRIZ ESPINOZA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dr. Víctor Hugo Armendáriz Espinoza certifica que la tesis de investigación titulada “**Maltrato infantil y su incidencia en las lesiones bucodentales**”, es trabajo original de **HERNÁN LÓPEZ MACÍAS**, la misma ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Víctor Hugo Armendáriz Espinoza

DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

Carrera de Odontología

*Maltrato infantil y su incidencia en las lesiones
bucodentales”*

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo

Dra. Ángela Murillo Almache
PRESIDENTA

Dr. Víctor Armendáriz Espinoza
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Nelly San Andrés
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Gino Plúa Hernández
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales
SECRETARIA GENERAL

DEDICATORIA

A mis Padres que me vieron nacer y que con su enseñanza y sus buenas costumbres han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

Padres su esfuerzo se convirtió en su triunfo y el mío por eso con respeto y admiración a mis padres que amo;

HERNAN LOPEZ Y MIRYAN MACIAS

Agradezco a **mi hermana Ana López** por el apoyo que siempre me ha brindado con su impulso, fuerza y tenacidad que son parte de mi formación, como muestra de gratitud le dedico el presente trabajo.

Con todo mi amor y cariño a **mi esposa Karen Vera** que todos los días me otorga su amor, su cariño, comprensión y paciente espera como evidencia de su gran amor.

Gracias!

A mi hijo **Hernán Andrés** mi regalo mas grande, que lo quiero, lo adoro y siempre lo tengo en mi mente y es parte de mi lucha para seguir en busca de la excelencia en el trabajo.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mis familiares y amigos de toda la vida que con apoyo y cariño me han acompañado siempre.

HERNÁN LOPEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me dio la fe, la salud y la esperanza para terminar este trabajo, por darme la fortaleza que necesitaba para no doblegar en los momentos difíciles que se me presentaron durante los estudios.

A mis queridos padres, que con sus esfuerzos, amor y consejos han hecho posible el alcance de la meta deseada.

A mi hermana por su comprensión y que entienda que para lograr obtener algo, hay que tener dedicación, responsabilidad y hacer sacrificios para triunfar.

A cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas que nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

HERNAN LOPEZ

Índice

Pág.

Introducción	I
Antecedentes.....	III
CAPÍTULO I	
Planteamiento del problema	1
Formulación del problema	2
CAPÍTULO II	
Justificación	3
CAPÍTULO III	
3. Formulación de los objetivos	5
3.1 Objetivo general	5
3.2 Objetivos específicos	5
CAPÍTULO IV	
Hipótesis	6
CAPÍTULO V	
5. Marco teórico	7
5.1 Maltrato institucional	7
5.2 Maltrato infantil	8
5.2.1 Causas	9
5.2.2 Características.....	10
5.2.3 Conducta del niño	12
5.2.4 Desatención de los padres	12
5.2.5 Teoría del apego y la transmisión transgeneracional del maltrato	13
5.3 Actitud del odontólogo frente al maltrato infantil	14
5.4 Técnicas del cepillado dental	15
5.4.1 Frecuencia del cepillado dental	16
5.4.2 Acumulación de placa y cálculo	17
5.4.3 Caries	18
5.5 Tipos de maltrato	19
5.5.1 Maltrato físico.....	19
5.5.2 Maltrato emocional	20
5.5.3 Abuso sexual	23
5.5.4 Maltrato prenatal	23

5.5.5 Síndrome de munchausen por poderes.....	23
5.5.5.1 Causas	23
5.5.5.2 Síntomas	24
5.5.5.3 Pruebas y exámenes	25
5.5.5.4 Tratamiento.....	25
5.5.5.5 Pronóstico	25
5.6 Maltrato institucional.....	26
5.6.1 Mendicidad	26
5.6.2 Corrupción.....	28
5.6.3 Explotación laboral.....	30
5.6.4 Por omisión.....	31
5.6.5 Negligencia o abandono.....	31
5.7 Indicadores de maltrato infantil.....	32
5.8 Maltrato físico.....	33
5.8.1 Lesiones cutáneas mucosas.....	33
5.8.2 Quemaduras y escaldaduras.....	33
5.8.3 Mordeduras.....	34
5.8.3.1 Alopecia traumática.....	35
5.8.3.2 Lesiones dentales.....	35
5.8.3.3 Lesiones osteo articulares.....	36
5.8.4 Lesiones orgánicas internos.....	37
5.8.4.1 Neurológicas (intracraneales).....	37
5.8.4.2 Oculares y ópticas.....	39
5.9 Abuso sexual.....	40
5.10 Lesiones bucodentales.....	41
5.10.1 Definición.....	41
5.10.2 Lesiones primarias.....	42
5.10.3 Lesiones secundarias.....	43
5.10.4 Alteraciones de color de la mucosa bucal.....	43
5.10.5 Lesiones blancas.....	44
5.10.6 Generalidades, coloración y etiología.....	45
5.10.7 Lesiones de tejidos duros	46
5.10.8 Traumatismos osteoperiodontales.....	46
5.10.9 Etiología de los traumatismos.....	47
5.10.10 Factores predisponentes.....	47
5.10.11 Traumatismos.....	48
5.10.12 Factores determinantes en las lesiones dentarias.....	48
5.10.13 Patología de los labios.....	48
5.10.14 Paredes de la boca.....	49
5.10.15 La cavidad oral cumple funciones.....	49
5.10.15.1 Semiología.....	49
5.10.16 Patología infecciosa.....	50
5.10.17 Exploración del labio.....	51
5.10.18 Patología de mejillas y labios.....	51

5.10.18.1 Síntomas.....	52
5.10.18.2 Diagnostico y tratamiento.....	53
5.10.19 Otras llagas y tumores de la boca.....	53
5.10.20 Paladar.....	55
5.10.21 Cambios de color.....	56
5.10.22 Patología lingual y suelo de la boca.....	56

CAPÍTULO VI

6. Metodología de la investigación.....	59
6.1 Modalidad básica de la investigación.....	59
6.1.1 Tipo y modalidad.....	59
6.1.2 Nivel o tipo de la investigación.....	59
6.2 Técnicas.....	59
6.3 Instrumentos.....	60
6.4 Talentos humanos.....	60
6.4.1 Recursos tecnológicos.....	60
6.4.2 Recursos Materiales.....	60
6.4.3 Recursos económicos.....	61
6.5 Población y muestra.....	61
6.5.1 Población.....	61
6.5.2 Muestra.....	61
6.5.3 Tipo de muestreo.....	61

CAPÍTULO VII

Conclusiones.....	62
Bibliografía	
Propuesta	

Índice de Graficuarios

CAPÍTULO VI

Historia Clínica

- GRAFICUADRO # 1 Ficha de observación aplicada a los niños y niñas de las Aldeas Infantiles SOS.....63
- GRAFICUADRO # 2 Presenta caries.....65
- GRAFICUADRO # 3 Presentan extracciones indicadas.....67
- GRAFICUADRO # 4 Presentan piezas obturadas.....69
- GRAFICUADRO # 5 Índice de placa.....71

Encuesta aplicada a los niños y niñas de Aldeas Infantiles S.O.S.

- GRAFICUADRO # 1 Mis padres trabajan y.....73
- GRAFICUADRO # 2 Me he roto algún hueso.....75
- GRAFICUADRO # 3 Cuando me castigan.....77
- GRAFICUADRO # 4 Cuando me porto mal.....79
- GRAFICUADRO # 5 ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?.....81
- GRAFICUADRO # 6 ¿Cuántas veces al año tus papás te llevan al odontólogo?.....83
- GRAFICUADRO # 7 ¿Con qué frecuencia te cambian tus papás el cepillo dental?.....85

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El traumatismo accidental de los dientes es quizá uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo y su frecuencia en la clínica odontológica es cada día mayor. En odontopediatría es aún más evidente, puesto que la incidencia de lesiones dentarias precisamente es mayor en la niñez y en la adolescencia. Un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica puede resolver definitivamente un caso o agravarlo, no sólo desde el punto de vista de la viabilidad del diente en la cavidad bucal, sino también por la importante repercusión psicológica que la sonrisa tiene en el individuo.

El tratamiento puede ser múltiple, desde eliminar el dolor protegiendo la pulpa (nervio) de los dientes, recolocación de los dientes avulsionados (se han salido del hueso que los sostiene), hasta distintas modalidades de tratamiento pulpar.

Diversos estudios han revelado que aproximadamente un 24% de los niños menores de 14 años han sufrido algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores (incisivos). Los niños son más propensos a sufrir lesiones en la dentición permanente que las niñas, especialmente entre los 7 y 11 años, factor que está íntimamente relacionado con la participación más brusca en deporte y juegos, u otras cosas. Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes de niños que son objeto de la violencia de sus papás, mamás, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema, por ejemplo los estudios realizados en EE.UU. por

Kempe y Kempe en 1985 indican que en seiscientos de cada mil nacimientos se pueden presentar malos tratos, lo que daría un número total de 30 mil a 50 mil niños maltratados por año en aquel país. Más reciente aún se sabe que los casos de Maltrato Infantil han alcanzado la cifra de 24 millones al año.

En América Latina y el Caribe hay 185 millones de personas menores de 18 años, de ellos el 50% son niños y adolescentes. Cerca de 6 millones de niños y niñas adolescentes sufren de caries múltiples, pérdidas de piezas a temprana edad, traumatismos, problemas periodontales.

Ecuador no escapa al crecimiento mundial del Maltrato Infantil, aunque las estadísticas muestran valores inferiores, debido a que el país es más pequeño en población y longitud. En Ecuador de cada 10 niños 6 niños presentan problemas dentales debido a la mala nutrición, por falta de aseo o un aseo nulo aseo, que se presentan en algunos hogares de nuestro país, se presenta con mucha frecuencia también los traumatismos por descuido de los padres.

Es por lo antes mencionado que surge la interrogante ¿De qué manera influyen las implicaciones odontológicas por maltrato infantil en los niños, niñas y adolescentes de la Aldea Infantil SOS de Portoviejo?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera incide el maltrato infantil en las lesiones bucodentales en la Aldea Infantil SOS Portoviejo?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACION

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, esto porque no se cuenta con datos y a que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Debido a que el crecimiento urbano recarga los servicios médicos y sociales; a que las mujeres ingresan al mercado de trabajo cada vez en mayor número; y a que por diversas causas más familias se ven desplazadas de sus hogares y su entorno cultura

Hay evidencias suficientes que justificaron la elaboración de este tema debido a que esto es un gran problema a nivel mundial que hay que tratar de erradicar o por lo menos tratar de disminuir. Este tema es de vital importancia debido a que se intento concientizar a las personas, por lo que es de gran interés, tratar de ayudar a las personas que lo necesitan.

Partiendo desde este punto de vista este tema cobró vigencia y su grado de importancia fue totalmente proporcional a la gravedad de la sintomatología que presentaron los niños por su patología. Este problema fue un reto al que había que buscarle soluciones, desenmascarar problemas y buscar tratamientos. Claro está también que debieron ejercitar planes, programas y acciones de prevención dirigidos a estos niños.

Este tema se justifica debido a que no se ha realizado una investigación similar en el escenario de la investigación, misma por lo que su sustentación está asegurada y es 100 % factible su estructuración debido al apoyo que

brinda la institución objeto de estudio y la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Además del beneficio directo que obtuvo la institución, niños y niñas pertenecientes a dicha entidad.

Esta investigación se justifica además por que estuvo encaminada a mejorar la salud dental de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato físico que ha causado las lesiones bucodentales.

CAPÍTULO III

3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- a) Determinar la incidencia de maltrato infantil en las lesiones bucodentales en los niños y niñas acogidos en la aldea S.O.S.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- b) Investigar los materiales de higiene bucal que tienen los niños para relacionarlos con la acumulación de placa bacteriana presente.
- c) Establecer la frecuencia en que asisten al odontólogo los niños para relacionarlos con la atención recibida por los padres.
- d) Conocer si los niños han recibido agresiones físicas para relacionarlos con la presencia de fracturas o pérdida de piezas dentarias.
- e) Diseñar una pregunta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

¿El maltrato infantil incide en las lesiones bucales que presentan los niños, niñas y adolescentes que se encuentran acogidos en Aldeas Infantiles SOS Portoviejo-Manabí?

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Marco Institucional

Aldeas Infantiles SOS fue fundada por Herman Gmeiner en Imst de Austria en 1949 después de la segunda guerra mundial, en donde muchos niños, niñas habían perdido el cuidado parental, y este noble hombre diseñó, creó y en conjunto con la ayuda de varios amigos hoy en día desde hace ya 62 años existe Aldeas Infantiles SOS que tiene como visión lograr que cada niño, niña crezca con amor, respeto y seguridad, trabajando bajo 5 pilares fundamentales como lo son la mamá SOS, sus hermanos biológicos, la comunidad, la Aldea y la casa en donde crecen y se desarrollan como un niño normal de manera integral, cumpliendo a cabalidad todos sus derechos. Familia SOS Ecuador lleva adelante acciones en beneficio de los niños y niñas actuando como una organización independiente no gubernamental de desarrollo social. Respeta las diferentes religiones y culturas. Trabaja en países donde su misión pueda contribuir al desarrollo. Trabaja según el espíritu de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y promueve estos derechos en todo el mundo.

Aldeas Infantiles SOS está en el Ecuador en 6 provincias, Manabí, Pichincha, Imbabura, Azuay, Guayas, Esmeraldas, y a nivel Internacional en más de 132 países en el mundo, que luchan para brindarles a los niños, niñas y adolescentes que han perdido a sus familias, la posibilidad de crecer en un hogar donde reine la armonía, el desarrollo de las capacidades y posibilitar a corto plazo el trabajo con la familia de origen.

5.2 Maltrato Infantil

Maltrato infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.¹

. Se distinguen cinco tipos básicos de maltrato infantil:

- a) el abuso físico;
- b) el abuso sexual;
- c) el maltrato emocional;
- d) el abandono físico;
- e) el abandono emocional²

Se describe al maltrato infantil de la siguiente manera:

El abuso sexual (donde hay un contacto directo entre el agresor y la víctima), maltrato físico (donde ocurren lesiones y agresiones físicas en contra la víctima, no necesariamente hay abuso sexual), negligencia infantil (donde los padres o encargados legales descartan responsabilidades sobre el niño y al mismo lo abandonan) y el maltrato emocional (donde el agresor cosecha el miedo y la angustia sobre la víctima³

Tomando como referencia un estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre 4.916 expedientes de menores en situación de desamparo la forma de maltrato más frecuente es la negligencia o abandono físico (42,9%) seguido

¹ Centro Internacional de la Infancia de París. 2008

² Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *El maltrato infantil...*, pág. 35

³ Muela Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. Anales de psicología; España. 10 de marzo de 2011

por el maltrato físico (16,7%) y abandono emocional (16,7%) seguido de maltrato emocional (12,5%), el 52% de las víctimas son niños y el restante 48% niñas.⁴

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 19 refiere que el maltrato infantil es toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.⁵

5.2.1 CAUSAS

Entre las causas más comunes están ciertas características de los padres:

Muchos de los padres que maltratan a sus hijos fueron niños maltratados o aprendieron en su familia que el castigo físico era un método de enseñanza. También hay características de los niños que están presentes como causa aparente.

Los niños inquietos, problemáticos, con conductas inadecuadas en sentido general (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, retraso mental y otros).

Situaciones medioambientales pueden servir de catalizadoras a padres e hijos para que se produzca el abuso. Se destacan entre éstas los problemas económicos, dificultades en la pareja, desempleo, incultura, hacinamiento, vivienda inadecuada entre otras.

Las Conductas más frecuentes de los niños sometidos a maltratos son:

- a) Temeroso de sus padres ,
- b) Desconfiado de los adultos,
- c) Inquieto cuando otros niños lloran

⁴ Programa de desarrollo rural de la comunidad de Madrid(2007)

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>

- d) Dificultades en el rendimiento escolar
- e) Agresivo,
- f) Distráido y ausente.⁶

5.2.2 CARACTERÍSTICAS

Siempre se espera que un niño ó niña nos o le avise a alguien cercano de que está siendo abusado. Sin embargo, es particularmente difícil para los niños revelar que fueron abusados. Nuestra sociedad nos condiciona a creer que las emociones deben estar siempre en control, de otras personas y de su entorno. Sin embargo cuando el abuso ha ocurrido, el niño desarrolla una variedad de pensamientos e ideas angustiantes.⁷

No hay niño preparado psicológicamente para hacer frente al estímulo que ocasiona el abuso. Es típico que cuando el abuso ocurre en el seno familiar, el niño puede tenerle miedo a la ira, los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si el descubre al abusador. Por eso es el deber de todo nosotros estar atentos a las reacciones de los niños para poder reconocer si el mismo ha sido o es abusado.⁸

Existe la posibilidad de Abuso Físico cuando el niño presenta:

- a) Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados, o dolores en el niño que aparecen bruscamente y no tienen una explicación convincente.
- b) Hematomas u otras marcas evidentes luego de haber faltado a clases.
- c) Parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa.
- d) Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores.
- e) Nos dice que le han pegado en su casa.

Existe la posibilidad de Abuso Físico cuando sus padres o mayores a cargo:

⁶ FRANZOI L. Stephen. Psicologíasocial: Conducta del niño maltratado. Indicadores 4ta Edición pag23 (febrero 2007)

⁷ Miguel Costa Cabanillas, «Prólogo» a M^a Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, *Maltrato a los niños...*, 2006 pág. 15.

⁸ Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Psychotherapy in México

- a) Frecuentemente se refieren a su hijo/a como "un demonio" o en alguna otra manera despectiva.
- b) Es frecuente ver que tratan al niño/a con disciplina física muy dura.
- c) Sus padres tienen antecedentes de haber sido niños maltratados o abandonados.
- d) Existe el antecedente de que la madre ha sido golpeada.
- e) Es frecuente que la madre del niño concorra con algún moretón u "ojo en compota".

f) Ante una lesión o traumatismo evidente en el niño/a no brindan una explicación convincente o se enojan ante la pregunta de lo ocurrido
 Creemos necesario aclarar que el grado en que afecta al niño ó niña depende de varios factores que debemos considerar antes, que de acuerdo a ello es como el niño o la niña abusada puede responder, como por ejemplo:

- a) Quien cometió el abuso,
- b) Si fue utilizada la fuerza,
- c) Si el abuso se volvió crónico,
- d) Y como es la personalidad del niño o niña abusado/a,
- e) La edad y el sexo del niño,

Teniendo en cuenta los factores descriptos podemos decir entonces que:

Existe la posibilidad de Abuso Sexual cuando el niño/a:

- a) Tiene dificultades para sentarse o caminar.
- b) Repentinamente no quiere hacer ejercicios físicos.
- c) Demuestra comportamientos o conocimientos sexuales inusuales o sofisticados para la edad.
- d) Tiene o simula tener actividad sexual con otros compañeros menores o de la misma edad.
- e) Queda embarazada o contrae enfermedades de transmisión sexual antes de los 14 años.
- f) Hay antecedentes de haber huido de la casa.
- g) Dice que fue objeto de abuso sexual por parte de parientes o personas a su cuidado.

Existe la posibilidad de Abuso Sexual cuando sus padres o mayores a cargo:

- a) Son extremadamente protectores del niño/a,
- b) Limitan al extremo el contacto de su hijo/a con otros niños, en especial si son del sexo opuesto.

Hay que tener en cuenta que ninguna de estas características por si solas demuestran o prueban que el abuso físico ó sexual esté presente en la casa del niño. Algunas de estas características suelen hallarse en algún momento, en algún niño o familiar. Cuando las mismas aparecen en forma repetida o se combinan entre sí, es necesario considerar la posibilidad que este niño este sufriendo algún tipo de abuso y se debe intentar un acercamiento más íntimo con él y su situación.⁹

⁹ María, J. & Sumalla, T. (2008). La protección penal del menor frente al abuso y explotación sexual: análisis de las reformas penales en materia de abusos sexuales, prostitución y pornografía de menores: Editorial Aranzadi (Ed.). (Pág. 17-31). Navarra.

5.2.3 CONDUCTA DEL NIÑO

Se ha observado que los niños que sufren del maltrato psicológico y por negligencia de parte de los adultos o de las instituciones, son muy temerosos y ansiosos; y toda experiencia nueva, aunque sean positivas, les provocan excitación y ansiedad desmedida. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, además tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje, además de tener una mala imagen de sí mismo, percibe el mundo como amenazante y poco seguro.

En la adultez, pueden presentar cuadros depresivos; ya que se ha constatado que una de las causas principales de la depresión es la de privación afectiva durante la infancia, la cual puede ser encubierta con otros trastornos de conducta.¹⁰

Los niños que desde la edad escolar son maltratados psicológicamente, son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo del conocimiento que los niños no maltratados. Este fracaso se ha atribuido a la falta de estimulación temprana y a la descalificación a la que son sometidos permanente por los padres que se preocupan excesivamente de su conducta y de obediencia, en menoscabo de las necesidades exploratorias y de estimulación que son necesarias para su desarrollo.

Estudios realizados han revelado déficit en el rendimiento escolar y en el nivel intelectual de los niños maltratados física y psicológicamente, encontrándose diferencias promedios de 20 a 40 puntos menos en el coeficiente intelectual, que el de los niños que no han sido maltratados, a veces demuestran un retraso de dos ó más años en la habilidad verbal.¹¹

5.2.4 DESATENCIÓN DE LOS PADRES

En ocasiones algunos padres transfieren a otras instituciones las tareas familiares, no porque la familia sea incapaz de cumplir con su deber, sino

¹⁰ Cerezo, María A. (1995), El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar N° 71, págs. 135-158. Recuperado el 12 de marzo de 2011 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48496>

¹¹ Suárez Saavedra, S. y J. Rodríguez Suárez, «Maltrato infantil», *Boletín de Pediatría*, 46 (Supl. 1), 2006, págs. 119-124

porque piensan que esas actividades pertenecen exclusivamente a las instituciones; pero en realidad se requiere del apoyo de los padres para permitir un desarrollo eficaz y conseguir los propósitos planteados. Entre las más importantes se señala a la escuela.¹²

Según la Doctora Aliza el 90% de los padres no llevan a sus hijos al odontólogo hasta que estos presentan un dolor molar, en el resultado de la encuesta aplicada se puede notar que el 63% de los niños y niñas sus padres no les han llevado nunca al odontólogo, esto lo podemos enlazar con que la mayor parte de los niños y niñas presentan caries.¹³ Por lo tanto se está presentando falta de interés y de atención al niño, es una de mayor porcentaje y una de las principales causas de maltrato hacia el menor.

La desatención a aspectos importantes en la niñez es la principal causa del maltrato infantil, es de vital importancia la presencia de los padres en todo momento de la vida del infante, ya que de esta dependerá su estado emocional.

5.2.6 TEORÍA DEL APEGO Y LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL MALTRATO

La incorporación de la teoría del apego en el estudio de las consecuencias del maltrato infantil y concretamente en el fenómeno de la transmisión intergeneracion al ha supuesto un importante cambio conceptual en el entendimiento de este fenómeno.

Contrariamente a la tendencia tradicional en la teoría del maltrato infantil, cuyos esfuerzos han estado dirigidos a desarrollar a partir de definiciones más o menos consensuadas un listado de formas de maltrato con un origen,

¹² TIRAMONTI Guillermina, Problemas actuales y perspectivas desde la investigación. 2da Edición; Tucumán-Argentina (enero 2007)

¹³ La Doctora Aliza A. Lifshitz, MD, es co-presidente y directora editorial de Vida y Salud

consecuencias y tratamiento "supuestamente" diferentes (López y cols., 1995) desde la teoría del apego, el maltrato infantil es conceptualizado como un fenómeno que afecta, fundamentalmente, a las relaciones que mantiene un menor maltratado con sus cuidadores y que se caracteriza por una experiencia de cuidados poco adecuados para el desarrollo normal de las personas (Cicchetti, 1996). Las consecuencias derivadas de esta disfunción relacional del niño con sus figuras primarias pueden considerarse el factor unificador de las diferentes categorías de maltrato, independientemente de los daños o traumas sufridos provocados por la forma concreta que ha adoptado el maltrato.¹⁴

5.3 ACTITUD DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL MALTRATO INFANTIL

Los dientes pueden sufrir fracturas por golpes, que provengan de accidentes o de incidentes delictuosos. Los más expuestos a este tipo de accidentes son los incisivos superiores, y los niños en sus diversiones e inquietudes a menudo reciben golpes en la boca que por lo general los fracturan. No todas las lesiones características de maltrato se van a localizar en la boca, pero el dentista informado debería de sospecharlo al cotejar un conjunto de signos. Los más destacados son: lesiones cutáneas, quemaduras, mordeduras y lesiones en la cavidad bucal.¹⁵

Según el Dr. Alonso Martínez refiere en su artículo acerca de las fracturas y pérdidas de piezas en los niños y niñas que en un 49% de las mismas se

¹⁴https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:30e9rG785bLJ:campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp33.pdf+TEOR%C3%8DA+DEL+APEGO+Y+LA+TRANSMISI%C3%93N+TRANSGENERACIONAL+DEL+MALTRATO&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEEsJ3bqFaMYRi4TMgaiHnTAbcJR7XG3aNIho2rNLcoB54H1DDe9KJsxRCOwyJMO_wZz4bKI1vJyF2XFn8ov1LjDA9U87aEUVL_Ebf3tqk0JwHNQMIBgBOA3S8GHfrDf5OX3JAp5F&sig=AHIEtbRVazo1F3P29W_IDq2EJCdO-WR-Wg

¹⁵ <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art3.asp>

deben a accidentes por causas de caídas y que un 35% son debido a algún tipo de maltrato físico recibido a nivel de la cara.¹⁶

5.4 TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

- a) Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.
- b) Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.
- c) Técnica vertical. Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
- d) Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.
- e) Técnica de Bass. Es la más efectiva. Sitúamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben

¹⁶ Dr. Alfonso Martínez Vázquez, 1 Dra. Larisa Martínez González, 1 Dra. Dalay Vázquez Novoa, 1 Dr. Sergio A. Orizondo Pajón y Dra. Isis Nicolau Cruz

ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana.

5.4.1 FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama.

En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.¹⁷

Según el Dr. Boris Vélez el cuidado dental debe empezar sobre todo, a partir de los dos años, que es cuando la mayoría de los dientes del niño han salido. Bajo supervisión de un adulto, pueden empezar a usar una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Usa una cantidad pequeña de pasta dental. Pero el 65% de los niños y niñas hasta que comienzan la etapa escolar no lo hacen debido a que los padres no les indican, el 80% lo empiezan a realizar una vez al día cuando empiezan a ir a la escuela, y en algunos casos hay niños que están en abandono total por sus padres los cuales pasan todo el día fuera de casa y los niños no se cepillan ni una sola

¹⁷ http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/cepillado.htm

vez al día.¹⁸

En conclusión, una buena higiene bucal para una buena salud oral. No sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida, antes de irse a dormir, y sobre todo cambiar de cepillo dental cada 3 meses ,creándoles un hábito de higiene bucal diario.

Según el Dr. Javier Saldivar ha demostrado que después de 3 meses de uso regular, un cepillo es menos efectivo para remover la placa de los dientes y de las encías, en comparación con un cepillo nuevo. Las cerdas pierden resistencia y por consiguiente efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes.¹⁹

5.4.2 ACUMULACION DE PLACA Y CALCULO

En odontología, cálculo o tártaro refiere a depósitos calcificados en dientes, formado por la presencia continua de placa dental. Su superficie áspera proporciona un medio ideal para la formación de placas adicional, amenazando la salud gingival.

Las acumulaciones del cálculo ocurren en ausencia del cuidado oral adecuado. Una vez que esté formado, sea generalmente demasiado firmemente adherente a los dientes; los pacientes con cálculo deben por lo tanto visitar a sus profesionales dentales para poder quitar el cálculo con las

¹⁸ Dr. Boris Vélez odontólogo en Machala refiere en su artículo publicado en la revista "Mariela" edición marzo 2010 refiere las técnicas de higiene bucal desde la infancia.

¹⁹ <http://www.drjaviersaldivar.com/Photodynamic%20therapy.htm> Editorial Lucerin 181 páginas

herramientas ultrasónicas y instrumentos²⁰

Según el Dr. César Perero Pelayo la placa bacteriana es un problema de salud oral cuya prevalencia es alrededor de un 96% en niños y niñas sobre todo en comunidades rurales, donde puede producirse un alto nivel de enfermedades periodontales.²¹

5.4.3 CARIES

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido, de la dieta. Muchos padres en gran porcentaje cometen un grave error en decir que las piezas deciduas van a ser suplantadas por las permanentes por lo que no reciben el cuidado necesario y muchas veces son perdidas por la caries, por eso existen una cantidad mínima de niños que presentan restauraciones.²²

De acuerdo al Dr. Klein, H., C. E. Palmer, and J. W. Knutson, en su libro "Studies on Dental Caries" en niños menores de 8 años no es común encontrar piezas obturadas, incluso en el 90% de los casos de niños y niñas con caries estas piezas no han sido tratadas, ya que de acuerdo a una encuesta realizada por ellos los padres tienden a creer que como están pequeños y los dientes se mudan solitas van a desaparecer las caries.²³

Según el Dra. Nancy Álvarez se considera maltrato físico a la falla

²⁰ [http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Calculus_\(dental\)](http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Calculus_(dental))

²¹ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Determinantes-En-La-Acumulacion-De/2797573.html>

²² <http://es.wikipedia.org/wiki/Caries>

²³ Salud Pública Odontológica Octubre 2005
Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología

intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño, entre ellas la visita al odontopediatra, por lo que los niños pueden presentar un alto índice de caries.²⁴

5.5 TIPOS DE MALTRATO

Existen diversos tipos de maltrato, definidos de múltiples formas, de los cuales se ha seleccionado los siguientes:

5.5.1 MALTRATO FÍSICO

Se define como «cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.²⁵

A diferencia del maltrato físico el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta. No siempre es sencillo saber cuándo termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso. En contraposición con el maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada. A pesar de ello, constituye una violación de los derechos fundamentales como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, es una práctica peligrosa porque puede causar daños graves a los niños y constituye siempre una forma de abuso psicológico que puede generar estrés y depresiones. Los niños que sufren este tipo de castigo tienden a reproducir comportamientos antisociales y a convertirse en adultos violentos.

²⁴ ¿Qué es el maltrato infantil? La Violencia contra los niños. Página Internet: www.vidahumana.com

²⁵ M^a Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, *Maltrato a los niños...*, pág. 27

Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes. Se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes.²⁶

5.5.2 MALTRATO EMOCIONAL

El abuso emocional es el maltrato psicológico que una persona ejerce sobre otra. Este tipo de maltrato comprende actitudes, acciones y palabras, como las humillaciones, los insultos, los gestos de desaprobación, el aislamiento, la descalificación personal, las codependencias.²⁷

En una encuesta realizada por Lic. Diego Armando García San Juan donde indagaba sobre quienes laboran en el hogar, el 85% de la población encuestada respondieron que papá y mamá con lo que el autor hace referencia a la atención dentro de la familia, mencionando que esta se refiere a un enfoque emocional, debido a que los padres dejan de mostrar interés o la preocupación por procurar el bien hacia los diversos factores que rodean a sus hijos; causando en los niños sentimientos de inferioridad e inseguridad. Refiere además que los hijos de aquellos padres que laboran ambos sienten un abandono ya que al retornar los padres a casa llegan cansados y no les prestan atención.²⁸

Actos de privación de la libertad como encerrar a un hijo o atarlo a una cama, no solo pueden generar daño físico, sino seguramente afecciones psicológicas severas. Lo mismo ocurre cuando se amenaza o intimida

²⁶ Dra. Yeni Nicola Torres, profesora de la UTPL, anota en su guía didáctica de Psicología del Desarrollo I (enero 2006)

²⁷ <http://www.elalmanaque.com/relaciones/14.htm>

²⁸ Publicado en Abuso Infantil, Información General, Negligencia Emocional, Perfil de la Víctima, Perfil del Abusador, Relaciones de Pareja, Signos e Indicadores on Jul 30th, 2009

permanentemente al niño, alterando su salud psíquica. Estos dos últimos ejemplos están contemplados como violación al código penal.

Silvia Álava Sordo Psicóloga Directora del Área Infantil del Centro de Psicología Álava Reyes. Menciona también que el 71% de los padres cuando sus hijos se portan mal tiende a recurrir al maltrato y este se da de acuerdo a las circunstancias, es decir, si no están con nadie más el 60% les pegan si hay alguien de confianza cerca el 40% le da de manotazo y si es alguien con quien no tienen mucha confianza el 85% procede a pellizcar de manera escondida y disimulada tratando que no se note lo que se está haciendo.²⁹

Hay que considerar la posibilidad de maltrato emocional cuando sus padres o tutores: Constantemente menosprecian, o culpan al niño/a. No les importa lo que pasa o les dicen los maestros acerca del niño, o se niegan a considerar la ayuda que le ofrecen para superar los problemas del niño en el colegio. Abiertamente rechazan al niño/a.

5.5.3 ABUSO SEXUAL

Se refiere a cualquier implicación de niños y adolescentes, dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado.

Se podría definir al abuso sexual como el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor, con el objetivo de lograr excitación y/o gratificación sexual.

²⁹ Dpto. de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (diciembre 2008).

La intensidad del abuso puede variar de la exhibición sexual a la violación. De todas las formas de abuso, el abuso sexual es el más difícil de reconocer y aceptar. A partir de los estudios estadísticos, se observa que una de cada cuatro niñas y uno de cada ocho niños serán sexualmente abusados antes de llegar a los 16 años.³⁰

En más del 90% el abusador será masculino y en más del 80% de los casos el abusador será una persona conocida del niño.

Los signos de abuso sexual en niños o adolescentes son:

- a) Llanto fácil sin ningún motivo.
- b) Cambios bruscos en la conducta escolar.
- c) Llegar temprano a la escuela y retirarse tarde.
- d) Ausentismo escolar. Mujer maltratada
- e) Conducta agresiva o destructiva.
- f) Depresión crónica.
- g) Conocimiento sexual y conducta inapropiada para la edad.
- h) Irritación.
- i) Dolor o lesión en zona genital.
- j) Temor al contacto físico.

En la mayoría de los casos los niños nunca comunican lo que está ocurriendo. Los niños no inventan historias acerca de su propio abuso sexual, por eso en la medida que el niño se anima a decirlo, es preciso creerles.³¹

³⁰ D. S. Schechter, S. A. Brunelli, N. Cunningham, J. Brown, P. Baca (2007): «Mother-daughter relationships and child sexual abuse: a pilot study of 35 mothers and daughters (ages 1-9 years)», en *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (1), págs. 39-60.

³¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso_sexual

5.5.4 MALTRATO PRENATAL

Cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño. Puede producirse por acción, cuando las circunstancias de vida de la madre, en las que existe voluntariedad, influyen negativa o patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto. Ocurre durante el embarazo y tiene que ver con el consumo de alcohol, tabaco, medicamentos, drogas - no indicadas y/o contraindicadas -, violencia conyugal, falta de controles médicos y/o análisis indicados durante el embarazo que provoque que el niño-a nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas.

Es importante señalar que las diferentes formas se han presentado separadamente a fin de ejemplificarlas con claridad, pero es común que ocurran dos o más tipos simultáneamente³²

5.5.5 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Es una forma de maltrato infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad.

5.5.5.1 CAUSAS

Este trastorno casi siempre involucra a una madre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Se trata de un síndrome raro, poco comprendido, y cuya causa es desconocida.

La madre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida. Con frecuencia, a los

³² VIDELA Mirta. Maternidad, mitoyrealidad.NuevaEdicion.LosAngeles2010pag160

niños se les hace sufrir a través de exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios.

La madre generalmente es muy colaboradora en el escenario del hospital y, a menudo, es muy apreciada por el personal de enfermería por el cuidado que le prodiga a su hijo. Con frecuencia, se la ve como una persona dedicada y abnegada, lo cual hace menos probable que el personal médico sospeche el diagnóstico del síndrome de Munchausen.

Sus visitas frecuentes infortunadamente también le dan fácil acceso al niño para poder inducirle más síntomas. Los cambios en la condición del niño casi nunca son presenciados por el personal del hospital y casi siempre ocurren sólo en presencia de la madre.

El síndrome de Munchausen ocurre debido a problemas psicológicos del adulto y es generalmente un comportamiento que busca llamar la atención de los demás. El síndrome puede ser potencialmente mortal para el niño implicado.

5.5.5.2 SÍNTOMAS

- a) Los síntomas del niño no encajan en un cuadro clásico de enfermedad o no concuerdan entre sí.
- b) Los síntomas del niño mejoran en el hospital pero reaparecen en el hogar.
- c) El progenitor es "exageradamente atento" o "demasiado servicial".
- d) El progenitor con frecuencia está involucrado en un campo de atención médica, como la enfermería.

5.5.5.3 PRUEBAS Y EXÁMENES

- a) Las muestras de sangre usadas para los análisis de laboratorio no concuerdan con el tipo de sangre del paciente.
- b) No hay una explicación a la presencia de drogas o químicos en las muestras de sangre, materia fecal y orina.

5.5.5.4 TRATAMIENTO

Una vez reconocido el síndrome, es necesario proteger al niño y retirarlo del cuidado directo de la madre o padre, a quien se le debe ofrecer ayuda más que acusarlo.

Dado que esta es una forma de maltrato infantil, se debe notificar del síndrome a las autoridades. Lo más probable es que se recomiende terapia psiquiátrica para el progenitor involucrado. Sin embargo, dado que este trastorno es raro, se conoce muy poco sobre el tratamiento efectivo.

5.5.5.5 PRONÓSTICO

Este es un trastorno difícil de tratar en los padres. Hay poca información disponible sobre los mejores tipos de tratamiento y el pronóstico. Generalmente, requiere años de apoyo psiquiátrico.

Los niños pueden requerir atención médica para tratar las lesiones infligidas por su progenitora, al igual que atención psiquiátrica para hacerle frente a la depresión, la ansiedad y otras afecciones que puedan ser provocadas por el maltrato infantil. Algunos niños pueden morir por infecciones u otras lesiones infligidas por padres que sufren el síndrome de Munchausen por poderes.³³

³³ http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_M%C3%BCnchhausen_por_poderes

5.6 MALTRATO INSTITUCIONAL

Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.³⁴

5.6.1 MENDICIDAD

La mendicidad es producto y consecuencia, entre otros factores, de la marginación económica. Aun siendo una actividad improductiva y parásita está inserta en el sector de la economía como la más residual y precaria.

En la situación de paro elevado y prolongado que sufre nuestro país, la mendicidad se ha reproducido con rapidez generando unos niveles de actividad entre cuatro y seis veces mayores que los existentes a finales de la década de los 90, si bien es necesario advertir que los grupos mendicantes son nómadas, dispuestos a desplazarse a cualquier lugar, con un sentido de la provisionalidad muy fuerte.

La limosna constituye un fenómeno reproductor de la mendicidad, en tanto que posibilita un efecto continuista. Las personas que donan limosnas satisfacen la necesidad momentánea del mendigo, y, al mismo tiempo, favorecen su conciencia personal. En muchos casos, la limosna no es más que un remedio contra la “vergüenza ajena”. Se da limosna y se libera el remordimiento de conciencia.

³⁴ <http://www.secuestro-emocional.org/main/Maltrato-Institucional.htm>

Estimamos que muy comúnmente, en esa piedad del limosnero hay no poca hipocresía y *siempre* una concepción del mundo, según un tal orden preestablecido, que, como pobre que no va nunca a dejar de serlo, hay que ayudarle.

Los padres hacen profesionales a los hijos en el arte de la mendicidad, cumpliendo los menores una función de seducción sobre la actitud de los ciudadanos. La presencia de la mujer con niño es más elocuente, más sensible para el reclamo social de la limosna, por ello, la representación de las mujeres en el ejercicio mendicante es mayor que la de los varones. Esta desproporción que ya es importante en el caso de los payos se agudiza más aún en el caso de los gitanos, en los que la población masculina apenas participa en la mendicidad.

Los niños, últimas víctimas de la manipulación familiar, son el grupo sobre el que se sustenta la mendicidad organizada. Más del 60 por ciento de los mendigos españoles son menores de 16 años. El componente infantil en la mendicidad familiar es preponderante, es el elemento básico que activa la atracción de la limosna, por ello, se explota, especialmente, a los niños de edades comprendidas entre los dos y los cinco años, e incluso, a los niños en edad lactante pues facilitan más todavía la actitud lastimera.

La marginación y subdesarrollo infantil devienen de una marginación y subdesarrollo anterior, localizado en la familia. La problemática del menor es por tanto una problemática de raíz familiar y es en el grupo doméstico donde deben centrarse las medidas preventivas. Para ello, se hace menester superar las ideas del siglo XIX, que dieron lugar a las quejas lastimeras; tan simples y estériles, como aquellas de la copla que oímos cantar en la niñez:

“Pobre mujer, me das pena / cuando me pides limosna, / teniendo un niño en los brazos / que, mientras tú pides, llora. / Mientras tu pides él llora, / diciéndote de continuo, / que antes de pedir por ti, / antes pidas por tu hijo”.

5.6.2 CORRUPCIÓN

La corrupción de menores constituye un complejo fenómeno social cada vez más frecuente y preocupante, sobre todo por el carácter sutil con que aparece y por la honda huella traumática que deja entre sus víctimas. Haciendo una rápida revisión de las estadísticas de los últimos años sobre los casos de maltrato a menores denunciados ante el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se hace notable el pavoroso incremento $\frac{3}{4}$ a veces duplicación y hasta triplicación de un año al otro $\frac{3}{4}$ de este mal en el Estado de Jalisco. Simplemente, para dar una idea de su gravedad, mencionaremos que en 1999 fueron comprobados 616 casos de maltrato viéndose involucrados 1, 221 menores. La compleja naturaleza de este fenómeno y su rápido crecimiento obligan a revisar el impacto que tienen y han tenido las diversas estrategias que se han implantado desde las distintas áreas de injerencia social para atenderlo y prevenirlo.

Es un delito contra la integridad sexual psicológica, que consiste en hacer participar a un menor de 18 años de prácticas sexuales desviadas. Quien comete el delito no necesariamente debe ser un mayor de edad, aunque debe ser imputable. En Argentina la imputabilidad penal es a partir de los 16 años.

La palabra corrupción proviene del latín “corruptio” significando en el caso de la sexualidad, perversión sexual, que puede darse simplemente por el inicio de la vida sexual a edad demasiado temprana.

El artículo 125 castiga con tres a diez años de reclusión o prisión, a aquel que promoviere o facilitare que se produzca la corrupción de personas de menos de 18 años, aún si la víctima prestara su consentimiento. La pena se agrava a reclusión o prisión de seis a quince años en caso de que la víctima tuviera menos de trece años.

Si hubo además en el actor maquinaciones, engañando, forzando con violencia, usando abusivamente su autoridad o mediando amenazas o en caso de parentesco o vínculo de protección (ascendientes, hermanos, cónyuge, tutor, maestros) la pena se eleva a entre diez y quince años de reclusión o prisión.

Hay que distinguir, aunque muchas veces aparecen todos estos delitos tipificados, el caso de corrupción de menores, del de prostitución de menores, que es trato sexual habitual, por recompensa económica y promiscuo, y de los casos de abusos deshonestos, que son actos contrarios al pudor, y a la libertad sexual, pero que no implican acceso carnal o tentativa de violación. Por ejemplo en el sexo oral, tocar, besar a la víctima u obligarla a tocarse a sí misma, o levantarle la falda, donde siempre se actúa sobre el cuerpo físico de la víctima. En la corrupción de menores el daño que se produce es psíquico, alterando el desarrollo y maduración sexual normal del sujeto, aunque muchas veces coincidan también los daños físicos. El sexo oral, la sodomía, la homosexualidad, pueden alterar la psiquis, aunque todo será objeto de la prudente apreciación judicial para saber si el caso entra en una u otra categoría, o en ambas. La corrupción de menores es un delito de peligro abstracto, por lo cual no es necesario comprobar que efectivamente la acción del corruptor ha modificado la conducta sexual de la

víctima, pero sí probado que el menor ya era corrupto, se exime la penalidad.³⁵

5.6.3 EXPLOTACIÓN LABORAL

Explotación laboral infantil se refiere al trabajo de niños en cualquier sistema de producción económica de un país, una región y en el mantenimiento económico de un grupo familiar. La explotación infantil es un hecho que azota en especial a países en vías de desarrollo, pero en el mismo se ven implicados los países industrializados. También se le denomina trabajo infantil.

Si desde niños trabajan, no van al colegio y no pueden estudiar ni aprender, la incultura desemboca en una falta de conocimiento de sus derechos y por supuesto en una falta de lucha por conseguirlos. A la vez los padres de estos niños están en paro y por tanto la responsabilidad es del hijo mayor. El trabajar les quita de jugar, de disfrutar, de descubrir, no les deja ser niños.³⁶

Esto de acuerdo a un estudio realizado por Silvia Álava Sordo Psicóloga, Directora del Área Infantil del Centro de Psicología Álava Reyes. Ella informa que el 80% de los padres utilizan aun los golpes, insultos en algunas ocasiones cuando los niños llegan a sus casas y no presentan lo acordado con sus padres.³⁷

³⁵ Cobb L, González M. Explicando la corrupción como un sistema de ciclos viciosos. Security and Defense Studies Review. 2007; 7(1):55-68C

³⁶ PRONIÑO - Programa de acción social de Fundación Telefónica que contribuye significativamente a erradicar el trabajo infantil en Latinoamérica. Informe de Carlos Ayala.

³⁷ <http://silviaalava.wordpress.com/author/silviaalava/> La Psicología es para todos los días La Psicología que ayuda en el día a día. (diciembre2008)

5.6.4 POR OMISIÓN

Se trata de un tipo de maltrato infantil que representa el 70 por ciento del total. Es, por tanto, más frecuente que los malos tratos físicos, los abusos sexuales o la corrupción de menores, que sin embargo reciben mucha más atención, probablemente porque los daños son más visibles. El maltrato por omisión más frecuente es el educativo cuando no se apoya ni se presta atención al aprendizaje escolar. Pero también tiene un lugar destacado la negligencia psicológica que supone una importante desatención en la estimulación del bebé y su interacción social. La mayoría de los casos de maltrato por negligencia u omisión, según estos expertos se dan en caso de depresión post parto u otro tipo de depresiones que provocan la desatención del pequeño. También las malas condiciones de vida, especialmente en situaciones de inseguridad familiar económica, por violencia o drogadicción. Hay casos menos evidentes como bebés subalimentados o no alimentados de acuerdo a su edad y otros que carecen de un entorno higiénico adecuado. Las madres adolescentes también son un grupo de riesgo en este tipo de maltrato, cuando la mujer aún no ha madurado lo suficiente para comprender que tener un hijo es dejar de centrarse en una misma.³⁸

5.6.5 NEGLIGENCIA O ABANDONO

Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

³⁸ <http://www.bebesymas.com/ser-padres/maltrato-por-omision-un-modo-de-maltrato-poco-conocido>

El abandono es dejar de proporcionar los cuidados o atención al menor que requiere para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y espiritual. Esto puede incluir, por ejemplo, omitir brindarle a los menores alimentos, aseo, medicamentos y afecto.

Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia:

Abandono físico: Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud, echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar el regreso al hogar del niño o niña que huyo; dejar al niño solo en casa a cargo de otros menores.

Negligencia o abandono Educativo: No inscribir a su hijo en los niveles de educación obligatorios para cada provincia; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial.³⁹

5.7 INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

Debemos partir de la base que el niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente.

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. Por eso es tan importante la detección a tiempo del maltrato y de buscar soluciones que ayuden al niño en su evolución.

Los problemas ocasionados por maltrato en los niños, son manifestados de diferentes formas pudiendo ser conductuales, físicas y/o emocionales, siendo estas señales de alarma las que denominaremos INDICADORES de Maltrato o en Situación de Riesgo.

Estos indicadores pueden darse también en otros casos que no necesariamente se dan en niños maltratados, la diferencia más notable es que los padres Maltratantes nunca reconocen la existencia del maltrato y rechazan cualquier tipo de ayuda, llegan a justificar este tipo de acciones con los más variados argumentos; en cambio los padres con dificultades suelen reconocer el maltrato y aceptan la ayuda que se les ofrezca.⁴⁰

³⁹ M^a Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, *Maltrato a los niños...*, pág. 29

⁴⁰ Dr. Eduardo R. Hernández González. *Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil. Texto ¿Cómo detectar el maltrato infantil?* 2006 Pág. 152 - 168

5.8 MALTRATO FÍSICO

Se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo⁴¹

5.8.1 Lesiones cutáneas mucosas

- a) Lesiones de partes blandas
- b) Hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones y pinchazos
- c) Quemaduras
- d) Mordeduras

5.8.2 QUEMADURAS Y ESCALDADURAS

Las quemaduras pueden ser infringidas como maltrato físico o ser accidentales; las accidentales en muchas ocasiones se pueden ver como negligencia de la persona que cuida al niño.

Características de las quemaduras que nos hacen sospecha de maltrato infantil.

Localización:

Múltiple y/o bilateral, con frecuencia en región perioral e intraoral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos y pies.

Distribución:

Simétrica en forma de “calcetín o de guante” (producidas por inmersión en agua caliente)

⁴¹ M^ª Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, *Maltrato a los niños...*, pág. 27

Bordes:

Nítidos que reproducen la forma del objeto (Plancha, Parrilla, Sartén, Cuerda, Cigarrillos, etc.).

Formas de presentación:

En distintos estadios evolutivos de curación y/o de cicatrización (presencia de quemaduras recientes y antiguas).

Diagnóstico diferencial

Quemaduras accidentales: Estas son de bordes irregulares; carácter único y casual; distribución asimétrica; localización en región antero-superior del cuerpo y/o en zonas descubiertas de la piel.

Enfermedades dermatológicas: La Epidermolisis ampollosa, el Síndrome de la piel escaldada estafilocócica y el Impétigo ampollosa.⁴²

5.8.3 MORDEDURAS

Las mordeduras son otras lesiones muy características en niños sobre todo, cuando son producidas por maltrato infantil. Estas reproducen la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen ser de adulto: distancia intercanina > 3 cm.), diferente de la mordedura de un animal.

Además estas lesiones aparecen de forma recurrente y pueden aisladas o múltiples. El diagnóstico diferencial en estos casos se puede realizar con la Mordedura de otro niño (distancia intercanina < 3 cm.) o con la mordedura de perro o de otros animales.⁴³

⁴² <http://www.slideshare.net/baulero/lesiones-de-cavidad-oral>

⁴³ Cerezo, María A. (1995), El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar Nº 71, págs. 135-158. Recuperado el 12 de marzo de 2011 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48496>

5.8.3.1 ALOPECIA TRAUMÁTICA

La alopecia o calvicie es la pérdida parcial o total de pelo en varias partes del cuerpo humano. El grado y patrón de alopecia puede variar ampliamente, pero su forma más común es el patrón androgénico o masculino hereditario de calvicie, también conocido como alopecia androgénica, alopecia androgenética o alopecia seborreica; este último término alternativo es usado principalmente en Europa.

La alopecia en parches redondos es una patología denominada alopecia areata. Algunas formas graves de alopecia areata son la alopecia total, la cual involucra la pérdida de todo el cabello de la cabeza y en su forma más extrema, la alopecia universal, la pérdida del pelo es total en la cabeza y el resto del cuerpo⁴⁴

5.8.3.2 LESIONES DENTALES

Esta causa está teniendo una incidencia alarmante, aproximadamente 4.000 niños son maltratados al año. En estos casos, 2 de cada 3 lesiones se localizan en la zona orofacial. Los padres o tutores de estos niños acuden diciendo que el traumatismo se ha debido a un accidente, pero vemos que existe una notable discrepancia entre lo que nos cuentan y lo que deducimos de la inspección y la exploración.

Los traumatismos pueden ser por golpes directos con un objeto, la mano o el puño; o por introducción violenta de objetos como chupetes, tenedores o cucharas cuando el niño está llorando o comiendo. Las lesiones más frecuentes son las fracturas de los dientes y las luxaciones dentales,

⁴⁴ Gibello Prieto, A.M.; Carrillo Troya, C.; Hernando Hernando, M. *Tratamientos Capilares*. Ed. Paraninfo (2007)

seguidas de contusiones orales y periorales. Las radiografías pueden ser útiles en sospechas de maltrato debido a que el 50% de los niños son maltratados repetidamente, con lo que veremos evidencias de traumatismos anteriores.⁴⁵

Según estudios realizados por el Dr. Boris Vélez en la historia clínica el registro de extracciones indicadas se dan mayoritariamente en niños y niñas a partir de la edad escolar, presentando este problema más los niños que las niñas, debido a que los niños realizan deportes más extremos y de contacto.⁴⁶

5.8.3.3 LESIONES OSTEO ARTICULARES

Fracturas, subluxaciones, contusiones por tracción en todo niño menor de 2 años con fracturas de cualquier tipo o localización, aun con un relato coherente en una primera entrevista, se debe sospechar SMI hasta que no se demuestre lo contrario. Las soluciones de continuidad óseas y articulares más frecuentes son:

Extremidades, fracturas en diferentes períodos de evolución, fracturas diafisarias espiroideas de localización transversal u oblicua por torsión sobre el eje óseo. Fracturas a nivel del cartílago de conjugación por tracción y separación de estructuras con desprendimiento de fragmentos metafisarios.

Costillas.

De acuerdo al Fisiatra Marcos Peganini las fracturas en niños y adolescentes tienen varias características que las distinguen de las que se presentan en adultos. Sobre todo que en un 57% son debido a juegos y caídas por inercia y un 41% son debido algún tipo de maltrato físico recibido por un adulto, en

⁴⁵ http://www.drjaviersaldivar.com/traumatismos_dentales.htm

⁴⁶ Dr. Boris Vélez odontólogo en Machala refiere en su artículo publicado en la revista "Mariela" edición marzo 2010 refiere las técnicas de higiene bucal desde la infancia.

la encuesta aplicada los niños nos refieren en un 57% que no han sufrido fractura y un 36% que si han tenido algún tipo de ella.⁴⁷

5.8.4 LESIONES ORGÁNICAS INTERNOS

5.8.4.1 Neurológicas (intracraneales)

Las caídas de bebés y el síndrome del bebé sacudido ocasionan diversas lesiones cerebrales en los bebés, durante los primeros años de vida. Los síntomas pueden abarcar desde lesiones cerebrales, vómitos, retardo mental, y en casos extremos, puede ocasionar la muerte.

Los golpes comprimen la piel y los vasos sanguíneos que se encuentran debajo de ella, produciendo la ruptura de los mismos, y la salida de la sangre, que se acumulará debajo de la piel. Esta acumulación es conocida como hematoma.

En las caídas de bebés, el golpe puede ser muy intenso, y producir fracturas en el hueso, sobre todo en la región craneal. El síndrome del bebé sacudido, es el término empleado para describir los síntomas de una sacudida violenta o impacto en la cabeza de un bebé, y el grado del daño cerebral, depende de la intensidad y duración de la sacudida, o del impacto recibido.

Los síntomas incluyen una serie de alteraciones neurológicas menores como irritabilidad, vómitos, temblores, letargo, y otras mayores, convulsiones, estupor, coma, muerte. Estos cambios son causados por la destrucción de células cerebrales, por falta de oxigenación celular, o por la hinchazón cerebral.

⁴⁷ Dr. Marcos Peganini Manual de Odontología Pediátrica Cameron Editorial: Elsevier año: 2010 cant. De tomos: 1 cant. de páginas: 482 idioma: castellano especialidad: Odontopediatria ibsn: 978848086644-6

Es común encontrar hemorragia en las retinas, que se suman al hematoma subdural y la hinchazón cerebral. En general no se presentan evidencias de agresiones.

Los registros indican que cerca del 20% de los casos de síndrome del bebé sacudido, son mortales en los primeros días posteriores a la lesión. Los sobrevivientes, sufren una serie de discapacidades que abarcan desde trastornos leves de aprendizaje, cambios de conducta, dificultades de coordinación, dificultades en la alimentación, disturbios visuales, discapacidades mentales graves, trastornos del desarrollo, epilepsia, parálisis, ceguera, hidrocefalia.

Médicamente se define como una serie de hemorragias intracraneales y oculares, ocurridas en niños muy pequeños.

Al comienzo de este síndrome, pueden observarse ocasionalmente, huellas de malos tratos, como magulladuras, laceraciones, quemaduras, lesiones cerebrales, fractura de costillas, en las extremidades, lesiones en los órganos internos.

El cerebro de un niño pequeño rebota dentro de la cavidad craneal, durante la sacudida, ocasionando la destrucción de parte del tejido cerebral, también pueden ocurrir sangrado en la periferia del cerebro. Esto ocurre debido al tamaño de la cabeza del bebé y a la debilidad de los músculos del cuello, que no puede soportar el tamaño de su cabeza, y a que el cerebro no ha madurado y se lesiona más fácilmente en presencia de sacudidas o caídas de bebés.

Los factores de riesgo para la situación de maltrato infantil son: cuidadores en situación de estrés, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, falta de control de los impulsos, carencia de apoyo y asistencia, etc.⁴⁸

5.8.4.2 OCULARES Y ÓPTICAS

Los niños son capaces de producirse ellos mismos una gran cantidad de traumatismos. Los traumatismos oculares son la segunda causa de atención oftalmológica pediátrica de urgencia, tras las conjuntivitis. Son la principal causa de ceguera unilateral no congénita en la infancia y la primera causa de enucleación. Un tercio de las cegueras infantiles se deben a ellos.

Buena parte de los traumatismos son evitables. El pediatra, muchas veces, será el primero en atenderlos. Los traumatismos en los niños pequeños se producen en casa, con los juguetes, en la cocina (con aceite, agua hirviendo, productos de limpieza, utensilios de cocina); en los mayores de 8 años son causados por los deportes como una de las principales causas (pelota, tirachinas, palos, petardos, piedras, proyectiles, dardos y balines de aire comprimido, los balines causan lesiones oculares y orbitarias especialmente devastadoras.

Los varones de 11 a 15 años son los más vulnerables. Los varones sufren más traumatismos que las mujeres (relación 4/1). Las circunstancias del traumatismo deben ser recordadas cuidadosamente ya que pueden tener implicaciones medico legales importantes.

Debe interrogarse el cuándo, cómo y con que se ha producido la lesión. El examen del ojo afectado en niños es habitualmente dificultoso. La anestesia

⁴⁸ <http://www.fisioterapiaioiasso.com/es/fisioterapia-y-rehabilitacion/motivos-de-consulta-frecuentes/34.html>

local ayuda al pediatra a atender pequeños traumatismos y cuerpos extraños en la superficie conjuntival.

Las lesiones oculares por maltrato se localizan en todos los segmentos del ojo, en los párpados y conjuntiva, en el segmento anterior, en los medios refringentes, segmento posterior y órbita, muchas de ellas de tanta gravedad que llevan consigo peligro de ceguera.

5.9 ABUSO SEXUAL

Si se sospecha que un niño ha sido abusado sexualmente, éste debe ser examinado lo más pronto posible por un profesional médico capacitado. La mayoría de los pediatras, muchos médicos de familia y la mayoría de los médicos emergenciólogos tienen entrenamiento para examinar casos que involucren abuso sexual.

No demore el examen por parte de un médico por ninguna razón, dado que muchos signos de lesiones relacionadas con el abuso sexual son temporales. El examen debe hacerse dentro de las 72 horas después del hecho o de su descubrimiento.

Siempre se debe practicar un examen físico completo, de tal manera que el examinador pueda buscar cualquier tipo de signos de maltrato físico o abuso sexual, ya que las dos formas de abuso pueden coexistir.

Las áreas afectadas pueden abarcar la boca, la garganta, el pene, el ano y la vagina, incluyendo el himen, una delgada pieza de tejido que cubre la abertura de la vagina que puede ser afectada por el abuso sexual.

El médico también puede ordenar exámenes de sangre para verificar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, como sífilis y VIH, y

verificar si hay embarazo en las mujeres. Estos exámenes pueden ayudar a determinar el tratamiento.

Las fotografías de las lesiones pueden ayudar a establecer lo que sucedió. Es sumamente importante anotar los síntomas debido a cualquier forma de maltrato infantil.

Cuando se le reporta a la policía o a los servicios de protección infantil un presunto abuso sexual de un niño, automáticamente se programa un examen. Después del primero, se programa un segundo examen con un experto en este campo. A través del programa de servicios de protección infantil en cualquier parte de los Estados Unidos, se puede encontrar un médico o enfermero especializado.

La prevención implica enseñarles a los niños a nunca mantener secretos y la diferencia entre las caricias “buenas” y las “malas”. Es necesario que los padres inicien esta labor en el hogar. La mayoría de las escuelas ahora tienen programas para enseñarles a los niños pequeños en edad escolar acerca del abuso sexual y su prevención.

Los adolescentes también necesitan educación acerca de cómo evitar una violación intempestiva y una violación en una cita.

La supervisión y vigilancia constantes por parte de los adultos es esencial para prevenir todas las formas de maltrato infantil.⁴⁹

5.10 LESIONES BUCODENTALES

5.10.1 Definición

Muchas de las lesiones de la mucosa en la cavidad bucal están relacionadas con trastornos anatómicos y funcionales de los órganos del aparato

⁴⁹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007224.htm>

digestivo; algunas forman parte del cuadro clínico de la entidad y otras aparecen como complicaciones de estas. Generalmente son de orígenes inmunológicos, nutricionales o carenciales. Estas lesiones son difíciles de tratar, por lo que es importante conocer las características clínicas que faciliten una adecuada interpretación y al mismo tiempo ofrecer una conducta terapéutica correcta. Se presenta una revisión actualizada de las características semiológicas de las lesiones bucales que forman parte del cuadro clínico de diversas enfermedades digestivas, con el fin de que los médicos generales, clínicos, estomatólogos y gastroenterólogos puedan diagnosticarlas y brindar mejor orientación y tratamiento a los pacientes.⁵⁰

La mucosa oral forma parte del tracto digestivo superior y en ella pueden producirse enfermedades de origen local o sistémico. Cualquier alteración de la boca precisa de un examen minucioso de toda la cavidad oral: mucosa oral, encías, paladar y lengua. No sólo recurrimos a la inspección, también la palpación y el estudio anatomopatológico suelen ser herramientas imprescindibles para la confirmación diagnóstica.

Las lesiones elementales de la mucosa y semimucosa bucal pueden ser primarias o secundarias. Estas últimas son las que derivan de las primitivas.⁵¹

5.10.2 LESIONES PRIMARIAS

- a) Sólidas
 - b) Mácula
-

⁵¹ Rev Cubana Estomatol v.43 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006

- c) Pápula
- d) Tumor
- e) Nódulo
- f) Placa
- g) Líquidas
- h) Vesículas
- i) Ampollas
- j) Pústula
- k) Quiste

5.10.3 LESIONES SECUNDARIAS

- a) Costra
- b) Grieta o fisura
- c) Erosión
- d) Ulceración
- e) Ulcera
- f) Perforación
- g) Cavidad
- h) Cicatriz ⁵²

5.10.4 ALTERACIONES DE COLOR DE LA MUCOSA BUCAL

Muchos pacientes refieren sensación de sabor amargo, metálico, bilioso o salado acompañado o no de lesiones orgánicas de la cavidad bucal, lo cual debe ser interpretado como uno de los síntomas de enfermedades

⁵² http://es.wikipedia.org/wiki/Cirug%C3%ADa_oral

esofágicas, gastroduodenales (úlceras gástrica y duodenal), hepatobiliopancreáticas (litiasis vesicular, hepatitis o pancreatitis crónica). Asimismo, este síntoma se manifiesta en la gran mayoría de los pacientes con antecedentes de tratamiento quirúrgico por enfermedades digestivas (síndrome poscolecistectomía, gastrectomía y pancreatectomía).

Una vez descritas las características semiológicas de las lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas, podemos concluir que la exploración de la cavidad bucal debe ser inevitable, pues el diagnóstico de estas entidades es básicamente clínico, lo que permitirá llevar a cabo una terapéutica adecuada de la lesión y mejorar la calidad de vida del paciente.

5.10.5 LESIONES BLANCAS

Las características morfológicas de la mucosa oral son variables en sus diferentes regiones; en algunas encontramos mucoperiostio, en otras una submucosa, bajo la cual hay tejido adiposo y/o músculo. La coloración de la mucosa depende en general del grosor del epitelio, y tenemos la encía adherida y paladar duro de coloración más pálida por tener un epitelio queratinizado, se observan distintas zonas anatómicas de la mucosa oral, que incluyen mucosa de revestimiento, mucosa especializada y mucosa masticatoria, además hay otras zonas marcadas ya que algunas lesiones tienden a afectar de modo especial, como por ejemplo la zona retrocomisural. Cada vez que envíe una biopsia de lesión de la mucosa oral debiera indicar su exacta localización. A veces un paciente tiene lesiones en más de una región, como ocurre en liquen plano, aftas, u otras.

La coloración de la mucosa puede presentar variaciones que se consideran normales, por ejemplo, por pigmento melánico en personas de tez oscura,

especialmente en la mucosa gingival. También puede presentarse un color blanco-grisáceo que se desprende o desaparece al raspar en la mucosa de la mejilla, la cual conserva su textura normal y que histológicamente corresponde a un engrosamiento del epitelio, esta condición se denomina leucoedema⁵³.

Otras veces por la presencia de glándulas sebáceas en mucosa de mejilla y del labio, puede presentar aspecto punteado, de color amarillento, condición normal (ya que lo presenta cerca del 75% de la población) y frecuente, que se conoce como Enfermedad o Condición de Fordyce. Estas condiciones (pigmentación melánica, leucoedema y Fordyce), son simples variaciones de lo normal que no tienen mayor importancia, pero que debemos reconocer clínicamente.

La etiología de las lesiones blancas y cancerizables es muy variada.

Lesiones blancas que se desprenden al raspado.

5.10.6 GENERALIDADES, COLORACIÓN Y ETIOLOGÍA

Genéricamente, se denominan manchas o máculas, sin elevación, depresión o espesamiento. Los eritemas y las púrpuras son distinguibles entre sí, por la discopia (vitropresión) o digitopresión.

Pigmentadas: suceden por el aumento o disminución de pigmento endógeno o exógeno, drogas: amiodarona, ácido acetil salicílico, permanganato de potasio, sales de oro, alquitrán, nitrato de plata). La deposición aumentada de melanina (hipercromía o hiperpigmentación, melanodermia o melanosis), disminuida (hipocromía) o ausente (acromía) en la piel, pelos (discromías del pelo: leucotriquia, feo o rodotriquia, poliosis) o de las uñas o garras

⁵³ Regezi J. *Oral pathology*, 5th edition. Clinical pathologic correlations 2008

(leuconiquia, feoniquia), caracterizan una serie de enfermedades heredadas o adquiridas (vitiligo, aureotriquia, hiperadrenocorticismo, hipotiroidismo, leishmaniasis, etc.).⁵⁴

5.10.7 LESIONES DE TEJIDOS DUROS

Las lesiones traumáticas sobre las piezas dentarias han sido clasificadas por muchos autores siendo muy amplia la clasificación de los mismos es por ellos que trataremos de resumir las mismas conjuntamente con la etiología y el tratamiento de urgencia para el práctico general⁵⁵:

5.10.8 TRAUMATISMOS OSTEOPERIODONTALES

Constituye una alteración sensitiva dolorosa de la boca, de patogenia desconocida, caracterizada por una sensación de ardor o quemazón en la mucosa de la cavidad bucal, especialmente de localización lingual, en ausencia de lesiones bucales, es decir, en presencia de una mucosa bucal normal. La mayoría de los pacientes con síndrome de ardor bucal son adultos de edad avanzada, sobre todo, mujeres posmenopáusicas. Se estima que la prevalencia en la población general se encuentra alrededor de 1-18 %, y se señala por la literatura internacional que del 75 al 90 % del total de los cuadros de glosodinia cursan sin causa clínica evidente 87, 88.

Sin embargo, la glosodinia, asociada o no con alteraciones orgánicas de la boca, está relacionada con múltiples factores etiológicos, fundamentalmente locales, sistémicos y psicológicos.

⁵⁴ Rev Cubana Estomatol v.43 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006

⁵⁵ <http://www.red-dental.com/OT008601.HTM>

En esta revisión solo haremos mención a los factores sistémicos, y dentro de estos, a los trastornos digestivos que cursan con glosodinia en presencia de lesiones orgánicas como: despilación, atrofia, y cambio de coloración lingual (discromía), como se observa en pacientes con síndrome de mal absorción acompañado de ferropenia, hipovitaminosis del complejo B o C, deficiencia de zinc marcada y el síndrome Plummer-Vinson.^{89, 90}

Por otro lado, en enfermedades digestivas como esofagitis por reflujo gastroesofágico, gastritis crónicas, úlceras gastroduodenales y en el síndrome de intestino irritable, los pacientes pueden manifestar la presencia de glosodinia sin lesiones orgánicas de la cavidad bucal.⁵⁶

5.10.9 ETIOLOGÍA DE LOS TRAUMATISMOS

- a) Caídas de los brazos de la madre
- b) Caídas de la cama
- c) Caídas contra objetos al caminar
- d) Caídas en parque (hamacas)
- e) Accidentes automovilísticos
- f) Prácticas deportivas
- g) Accidentes callejeros
- h) Juegos agresivos
- i) Maltrato infantil.⁵⁷

5.10.10 FACTORES PREDISPONENTES

- a) Naturaleza

⁵⁶ Rev Cubana Estomatol v.43 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006

⁵⁷ http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/shaken_esp.html

- b) Sistémica: problemas de Crecimiento y desarrollo relacionados con la mineralización embriológica.
- c) Locales: Retardo mental y epilepsia: Convulsión. Excesivo Overjet y Overbite Protrusión Frecuencia de lesiones traumáticas.
- d) Piezas dentarias más comprometidas son: ICS. I.LS. ICI .I L I
- e) Menos frecuentes: Traumatismos dentarios múltiples, Fractura de Caninos Premolares y Molares.

5.10.11 TRAUMATISMOS:

- a) Directos: Golpe contra el objeto
- b) Indirectos: Arco inferior contra el superior.

5.10.12 FACTORES DETERMINANTES DE LAS LESIONES DENTARIAS

- a) Fuerza del golpe: Masa-Velocidad
- b) Elasticidad del objeto
- c) Forma del objeto que golpea
- d) Angulo direccional de la fuerza⁵⁸

5.10.13 PATOLOGÍA DE LOS LABIOS

La boca está dividida en vestíbulo y boca propiamente tal por los arcos alveolares. Se comunican por los espacios interdentarios y retrodentarios. Los anexos de la boca son el aparato masticador, los dientes, las articulaciones témporo-mandibulares y las glándulas salivales.

⁵⁸ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2003000200002&script=sci_arttext&tlng=es

5.10.14 PAREDES DE LA BOCA

- a) anterior (labios)
- b) laterales (mejillas)
- c) superior o bóveda palatina
- d) pared inferior o suelo (lengua y región sublingual)
- e) pared posterior

5.10.15 LA CAVIDAD ORAL CUMPLE FUNCIONES

- a) digestiva: masticación, saliva (650 ml/día), amilasa.
- b) gustativa: sabores básicos son dulce, salado, ácido y amargo
- c) fonación: actúa como cavidad de resonancia, lenguaje (consonantes y vocales)

5.10.15.1 SEMIOLOGÍA

- a) síntomas: odinofagia, disfagia, sensación de globo, sensación de quemadura, halitosis, sialorrea, alteración del gusto, alteraciones del lenguaje.
- b) signos: tumefacción del cuello, aumento de volumen y/o dolor de ganglios, alteraciones de la superficie lingual, alteraciones de la secreción de saliva, leucoplaquias y eritroplaquias, úlceras, granulomas, hiperplasia mucosa, inflamación.

5.10.16 PATOLOGÍA INFECCIOSA

Gingivoestomatitis herpética

La gingivoestomatitis herpética es una infección originada por el virus herpes simple y que afecta la boca, la garganta y ciertas zonas de la cara. Puede presentarse en la infancia; generalmente entre los 6 meses y los 5 años de edad; sin embargo, también afecta a niños mayores y adultos. Un niño que ha adquirido la infección por herpes, llevará el virus de por vida. El virus puede reaparecer años después en los labios produciendo "fuegos".

El virus se contagia por contacto directo con saliva o secreciones infectadas, generalmente al besarse, o al compartir utensilios de comer. Aunque la persona que trasmite el virus puede tener un herpes labial, en la mayoría de los casos no presenta síntoma alguno. La enfermedad suele comenzar de 2 a 12 días después de la exposición a la enfermedad.

La mayoría de los niños que tienen infección por herpes se encuentran sin síntomas o tienen dolor de garganta leve y algunas lesiones (fuegos) en la boca.

En los casos más graves, tienen erosiones y úlceras en toda la boca, desde los labios, lengua y carrillos hasta la parte posterior de la garganta. Las encías están generalmente inflamadas y enrojecidas y pueden sangrar fácilmente.

Los niños suelen tener fiebre alta (38.8-40°C), dolor intenso en la boca y dificultad para tragar.

5.10.17 EXPLORACIÓN DEL LABIO

La exploración debe llevarse a cabo en un área adecuada y con luz suficiente, lo cual es muy importante para no dejar pasar ningún cambio, ya sea de forma, tamaño, color, superficie o consistencia. Otro aspecto esencial es retraer y manipular los tejidos blandos con un abate lenguas o espejo, y siempre palpar para buscar cambios. Se debe preguntar inicialmente al paciente si no es alérgico al látex de los guantes, y si no se sabe, se recomienda utilizar guantes de vinil. Se usará una gasa de 4 x 4 cm para retraer perfectamente la lengua y secar los orificios de salida de la saliva a fin de observar la permeabilidad de éstos⁵⁹.

La exploración debe ser sistemática y rutinaria en cada paciente para no equivocarse y dejar de observar alguna región. Este es el tipo de exploración que se sugiere. Los límites de la cavidad bucal son: el labio tanto superior como inferior, el paladar, la mucosa bucal, la región retromolar, la lengua y el piso de la boca, hasta la orofaringe, istmo de las fauces y las tonsilas (amígdalas)⁶⁰.

5.10.18 PATOLOGÍA DE MEJILLAS Y LABIOS

El revestimiento de una boca sana (mucosa bucal) es de color rojizo y las encías, que se ajustan firmemente a los dientes, son de color más pálido. El techo de la boca (paladar) se divide en dos: el paladar duro, que tiene crestas y está situado en la parte anterior, y el paladar blando, que es liso y está en la parte posterior. Un borde húmedo-seco delimita claramente la superficie externa e interna de los labios; la externa es una capa de piel y la

⁵⁹ Sapp P. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*, 2nd edition, 2005

⁶⁰ Cawson & Odell. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*, 8th edition, 2008

interna, una membrana mucosa. La superficie de la lengua está recubierta por pequeñas prominencias cónicas llamadas papilas gustativas.

La boca puede verse afectada por enfermedades localizadas (que sólo afectan una zona específica del organismo). Es el caso de algunas infecciones y heridas. También las enfermedades sistémicas (que afectan al organismo en general) pueden causar alteraciones en la boca. Es el caso de la diabetes, el SIDA y la leucemia. Dado que las primeras manifestaciones de estas enfermedades aparecen a veces en la boca, el odontólogo puede detectar estos procesos antes que nadie.

Entre los problemas que pueden manifestarse en la boca cabría destacar varios tipos de llagas y tumores, como las aftas y el cáncer. El revestimiento de la boca o del paladar también puede experimentar ciertos cambios de color. Otros problemas consisten en el mal aliento y las enfermedades de las glándulas salivales.

5.10.18.1 SÍNTOMAS

El síntoma principal de las aftas es el dolor, que habitualmente es mayor de lo que cabría esperar de algo tan pequeño; dura de 4 a 10 días y empeora cuando la lengua roza la llaga o se ingieren alimentos calientes o picantes. En casos graves puede aparecer fiebre, inflamación de los ganglios del cuello y una sensación general de malestar. Muchas personas afectadas de aftas las padecen de forma recidivante (una o más veces al año).

5.10.18.2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El médico, o el dentista, identifican el afta por su aspecto y el dolor que produce. Sin embargo, las llagas causadas por el virus del herpes simple pueden parecerse a las aftas.

El tratamiento consiste en aliviar el dolor hasta que las llagas se curen de forma espontánea. Se pueden limpiar con algodón impregnado en un anestésico como la lidocaína viscosa, que también sirve de colutorio (enjuague bucal). Durante algunos minutos este anestésico alivia el dolor y las molestias al comer, aunque puede disminuir el sentido del gusto. Para aliviar el dolor también se puede aplicar una capa de carboximetilcelulosa (protección dentaria). Si el paciente tiene varias aftas, el médico, o el dentista, puede prescribir un enjuague bucal de tetraciclina. Las personas con recidivas de aftas graves pueden utilizar este enjuague en cuanto aparezcan nuevas llagas. Otra opción es la cauterización con nitrato de plata, que destruye los nervios que se encuentran bajo el afta. En algunos casos, el médico, o el dentista, prescribe una pomada de corticosteroides para aplicar directamente sobre las aftas graves y, para los casos agudos, se puede prescribir un enjuague bucal de dexametasona o unos comprimidos de prednisona.⁶¹

5.10.19 OTRAS LLAGAS Y TUMORES DE LA BOCA

Toda llaga que dure más de dos semanas tiene que ser examinada por un odontólogo o por un médico, sobre todo si no es dolorosa. Por lo general,

⁶¹ <http://www.slideshare.net/edwin140260/teoria-cavidad-oral-8408566>

son menos preocupantes las llagas dolorosas del labio o del interior de la mejilla ya que puede tratarse de aftas o de una mordedura accidental.

Con frecuencia, las llagas en la boca son blanquecinas, a veces rodeadas de una aureola roja. Se pueden originar al mantener una aspirina entre la mejilla y la encía, recurso al que suele acudir, desacertadamente, para calmar un dolor de muelas. Las llagas en la boca pueden ser una manifestación del síndrome de Behçet, una enfermedad que puede cursar también con llagas en los ojos y en los genitales⁶².

También la primera fase de la sífilis puede aparecer como una ulceración blanca e indolora (chancro) en la boca o en los labios, entre 1 y 13 semanas después de la práctica de sexo oral, aunque generalmente la llaga desaparece al cabo de algunas semanas. Un síntoma posterior de la sífilis no tratada es una mancha blanca en el labio o, con más frecuencia, dentro de la boca (placa mucosa) que puede aparecer entre 1 y 4 meses más tarde. Ambas formas, tanto el chancro como la placa mucosa, son tan contagiosas en estas fases que la enfermedad puede transmitirse incluso con un beso.

El suelo de la boca es la zona en donde aparece con más frecuencia el cáncer, particularmente en personas de mediana y avanzada edad que ingieren alcohol y fuman. Varios tipos de quistes pueden también desarrollarse en esa zona, siendo a veces necesaria su extirpación quirúrgica debido a las molestias que ocasionan.

Se pueden formar grandes vesículas llenas de líquido en cualquier parte de la boca. Habitualmente, son el resultado de heridas, pero también pueden estar relacionadas con enfermedades como el pénfigo. Algunas

⁶² <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=2034>

enfermedades víricas como el sarampión pueden causar lesiones transitorias en la parte interna de las mejillas, especialmente en los niños.

Son graves las infecciones que desde un diente con caries pueden propagarse al suelo de la boca. Una infección muy grave, conocida como angina de Ludwig, puede causar una hinchazón intensa en esta zona, que incluso puede forzar la lengua hacia arriba, con obstrucción de las vías respiratorias. Cuando esto sucede, se necesitan medidas de urgencia para mantener la respiración del afectado.

Un fibroma por irritación se puede desarrollar si una persona se muerde el interior de la mejilla, o se lastima repetidamente el interior de la boca de alguna otra manera. Se puede extirpar quirúrgicamente esta pequeña tumefacción, consistente e indolora.

Es posible que la boca se infecte por verrugas si alguien se chupa el dedo en el cual se está desarrollando una verruga. Un tipo diferente de verruga (Condyloma acuminatum) puede así mismo transmitirse a través del sexo oral. El médico puede tratar la verruga utilizando diversos métodos.

5.10.20 PALADAR

La sialometaplasia necrosante es un colapso repentino de la superficie del paladar, que crea una llaga abierta al cabo de uno o dos días. La sialometaplasia necrosante es indolora, aunque, a veces, la lesión es extensa y puede ser alarmante. Con frecuencia esta enfermedad se presenta a raíz de heridas en la zona (por ejemplo a consecuencia de una extracción dentaria), y se cura al cabo de 2 meses.

En la mitad del paladar puede formarse un tumor de lento crecimiento del hueso (rodete palatino). Este tumor duro es común e inofensivo, aparece en

la pubertad y persiste toda la vida. Incluso un gran tumor se puede dejar sin tratamiento, salvo que se lastime la mucosa que reviste el paladar, al comer o en caso de que una dentadura postiza cubra esa zona.

En personas de 40 a 60 años de edad son más frecuentes los tumores del paladar, tanto los cancerosos como los que no lo son. Son pocos los síntomas que se manifiestan en las fases iniciales, aunque a veces se puede advertir una hinchazón en el paladar o notar el desajuste de una dentadura postiza superior, apareciendo el dolor mucho más tarde.

Un tumor en el paladar puede aparecer en las fases avanzadas de la sífilis (goma).

5.10.21 CAMBIOS DE COLOR

Si existe anemia, el revestimiento de la boca palidece y pierde su saludable color rosado, pero adquiere nuevamente el color normal al tratar la anemia.

El médico, o el dentista, deben examinar las áreas de la boca que presenten una alteración de color reciente, porque pueden indicar una enfermedad de las glándulas suprarrenales o un cáncer (melanoma). Las zonas blancas que aparecen en cualquier parte de la boca son con frecuencia simples residuos de alimentos, de fácil limpieza. Pero si la zona está en carne viva y duele, y si sangra al limpiarla, se puede tratar de una infección por levaduras (muguet).

Así mismo, las zonas blancas en la boca pueden deberse al engrosamiento de capas de queratina, áreas que se denominan leucoplasia. La queratina es una proteína resistente que normalmente protege la capa externa de la piel, pero también se encuentra en pequeñas cantidades en el revestimiento

bucal. A veces la queratina puede formarse en la boca, en particular en aquellas personas que fuman o usan rapé.

Se pueden producir áreas enrojecidas de la boca (eritroplasia), cuando el revestimiento bucal adelgaza y los vasos sanguíneos se hacen más visibles de lo normal. Las áreas blancas o rojas pueden ser no cancerosas (benignas), precancerosas o cancerosas (malignas); dichas áreas necesitan, sin dilación, el control por parte del odontólogo o del médico.

Cuando una persona presenta dentro de las mejillas o al lado de la lengua una malla fina y transparente de líneas blancas (liquen plano), puede además padecer una erupción cutánea con picores. El liquen plano causa llagas dolorosas, pero la mayoría de las veces no resulta molesto.

Unas manchas pueden ser el primer síntoma del sarampión. Éstas aparecen sobre la superficie interna de las mejillas frente a los molares, semejantes a minúsculos granos de arena blanca rodeados de una aureola roja (manchas de Koplik).⁶³

5.10.22 PATOLOGÍA LINGUAL Y SUELO DE LA BOCA

Por razón de las terminaciones nerviosas sensitivas de la mucosa oral, casi todas las enfermedades que afectan a la cavidad bucal no relacionada con los dientes se presentan con dolor. Las alteraciones que afectan a la mucosa presentan ulceración, vesículas y cambios de color.

- a) Ulceraciones: son frecuentes en alergias, infecciones, traumatismos y algunas neoplasias.
- b) Vesículas: características de algunas infecciones (herpesvirus), patologías inmunitarias (pénfigo vulgar, eritema multiforme).

⁶³ http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_08_093.html

c) Masas: pueden ser sólidas o quísticas en cualquier parte de la boca.

Patologías

- a) Estomatitis, por el virus del herpes simple tipo 1 que puede ser vesicular o ulcerativa.
- b) Candidiasis bucal (llamado muguet o algodoncillo), una micosis causada por un hongo oportunista.
- c) Estomatitis aftosa: Asociada con úlceras genitales, conjuntivitis y síndrome de Behçet.
- d) Infecciones poco comunes: actinomicosis por *Actinomyces israelis*, angina de Vincent o boca de trinchera, sífilis.
- e) Queilitis.
- f) Sialadenitis: Inflamación de una glándula salival.
- g) Tumores benignos: mucocele, ránula, granuloma piógeno, épulis, tiroides lingual, neoplasias benignas.
- h) Estomatitis gangrenosa.
- i) Cáncer de boca, un carcinoma escamoso en la cavidad bucal, fuertemente asociado al tabaquismo.

En la boca se distinguen dos tipos de fenómenos fundamentales para la digestión:

- a) Fenómenos mecánicos: Se da gracias a la masticación
- b) Fenómenos químicos: Se da gracias a la salivación⁶⁴

⁶⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/Boca>

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Modalidad básica de la investigación

6.1.1 Tipo y modalidad

Bibliográfica: Es bibliográfica porque para su elaboración se obtuvo información de distintos medios, como textos y páginas web.

De campo: Es de campo porque la investigación se realizó directamente en los niños acogidos en la aldea S.O.S.

6.1.2 Nivel o tipo de la investigación

Exploratoria: Porque se realizó una exploración de la causa del maltrato infantil y su incidencia en las lesiones bucodentales.

Descriptiva: Con el árbol del problema se detalla las causas de las lesiones bucales debido al maltrato infantil.

Analítica: Se obtuvo un análisis íntegro del problema.

Sintética: Mediante el análisis de la investigación se estableció conclusiones cuyos resultados se establecerán a través de tablas y gráficos estadísticos

Propositiva: Al final de la investigación se diseñó una alternativa de solución del problema.

6.2 TÉCNICAS

Encuesta dirigida a los niños acogidos en la Aldea S.O.S.

Observación de los tipos de lesiones bucodentales que presentan los niños acogidos en la Aldea S.O.S.

6.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación son:

- a) Historia clínica
- b) Encuesta

6.4 TALENTOS HUMANOS

Investigador

Tutor de tesis

Población investigada

6.4.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS

Todos los que ayuden a la elaboración del presente trabajo como son las;

Computadoras

Cámaras

6.4.2 Recursos materiales

Materiales de papelería

Fotocopias

Papel

Texto o libros

Viáticos

Fotografías

Tinta

6.4.3 RECURSOS ECONÓMICOS

1.675,05 para la elaboración de la tesis

6.5 POBLACIÓN

La población de niños acogidos en la aldea S.O.S. está constituida por un total de 370 niños.

6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra da un total de 73.

6.6.1 TIPO DE MUESTREO

Los niños serán seleccionados por el tipo de muestreo Aleatorio simple.

7.2 CONCLUSIONES

Luego de obtenido los resultados de la investigación podemos concluir lo siguiente:

- Los niños debido a la falta de materiales de higiene bucal no realizan una buena técnica de cepillado, por lo tanto presentan acumulación de placa y calculo en algunos casos.
- Las visitas al odontólogo en los niños y niñas no se han realizado periódicamente, por la falta de atención de los padres hacia los niños en cuanto al cuidado de la higiene oral.
- Mediante el uso de las encuestas e historias clínicas se logro conocer que los niños objeto de estudio, habían recibido agresiones físicas y en algunos casos presentaron traumatismos y fracturas dentales.

CAPÍTULO VII

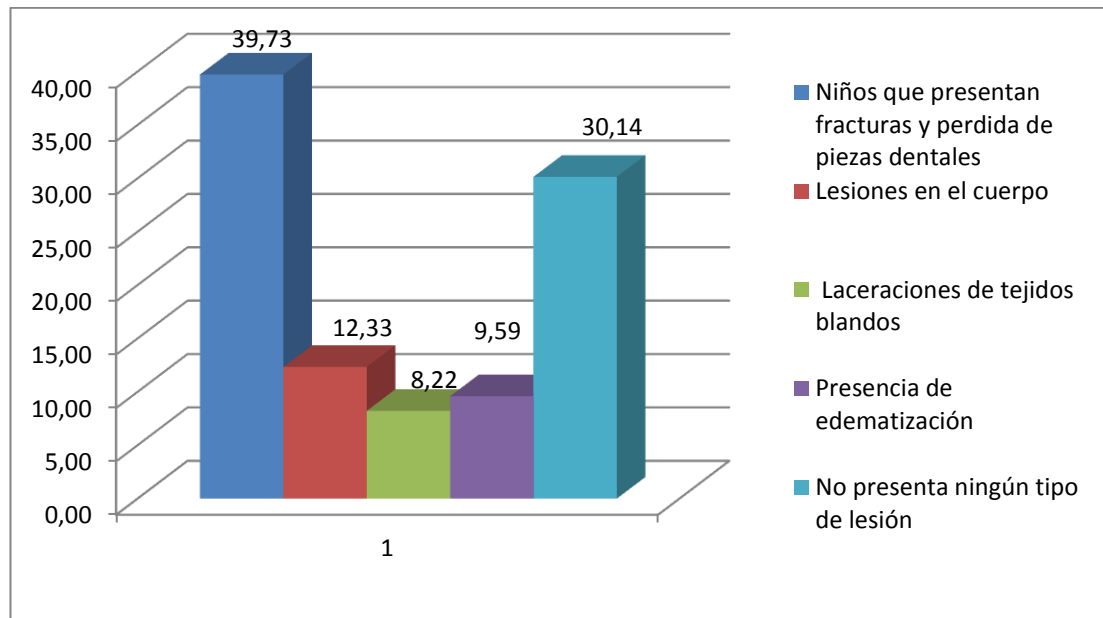
7 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADO

7.1 GRAFICUADROS DE LA HISTORIA CLÍNICA

GRAFICUADRO N° 1

Ficha de observación aplicada a los niños y niñas de las Aldeas Infantiles SOS

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Niños que presentan fracturas y pérdida de piezas dentales	29	39.73
Lesiones en el cuerpo	9	12.33
Laceraciones de tejidos blandos	6	8.22
Presencia de Edematización	7	9.59
No presenta ningún tipo de lesión	22	30.14
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la ficha de observación aplicada podemos observar que 40% de la muestra tomada presenta fracturas y pérdidas de piezas dentales, el 12% presentan lesiones en el cuerpo, el 10% presenta edema, mientras que en un 8% laceraciones en tejidos blandos, sin embargo el 30% de los niños no presentan ningún tipo de lesión, con lo que se puede sintetizar que hay un problema al encontrar una mayoría de niños y niñas con lesiones o fracturas.

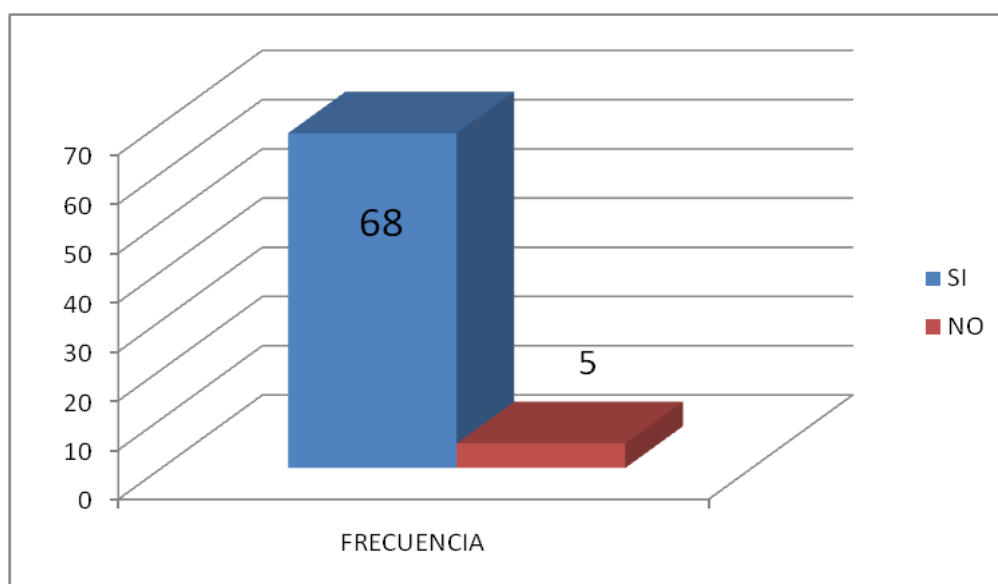
Según el Dr. Alonso Martínez refiere en su artículo acerca de las fracturas y pérdidas de piezas en los niños y niñas que en un 49% de las mismas se deben a accidentes por causas de caídas y que un 35% son debido a algún tipo de maltrato físico recibo a nivel de la cara. ^{pág. 15}

De acuerdo a la información se presenta un alto índice de pérdidas o fracturas dentales, la cual guarda 1 relación muy cercana con la investigación tomada en cuenta y en la mayoría de los casos por algún tipo de maltrato, caída, o accidente.

GRAFICUADRO N° 2

a) Presenta caries

#	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	68	93.15
2	NO	5	6.85
Total		73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Realizada la historia clínica de la muestra tomada de los niños y niñas acogidos en Aldeas Infantiles SOS podemos observar que el 93% (68 niños y niñas) de ellos presentan caries dentales, y el 7 % no presentan caries por lo que se deduce que existen deficiencias en la salud dental de los menores.

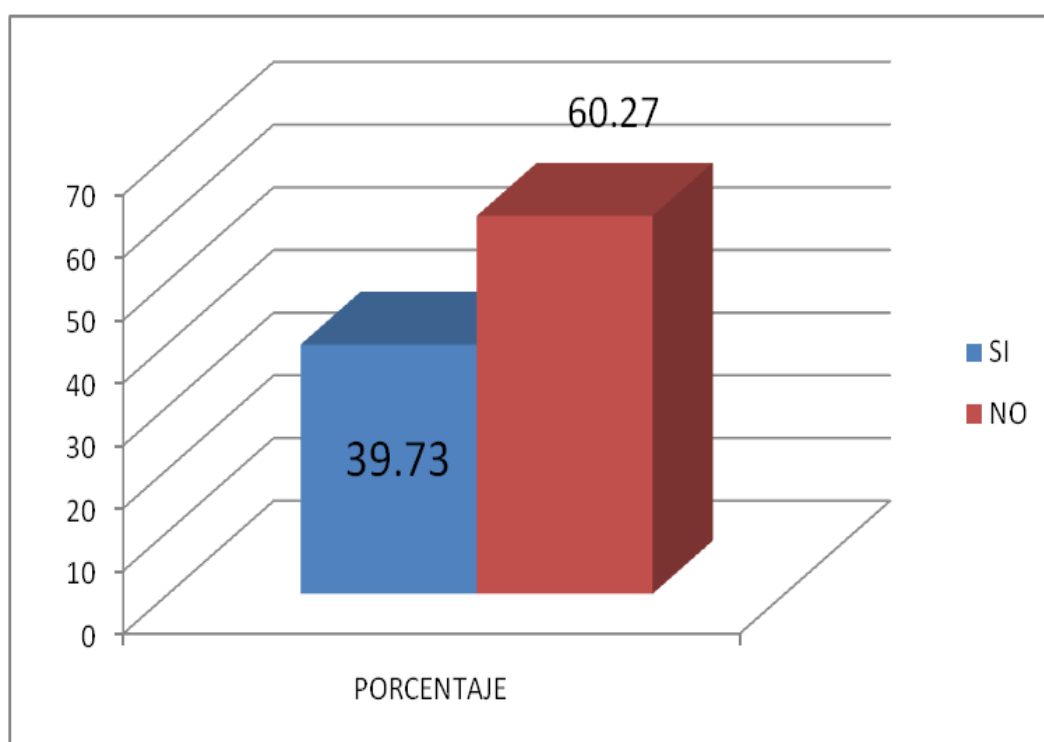
Según el Dra. Nancy Álvarez se considera maltrato físico a la falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño, entre ellas la visita al odontopediatra, por lo que los niños pueden presentar un alto índice de caries. Pág. 18

Según los resultados obtenidos podemos determinar que existe un alto índice de caries en los niños por la desatención de sus padres.

GRAFICUADRO N° 3

b) Presentan extracciones indicadas

#	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	29	39.73
2	NO	44	60.27
Total		73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la historia clínica realizada podemos resaltar que el 60% de los niños y niñas no presentan extracciones indicadas, por el contrario un 40% si presentan extracciones indicadas.

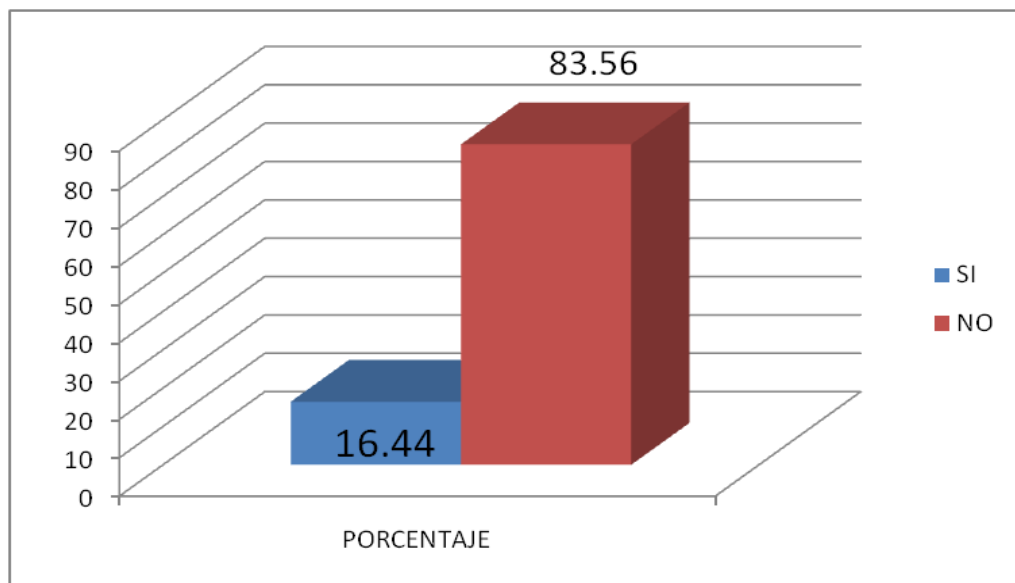
Según estudios realizados por el Dr. Boris Vélez en la historia clínica el registro de extracciones indicadas se dan mayoritariamente en niños y niñas a partir de la edad escolar, presentando este problema más los niños que las niñas, debido a que los niños realizan deportes más extremos y de contacto. Pág. 36

Según los resultados obtenidos podemos establecer que se presenta un alto índice de pérdidas de piezas dentales y que se concuerda con la cita en mención

GRAFICUADRO N° 4

Presentan piezas obturadas

#	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
1	SI	12	16.44
2	NO	61	83.56
Total		73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo.
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como nos muestra el gráfico anterior en la historias clínicas de los niños y niñas el 84% no presentan piezas obturadas, mientras que un 16% si.

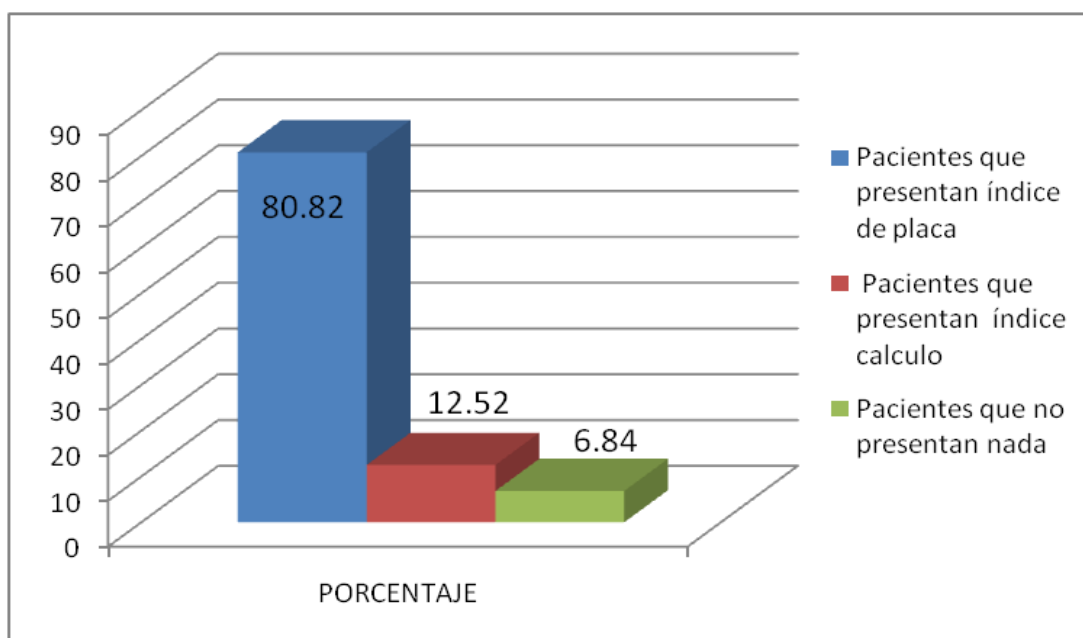
De acuerdo al Dr. Klein, H., C. E. Palmer, and J. W. Knutson, en su libro "Studies on Dental Caries" en niños menores de 8 años no es común encontrar piezas obturadas, incluso en el 90% de los casos de niños y niñas con caries estas piezas no han sido tratadas, ya que de acuerdo a una encuesta realizada por ellos los padres tienden a creer que como están pequeños y los dientes se mudan solitas van a desaparecer las caries. pág. 18

Como se observa en la investigación hay un alto porcentaje de dientes sin tratar, por lo tanto se requiere recomendar medidas preventivas para su debido cuidado.

GRAFICUADRO N° 5

Indicadores de salud bucal

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes que presentan índice de placa	59	80.82%
Pacientes que presentan índice calculo	9	12.52%
Pacientes que no presentan nada	5	6.84%
Total	73	100



Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como nos muestra el gráfico anterior en la historias clínicas de los niños el 80.82% presentan índice de placa, el 12% presenta índice de cálculo, mientras que un 6.84% no presentan ni placa ni índice de cálculo.

Según el Dr. César Pelayo la placa bacteriana es un problema de salud oral cuya prevalencia es alrededor de un 96% en niños y niñas sobre todo en comunidades rurales, donde puede producirse un alto nivel de enfermedades periodontales. ^{pág. 18}

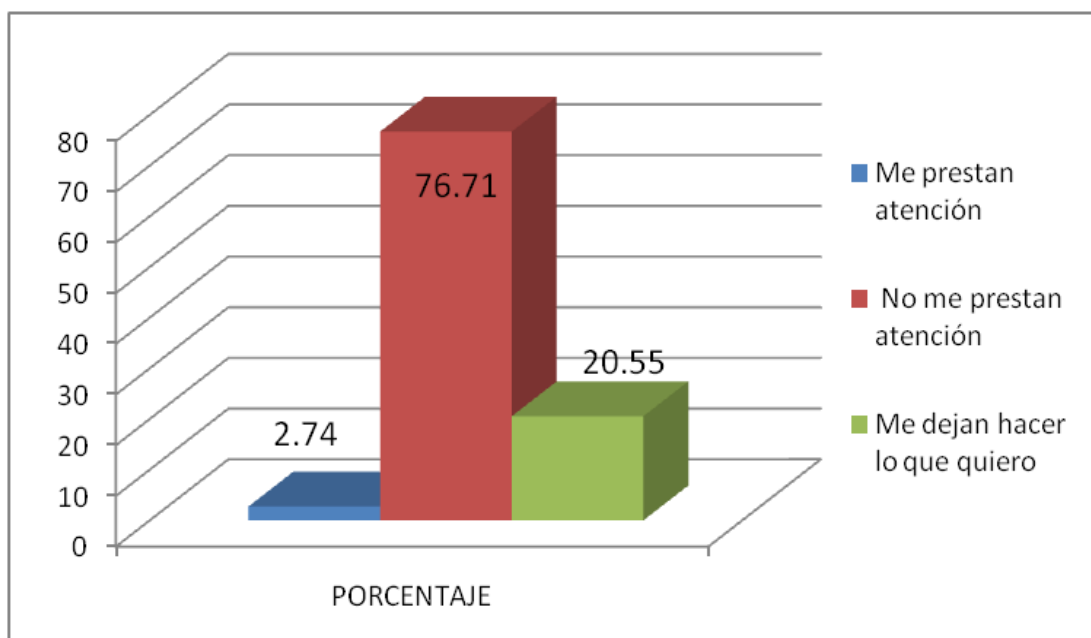
Según los estudios realizados podemos observar que se presenta un alto índice de placa y cálculo en los niños y guarda mucha relación con la investigación en mención.

7.1.2 ENCUESTA APLICADA A LOS NIÑOS Y NIÑAS DE ALDEAS INFANTILES S.O.S.

GRAFICUADRO N° 1

a) Mis padres trabajan y

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Me prestan atención	2	2.74
No me prestan atención	56	76.71
Me dejan hacer lo que quiero	15	20.55
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como observamos en el gráfico anterior los 77% de los niños y niñas encuestados, dicen que sus padres no les prestan atención porque trabajan, el 20% los dejan hacer lo que quieran mientras que el 3% dicen que aunque trabajan sus padres si les prestan atención, lo que nos da a entender que los padres están fallando en este aspecto.

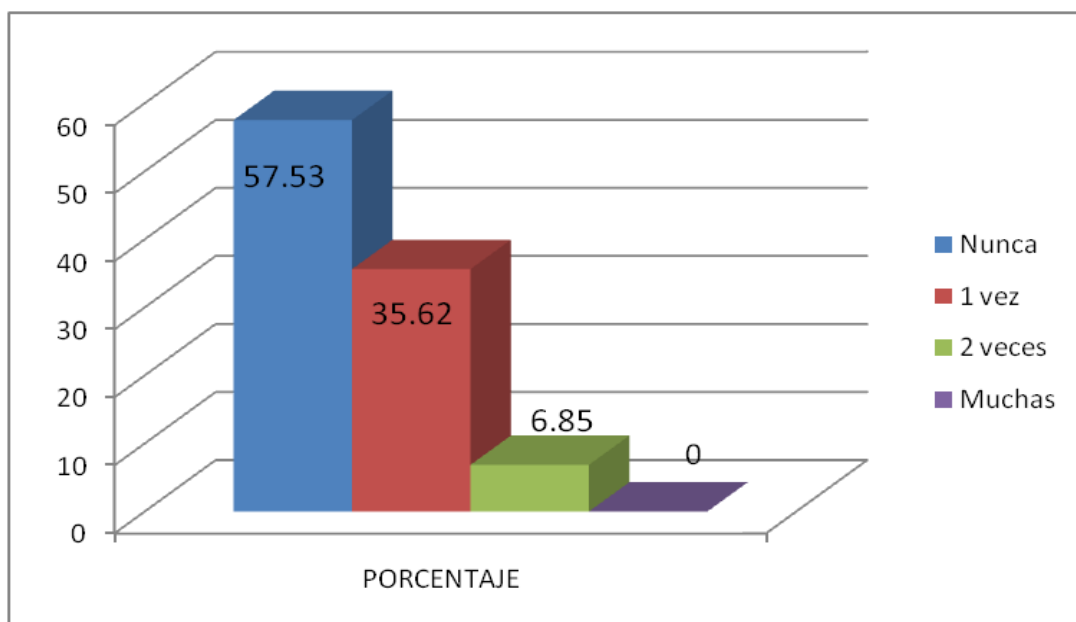
En una encuesta realizada por Lic. Diego Armando García San Juan donde indagaba sobre quienes laboran en el hogar, el 85% de la población encuestada respondieron que papá y mamá con lo que el autor hace referencia a la atención dentro de la familia, mencionando que esta se refiere a un enfoque emocional, debido a que los padres dejan de mostrar interés o la preocupación por procurar el bien hacia los diversos factores que rodean a sus hijos; causando en los niños sentimientos de inferioridad e inseguridad. Refiere además que los hijos de aquellos padres que laboran ambos sienten un abandono ya que al retornar los padres a casa llegan cansados y no les prestan atención. ^{pág. 20}

En esta investigación en particular los resultados nos muestran algo muy similar debido a que los niños presentan una falta de interés de sus padres, por lo que muchos de ellos presentan problemas emocionales

GRAFICUADRO N° 2

b) Me he roto algún hueso

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	42	57.53
1 vez	26	35.62
2 veces	5	6.85
Muchas	0	0.00
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a lo que observamos en el gráfico el 57% de los niños y niñas dicen que nunca se han roto un hueso, el 36% se han fracturado 1 vez, mientras el 7% dicen que se han roto 2 veces los huesos, con lo que se concluye que si existen un buen porcentaje, ya que los niños que no han presentado fracturas presentan un porcentaje mayor.

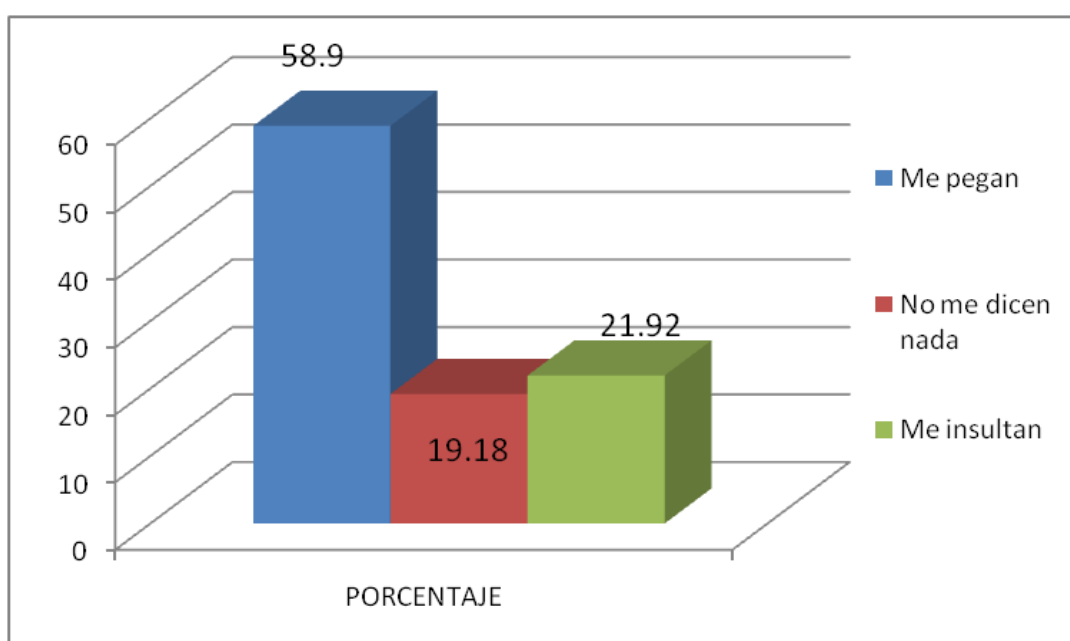
De acuerdo al Fisiatra Marcos Peganini las fracturas en niños y adolescentes tienen varias características que las distinguen de las que se presentan en adultos. Sobre todo que en un 57% son debido a juegos y caídas por inercia y un 41% son debido algún tipo de maltrato físico recibido por un adulto, en la encuesta aplicada los niños nos refieren en un 57% que no han sufrido fractura y un 36% que si han tenido algún tipo de ella. pág. 36

Según los resultados obtenidos en la encuesta podemos observar que existe un alto nivel de niños que han presentando algún tipo de fractura con lo que se llega a la conclusión de realizar una recomendación a los directivos de las Aldeas de que se realice un estudio más profundo para conocer la causa de la fractura.

GRAFICUADRO N° 3

c) Cuando me castigan...

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Me pegan	43	58.90
No me dicen nada	14	19.18
Me insultan	16	21.92
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como se observa en el gráfico el 59% de los encuestados refieren que cuando los castigan lo hacen de manera física, el 22% reciben insultos, mientras el 19% dicen que no le dicen nada. Por lo que notamos un porcentaje están siendo maltratados físicamente

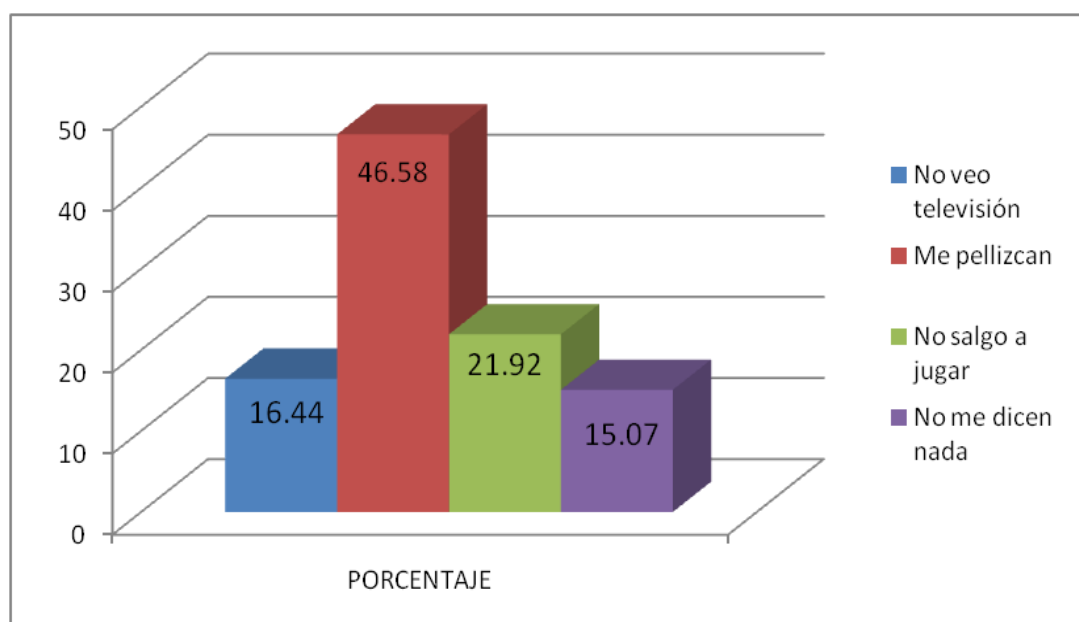
Esto de acuerdo a un estudio realizado por Silvia Álava Sordo Psicóloga, Directora del Área Infantil del Centro de Psicología Álava Reyes. Ella informa que el 80% de los padres utilizan aun los golpes, insultos en algunas ocasiones cuando los niños llegan a sus casas y no presentan lo acordado con sus padres. ^{pág. 30}

En conclusión con el estudio en mención podemos observar que existe un nivel muy alto de maltrato, el cual en la mayoría de los casos se presenta porque los padres obligan a trabajar y pedir dinero en las calles.

GRAFICUADRO N° 4

d) Cuando me porto mal...

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
No veo televisión	12	16.44
Me pellizcan	34	46.58
No salgo a jugar	16	21.92
No me dicen nada	11	15.07
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como podemos ver en el gráfico anterior el 47% de los niños y niñas refieren que cuando se portan mal los cuidadores optan por pellizcarlos, al 22% no los dejan salir a jugar, el 16% no los dejan ver televisión, mientras que al 15% que no les dicen nada.

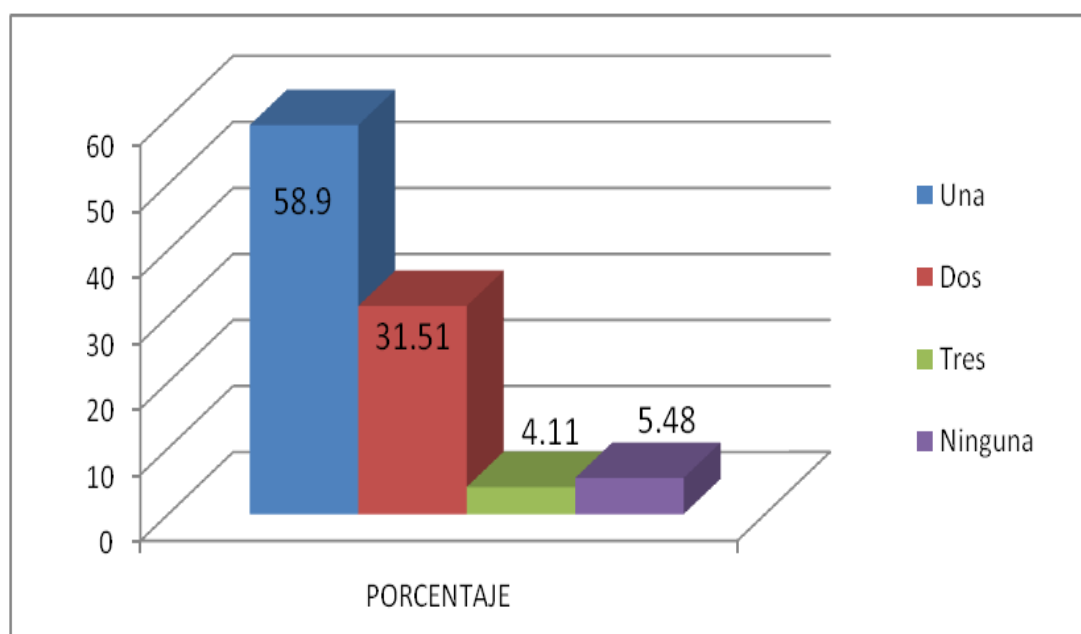
Silvia Álava Sordo Psicóloga Directora del Área Infantil del Centro de Psicología Álava Reyes. Menciona también que el 71% de los padres cuando sus hijos se portan mal tiende a recurrir al maltrato y este se da de acuerdo a las circunstancias, es decir, si no están con nadie más el 60% les pegan si hay alguien de confianza cerca el 40% le da de manotazo y si es alguien con quien no tienen mucha confianza el 85% procede a pellizcar de manera escondida y disimulada tratando que no se note lo que se está haciendo. ^{pág. 21}

Mediante la encuesta concluimos que todos los niños son maltratados debido a que si no se llega a la agresión el simple hecho de no tomarlos en cuenta, ya es un maltrato.

GRAFICUADRO N° 5

e) ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Una	43	58.90
Dos	23	31.51
Tres	3	4.11
Ninguna	4	5.48
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a lo analizado notamos que el 59% refieren lavarse los dientes una vez al día, el 32% lo hacen 2 veces al día, el 4% lo hace tres veces al día, mientras el 5% no se cepillan. Por lo que notamos que no se están dando de manera adecuada el aseo dental.

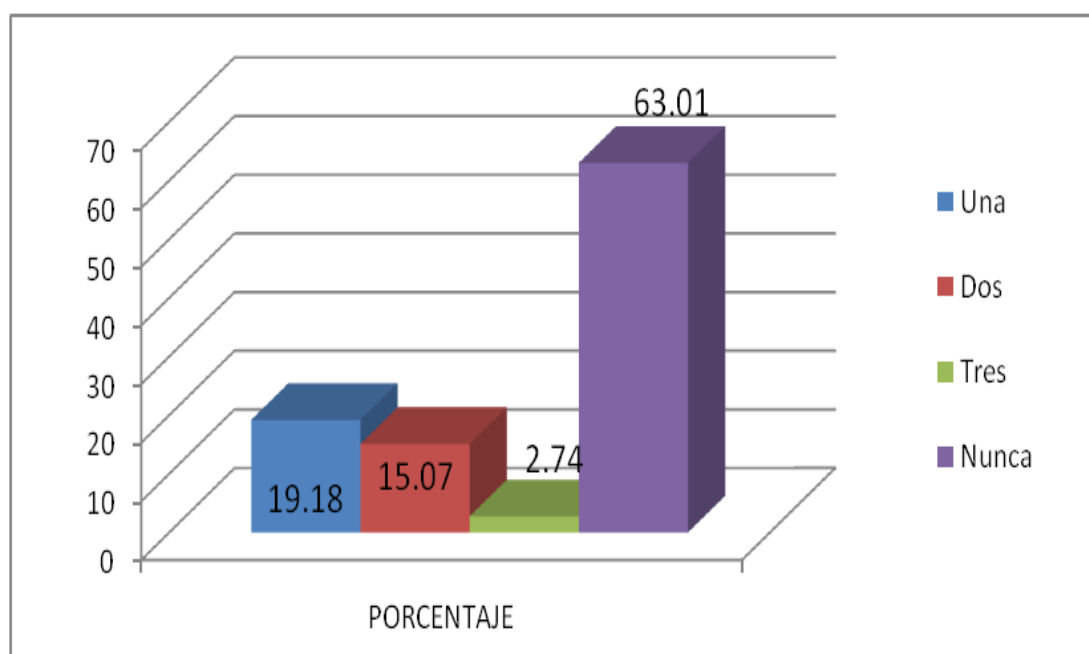
Según el Dr. Boris Vélez el cuidado dental debe empezar sobre todo, a partir de los dos años, que es cuando la mayoría de los dientes del niño han salido. Bajo supervisión de un adulto, pueden empezar a usar una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Usa una cantidad pequeña de pasta dental. Pero el 65% de los niños y niñas hasta que comienzan la etapa escolar no lo hacen debido a que los padres no les indican, el 80% lo empiezan a realizar una vez al día cuando empiezan a ir a la escuela, y en algunos casos hay niños que están en abandono total por sus padres los cuales pasan todo el día fuera de casa y los niños no se cepillan ni una sola vez al día. ^{pág. 16}

Según los resultados dados y en relación con la investigación tomada la mayoría de niños tienen un deficiente aseo, ya que realizan su aseo dental 1 sola vez al día.

GRAFICUADRO N° 6

f) ¿Cuántas veces al año tus papás te llevan al odontólogo?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Una	14	19.18
Dos	11	15.07
Tres	2	2.74
Nunca	46	63.01
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En referencia a cuantas veces al año los lleva al odontólogo podemos referir que el 63% de los encuestados dijeron que nunca los llevan, el 19% manifiestan que 1 vez los llevaron, el 15% manifiestan que 2 veces al año y solo el 3% nos dijo que tres veces

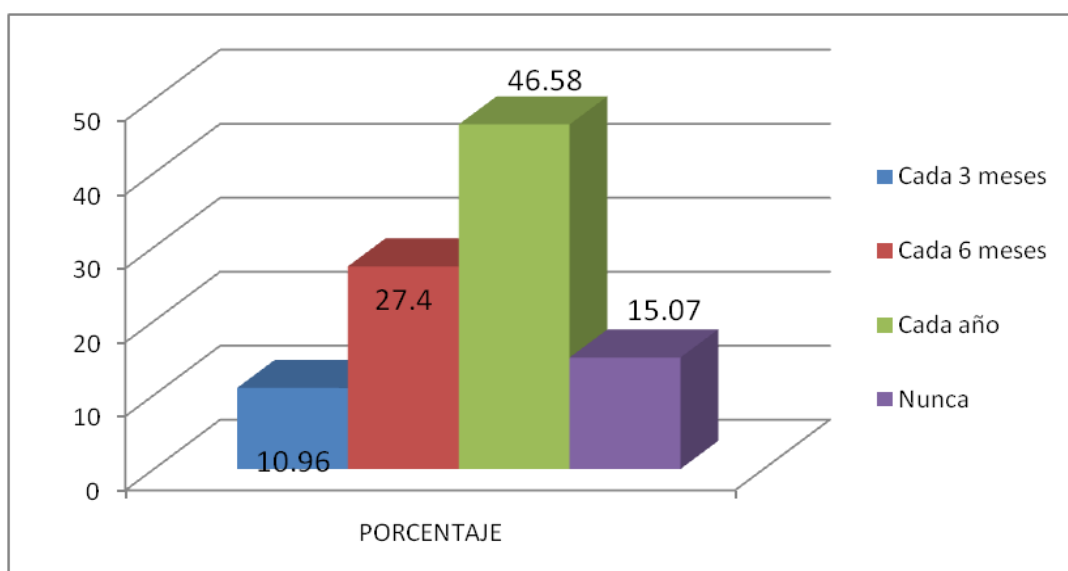
Según la Doctora Aliza el 90% de los padres no llevan a sus hijos al odontólogo hasta que estos presentan un dolor molar, en el resultado de la encuesta aplicada se puede notar que el 63% de los niños y niñas sus padres no les han llevado nunca al odontólogo, esto lo podemos enlazar con que la mayor parte de los niños y niñas presentan caries.
pág. 13

De acuerdo a la investigación realizada guarda la relación, debido a que existe una falta de interés por los padres ya que no llevan a los niños periódicamente para revisarlos sino ya cuando presentan algún problema o dolor dental.

GRAFICUADRO N° 7

g) ¿Con qué frecuencia te cambian tus papás el cepillo dental?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Cada 3 meses	8	10.96
Cada 6 meses	20	27.40
Cada año	34	46.58
Nunca	11	15.07
Total	73	100



Fuente: Niños y niñas de Aldeas SOS Portoviejo
Realizado por: Hernán López Macías

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como observamos en el gráfico el 47% de los encuestados refieren que sus papás les cambian cada año el cepillo dental, el 27% le cambian el cepillo cada 6 meses, mientras al 15% nunca le cambiaron el cepillo dental y el 11% que cada 3 meses se les realiza el cambio del mismo.

Según el Dr. Javier Saldivar ha demostrado que después de 3 meses de uso regular, un cepillo es menos efectivo para remover la placa de los dientes y de las encías, en comparación con un cepillo nuevo. Las cerdas pierden resistencia y por consiguiente efectividad para llegar a las áreas difíciles de alcanzar alrededor de los dientes. ^{pág. 17}

En la información obtenida podemos notar que existe un gran porcentaje de niños a los cuales no les cambian el cepillo dental en el tiempo adecuado y aconsejable, por lo tanto no pueden realizar su aseo de manera correcta.

BIBLIOGRAFIA

Cawson & Odell. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine, 8th edition, 2008

Centro Internacional de la Infancia de París. 2008

Cerezo, María A. (1995), El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar Nº 71, págs. 135-158. Recuperado el 12 de marzo de 2011

Cobb L, González M. Explicando la corrupción como un sistema de ciclos viciosos. Security and Defense Studies Review. 2007; 7(1):55-68C

Dr. Afonso Martínez Vázquez,¹ Dra. Larisa Martínez González, ¹ Dra. Dalay Vázquez Novoa, ¹ Dr. Sergio A. Orizondo Pajón¹ y Dra. Isis Nicolau Cruz¹

Dr. Boris Vélez odontólogo en Machala refiere en su artículo publicado en la revista "Mariela" edición marzo 2010 refiere las técnicas de higiene bucal desde la infancia.

Dr. Eduardo R. Hernández González. Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil. Texto ¿Cómo detectar el maltrato infantil?2006 Pág. 152 – 168

Dr. Marcos Peganini Manual de Odontología Pediátrica Cameron Editorial: Elsevier año: 2010 cant. De tomos: 1 cant. de páginas: 482 idioma: castellano especialidad: Odontopediatria ibsn: 978848086644-6

Dra. Yeni Nicola Torres, profesora de la UTPL, anota en su guía didáctica de Psicología del Desarrollo I (enero 2006)

Dpto. de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (diciembre 2008).

D. S. Schechter, S. A. Brunelli, N. Cunningham, J. Brown, P. Baca (2007): «Mother-daughter relationships and child sexual abuse: a pilot study of 35 mothers and daughters (ages 1-9 years)», en Bulletin of the Menninger Clinic, 66 (1), págs. 39-60.

Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, El maltrato infantil..., pág. 35

FRANZOI L. Stephe .Psicologiasocial: Conducta del niño maltratado. Indicadores 4ta Edición pag23 (febrero2007)

Gibello Prieto, A.M.; Carrillo Troya, C.; Hernando Hernando, M. Tratamientos Capilares. Ed. Paraninfo (2007)

M^a Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, Maltrato a los niños..., pág. 27

Maria, J. & Sumalla, T. (2008). La protección penal del menor frente al abuso y explotación sexual: análisis de las reformas penales en materia de abusos sexuales, prostitución y pornografía de menores: Editorial Aranzadi (Ed). (Pág. 17-31). Navarra

Miguel Costa Cabanillas, «Prólogo» a M^a Ignacia Arruabarrena y Joaquín de Paúl, Maltrato a los niños..., 2006 pág. 15.

Muela Aparicio, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. Anales de psicología; España. 10 de marzo de 2011

Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología

Programa de desarrollo rural de la comunidad de Madrid(2007)

Publicado en Abuso Infantil, Información General, Negligencia Emocional, Perfil de la Víctima, Perfil del Abusador, Relaciones de Pareja, Signos e Indicadores on Jul 30th, 2009

Regezi J. Oral pathology, 5th edition. Clinical pathologic correlations 2008

Rev Cubana Estomatol v.43 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006

Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea, 2nd edition, 2005

Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Psychotherapy in México

Salud Pública Odontológica Octubre 2005

Suárez Saavedra, S. y J. Rodríguez Suárez, «Maltrato infantil», Boletín de Pediatría, 46 (Supl. 1), 2006, págs. 119-124

TIRAMONTI Guillermina, Problemas actuales y perspectivas desde la investigación. 2da Edición; Tucumán-Argentina (enero 2007)

VIDELA
mitoyrealidad.NuevaEdicion.LosAngeles2010pag160

Mirta.Maternidad,

WEBGRAFIA

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art3.asp>

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:30e9rG785bIJ:campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp33.pdf+TEOR%C3%8DA+DEL+APEGO+Y+LA+TRANSMISI%C3%93N+TRANSGENERACIONAL+DE L+MALTRATO&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESj3bqFaMYRi4TMgaiHnTAbcJR7XG3aNIho2rNLcoB54H1DDe9KJsxRCOwyJMO_wZz4bKI1vJyF2XF n8ov1LjDA9U87aEUVL_Ebf3tqk0JwHNQMiBgBOA3S8GHfrDf5OX3JAp5F &sig=AHIEtbRVazo1F3P29W_IDq2EJCdO-WR-Wg

http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/cepillado.htm

<http://www.drjaviersaldivar.com/Photodynamic%20therapy.htm> Editorial
Lucerin 181 páginas

[http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Calculus_\(dental\)](http://www.multilingualarchive.com/ma/enwiki/es/Calculus_(dental))

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Determinantes-En-La-Acumulacion-De/2797573.html>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Caries>
¿Qué es el maltrato infantil? La Violencia contra los niños. Página Internet:
www.vidahumana.com

<http://www.elalmanaque.com/relaciones/14.htm>

http://es.wikipedia.org/wiki/Abuso_sexual

http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_M%C3%BCnchhausen_por_poder

<http://www.secuestro-emocional.org/main/Maltrato-Institucional.htm>

PRONIÑO - Programa de acción social de Fundación Telefónica que contribuye significativamente a erradicar el trabajo infantil en Latinoamérica. Informe de Carlos Ayala.

<http://silviaalava.wordpress.com/author/silviaalava/> La Psicología es para todos los días
La Psicología que ayuda en el día a día. (diciembre2008)

<http://www.bebesymas.com/ser-padres/maltrato-por-omision-un-modo-de-maltrato-poco-conocido>

<http://www.slideshare.net/baulero/lesiones-de-cavidad-oral>

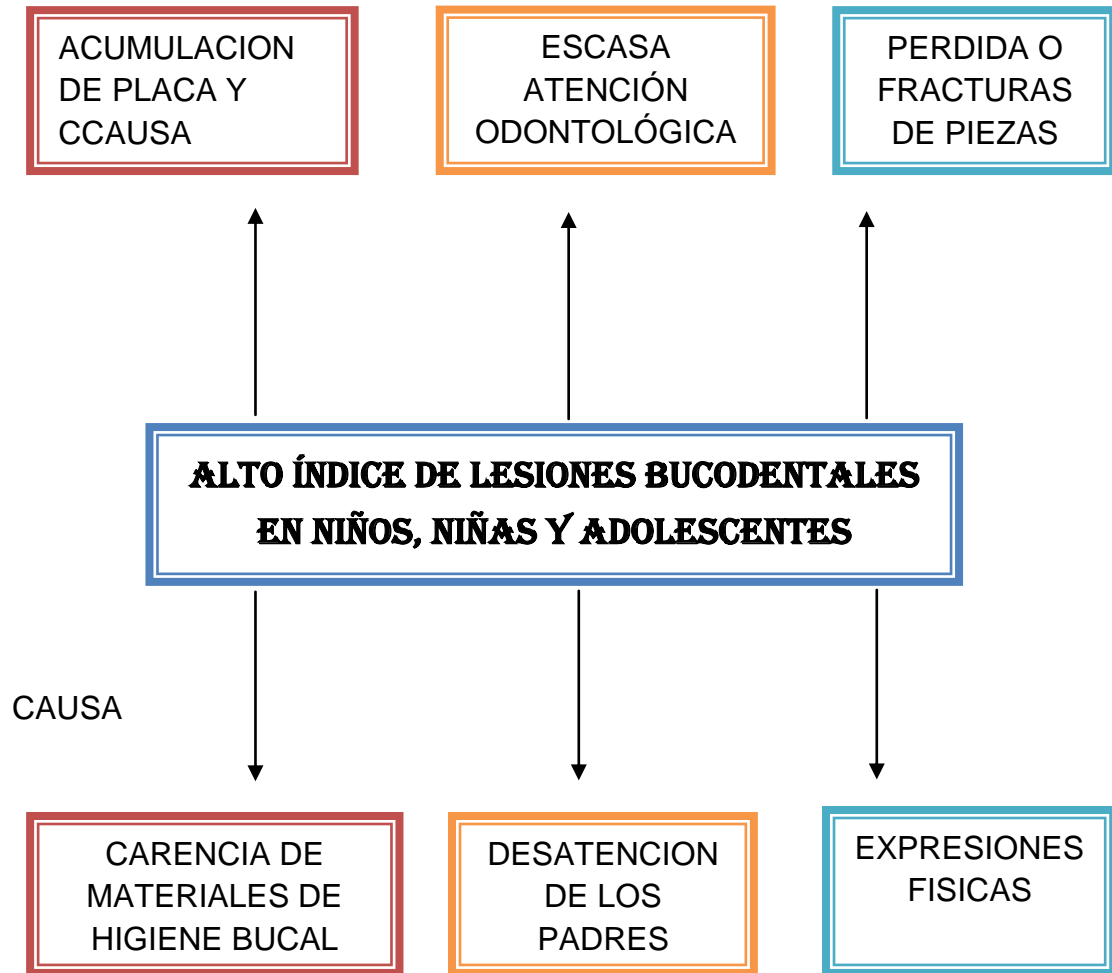
http://www.drjaviersaldivar.com/traumatismos_dentales.htm

ANEXOS

ANEXO 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

EFECTO



CRONOGRAMA

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	ep '11 oct '11 nov '11 dic '12 ene '12 feb																											
					12	19	26	03	10	17	24	31	07	14	21	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27			
1	Elaboración de la Investigación	121 días	lun 11-09-26	sáb 12-02-25																												
2	RECOPIACION DE LA INFORMACION BIBLIOGRÁFICA	20 días	lun 11-09-26	jue 11-10-20																												
3	Recopilación de textos acordes con el tema investigado	6 días	lun 11-09-26	dom 11-10-02																												
4	Selección e la información bibliográfica	11 días	lun 11-10-03	lun 11-10-17																												
5	Depuración de los contenidos	3 días	mar 11-10-18	jue 11-10-20																												
6	REDACCION DEL MARCO TEORICO	16 días	vie 11-10-21	vie 11-11-11																												
7	Redacción del Marco Teórico	12 días	vie 11-10-21	lun 11-11-07																												
8	Correcciones del Marco Teórico	4 días	mar 11-11-08	vie 11-11-11																												
9	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	31 días	sáb 11-11-12	mar 11-12-20																												
10	Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	sáb 11-11-12	sáb 11-11-12																												
11	Aplicación de las encuestas	12 días	dom 11-11-13	sáb 11-11-26																												
12	Aplicación de la observación	18 días	dom 11-11-27	mar 11-12-20																												
13	TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	11 días	jue 11-12-22	jue 12-01-05																												
14	Tabulación de los resultados	3 días	jue 11-12-22	lun 11-12-26																												
15	Graficación estadística de la información	2 días	mar 11-12-27	mié 11-12-28																												
16	Análisis e interpretación de los resultados	3 días	jue 11-12-29	lun 12-01-02																												
17	Evaluación del alcance de los objetivos específicos	3 días	mar 12-01-03	jue 12-01-05																												
18	REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	6 días	vie 12-01-06	vie 12-01-13																												
19	Redacción de las Conclusiones	4 días	vie 12-01-06	mié 12-01-11																												
20	Redacción de las Recomendaciones	2 días	jue 12-01-12	vie 12-01-13																												
21	DISEÑO DE LA PROPUESTA	8 días	sáb 12-01-14	sáb 12-01-21																												
22	Planificación de la propuesta	2 días	sáb 12-01-14	dom 12-01-15																												
23	Elaboración de la propuesta	6 días	lun 12-01-16	sáb 12-01-21																												
24	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	5 días	dom 12-01-22	jue 12-01-26																												
25	Redacción del borrador del informe	5 días	dom 12-01-22	jue 12-01-26																												
26	CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	14 días	vie 12-01-27	mar 12-02-14																												
27	Presentación del borrador del informe para correcciones	2 días	vie 12-01-27	dom 12-01-29																												
28	Correcciones finales del borrador del informe	13 días	dom 12-01-29	mar 12-02-14																												
29	DEFENSA DEL INFORME FINAL	11 días	lun 12-02-13	sáb 12-02-25																												
30	Aprobación de la Tesis	11 días	lun 12-02-13	sáb 12-02-25																												

Tareas externas
Hito externo
Fecha límite

Hito
Resumen
Resumen del proyecto

Tarea
División
Progreso

I Hernán López Macías

PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Computadora	1	Unidad	900,00	900,00	900,00	
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET mes	20	Horas	1,00	20,00	20,00	
Tinta negro	2	Tóner	37,00	74,00	74,00	
Tinta color	2	Tóner	41,00	82,00	82,00	
Materiales de Oficina	14	Unidad		11,78	11,78	
Pen drive	1	unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos		Dólar		250,00	250,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Radiografías	2	Cajas	30,00	60,00	60,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastados	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
Imprevistos				152,27	152,27	
Sub-total				175	175	
Total				1675,05	1675,05	

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA
UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Nombre:.....

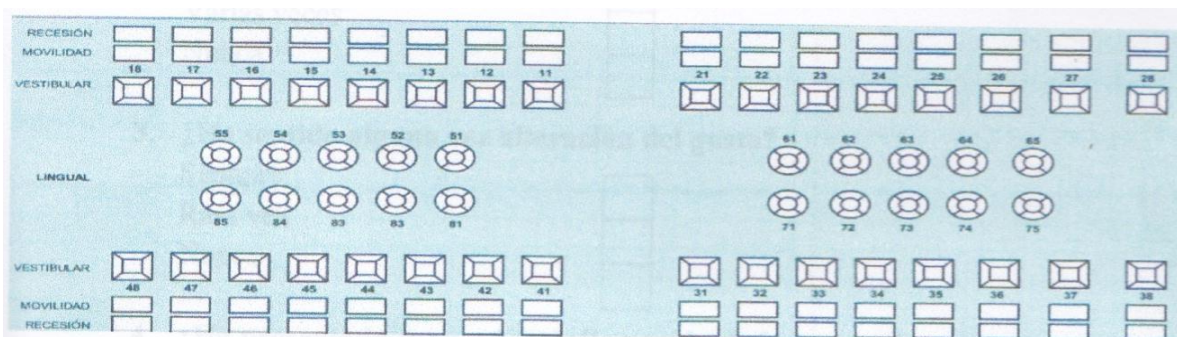
Edad:.....

Sexo:.....

Tutor:.....

INDICADOR	SI	NO
Presencia de fracturas y perdida de piezas dentales		
Lesiones en el cuerpo		
Laceraciones de tejidos blandos		
Presencia de Edematización		
No presenta ningún tipo de lesión		
Total		

ODONTOGRAMA



INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
			0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

	C	P	O	TOTAL
D				
d				

ENCUESTA
UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

Responsable: _____
Paciente: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino: _____
Edad: _____

1. Mis padres trabajan y

- a. Me prestan atención
- b. No me prestan atención
- c. Me dejan hacer lo que quiero

2. Me he roto algún hueso

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Siempre

3. Cuando me castigan

- Me pegan
- No me dicen nada
- Me insultan

4. Cuando me porto mal

- No veo televisión
- Me pellizcan
- No salgo a jugar
- No me dicen nada

5. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

1 2 3 Ninguna

6. ¿Cuántas veces al año te llevan tus papas al odontólogo?

1 2 3 Ninguna

7. ¿Con qué frecuencia te cambian tus papás el cepillo dental?

Cada 3 meses Cada 6 meses Cada año Nunca

ANEXO 3

FOTOS DEL MARCO TEORICO
FOTOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL



FOTOS SOBRE LESIONES BUCAES



ANEXO 4



FOTOS DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS CON SU TUTORA





REALIZANDO LA HISTORIA CLINICA





REVISANDO LAS ENCUESTAS



ENTREGA DE LOS TRIPTICOS A LAS PSICOLOGAS Y TRABAJADORAS SOCIALES





ENTREGA DE LA GIGANTOGRAFIA

PROPUESTA

IDENTIFICACION DEL PROYECTO

NOMBRE

Capacitación mediante charlas educativas en salud bucal a los niños, niñas y personal que labora en la Aldea S.O.S.

FECHA DE LA PRESENTACION

Enero 2012

ENTIDADES EJECUTORAS

Autor

Aldea S.O.S. Portoviejo

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Portoviejo km 1 ½ vía crucita

JUSTIFICACIÓN

Unos dientes sanos son fundamentales para disfrutar de una infancia saludable.

Los dientes sirven para masticar, para pronunciar con claridad y para exhibir una resplandeciente sonrisa. Los padres desempeñan un papel fundamental en la salud dental de sus hijos.

Es especialmente importante despertar en el niño entusiasmo y motivación en el cuidado de los dientes. Está en la mano de los padres ser un buen ejemplo,

tanto cuando le enseña a cepillarse correctamente, como cuando le lleva a una revisión al odontopediatría. ¡Y no hay que olvidar elogiarle después de cepillarse los dientes y alabar su radiante sonrisa!

De todos los grupos de edad, los niños son el de mayor riesgo de presentar caries, ya que tienden a comer con más frecuencia y aún no son expertos en el cepillado dental. Enseña a los niños a no tomar alimentos dulces ni bebidas azucaradas: ofréceles tentempiés sanos, como pan o fruta, que les ayuda a conservar los dientes sin caries.

Luego del estudio investigativo realizado se ha demostrado que los niños y niñas presentan varias anomalías en cuanto al cuidado de la higiene bucal se refiere, por tanto se justifica ampliamente ya que la boca juega un rol fundamental en nuestra salud y bienestar general. Por ello, mantener la boca sana es muy importante, porque ello facilita que se realicen correctamente las distintas funciones de la boca.

Es factible su realización ya que se cuenta con el apoyo logístico de Aldeas SOS ya que este ha sido un tema muy poco tratado y de mucha importancia y será un primer paso para el emprendimiento de otros proyectos.

Marco Institucional

Aldeas Infantiles SOS fue fundada por Herman Gmeiner en Imst de Austria en 1949 después de la segunda guerra mundial, en donde muchos niños, niñas habían perdido el cuidado parental , y este noble hombre diseño , creo y en

conjunto con la ayuda de varios amigos hoy en día desde hace ya 62 años existe Aldeas Infantiles SOS que tiene como visión lograr que cada niño , niña crezca con amor , respeto y seguridad , trabajando bajo 5 pilares fundamentales como lo son la mamá SOS , sus hermanos biológicos , la comunidad , la Aldea y la casa en donde crecen y se desarrollan como un niño normal de manera integral , cumpliendo a cabalidad todos sus derechos.

Familia SOS Ecuador lleva adelante acciones en beneficio de los niños y niñas actuando como una organización independiente no gubernamental de desarrollo social. Respeta las diferentes religiones y culturas. Trabaja en países donde su misión pueda contribuir al desarrollo. Trabaja según el espíritu de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y promueve estos derechos en todo el mundo.

Aldeas Infantiles SOS esta en el Ecuador en 6 provincias, Manabí, Pichincha, Imbabura, Azuay, Guayas, Esmeraldas, y a nivel Internacional en más de 132 países en el mundo, que luchan para brindarles a los niños, niñas y adolescentes que han perdido a sus familias, la posibilidad de crecer en un hogar donde reine la armonía, el desarrollo de las capacidades y posibilitar a corto plazo el trabajo con la familia de origen.

La prevalencia de maltrato infantil, el abandono, y otros factores han hecho que esta institución cada día agrupe a mas a niños y niñas que necesitan un ambiente adecuado para su crecimiento y desarrollo.

Con esta propuesta se beneficiará directamente a los niños y niñas acogidos en la Aldea SOS de Portoviejo, indirectamente a quienes laboran en este centro ya que podrán desarrollar de mejor manera su labor social.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Implementar un programa de mejora de salud bucal y revisión trimestral a los niños y niñas de las Aldeas Infantiles SOS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a los niños y niñas sobre técnicas adecuadas del cepillado dental y medidas de higiene para prevenir las caries.
- Concienciar a los niños, niñas y familiares de la importancia de la visita trimestral al odontopediatra.
- Incentivar la participación de los niños y niñas en la importancia del cepillado dental y visitas al odontólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Si enseñas correctamente al niño desde un principio, estará sentando las bases de una higiene oral adecuada para toda la vida. Mantenle motivado, dándole ejemplo, y fomenta un ambiente de constancia y amenidad en el cepillado de los dientes. Pronto aprenderá a integrarlo en su rutina diaria, igual que el desayuno o el cuento que le lees antes de dormirse.

Con la investigación que se realizó y mediante la aplicación de los instrumentos se pudo determinar la importancia de realizar un programa de orientación para los niños y niñas de las Aldeas SOS, para que los mismos aprendan como asearse adecuadamente la boca y todo lo que ello implica, por lo que se decidió plantear la presente propuesta para difundir los hábitos de higiene adecuados en los niños y niñas para que así mantengan una adecuada salud oral.

Se pretende realizar un programa educativo motivador, que abarque los temas de cepillado dental, alimentación adecuada, las caries, causas y efectos, todo esto mediante charlas con diapositivas animadas, títeres que dejen un adecuado aprendizaje a los niños y niñas involucrados.

Entrega de una gigantografía, sobre técnicas de cepillado y entrega de trípticos a niños, niñas, y personal administrativo.

Para la realización existirá el apoyo de compañeros estudiantes de odontología de la Universidad San Gregorio, quienes se convertirán en parte fundamental para la continuidad y seguimiento de la propuesta.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos serán los niños y niñas acogidos en las Aldeas infantiles SOS de Portoviejo.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades.

Reunión con las autoridades de las Aldeas SOS para la socialización de la propuesta.

Firma de convenios de las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y Aldea S.O.S.

Presencia de los estudiantes de odontología para atención odontología y charlas.

Entrega de Kits de aseo oral a los niños y niñas.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de los resultados obtenidos en la investigación								
Elaboración de gigantografía y trípticos								
Charlas a los niños y niñas a través de las gigantografía								
Charlas a los niños y niñas a través de los trípticos								

PRESUPUESTO

El costo aproximado será de \$400.00 dólares americanos

Referencia	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
Gigantografía	1	Unidad	18	18.00
Trípticos	1	Unidad	1	1.00
Copia de trípticos	100	Unidad	0.03	3.00
Imprevistos			20	20.00
Subtotal				\$4.20
Total				\$42.00

SOSTENIBILIDAD

La presente propuesta cuenta con varias estrategias para su sostenibilidad

La integración del mismo en las políticas institucionales de la Aldea SOS de Portoviejo.

La participación de las autoridades y personal como madres sustitutas de la institución en la ejecución y evaluación del proyecto.

El apoyo de compañeros estudiantes de odontología comprometidos con la labor social para las charlas

La coordinación con otras cooperaciones y/o iniciativas locales que apoyen y complementen el proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La propuesta será financiada por el autor de la misma.