

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – León



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Monografía para optar al Título de
Cirujano Dentista

**Maltrato infantil, grado de higiene bucal y prevalencia de
caries dental en los niños / as atendidos en el Orfanato
“JACINTA Y FRANCISCO” de la ciudad de León, segundo
semestre, 2002**

AUTORES:

*IRIS GABRIELA ALTAMIRANO FLORES
DORIAN MARIA GAMEZ FLORES
MIRIAM HELENA MONTENEGRO VALVERDE*

TUTOR:

Dr. Jorge Cerrato

Asesor:

Dr. Róger Espinoza

León, Nicaragua, Marzo 2003



**DEDICATORIA Y
AGRADECIMIENTO**

DEDICATORIA

A Dios: por haberme guiado siempre por el camino del entendimiento, la verdad y amor.

A mi Madre Blanca R. Flores que siempre me apoyó en mis proyectos, sueños y con todo su amor, ejemplo me ayudó a moldearme en la persona que soy ahora.

A mi abuelita Isabel Flores (**q.e.p.d**) siempre tendré su amor y recuerdo en mi corazón.

A mis hermanos Blanca Alicia y Isabel Gámez por haber estado conmigo en las malas y buenas dándome consejos y apoyándome.

A mi sobrino Oscar Enrique Bermúdez que me enseñó la ternura, amor, fortaleza que los seres humanos debemos tener.

A mi cuñado Enrique Bermúdez por haberme apoyado a mi y a mis hermanas en los momentos difíciles.

Ashkan Alizadeth por haberme enseñado que en la vida hay que luchar por lo que soñamos, anhelamos y por haberme dado siempre su amor incondicional.

Dorian María Gámez

AGRADECIMIENTO

A los niños de la Casa Jacinta y Francisco por su colaboración en todo nuestro trabajo monográfico.

Al Dr. Jorge Cerrato por su apoyo y paciencia.

Al Dr. Papa Lugo por los momentos que dedicó a nuestro estudio y su cariño.

A mi tía Julia Palacios por su paciencia durante estos años que convivimos y compartimos momentos tanto difíciles como agradables.

A doña Petro de Altamirano por haber estado con nosotras luchando, apoyándonos para salir adelante en nuestro trabajo monográfico.

A mis compañeras de monografía Iris Gabriela Altamirano y Miriam Montenegro por haber compartido este año de lucha que nunca voy a olvidar.

A mi amiga que siempre estuvo conmigo en todos los momentos difíciles Ondina Valeria Dinarte.

Dorian María Gámez

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a mis padres, Salvador y Miriam que con su dedicación, sabiduría y amor supieron conducirme a la realización de este triunfo.

A mis hermanos que depositaron su afecto y confianza en mí.

Miriam Montenegro

AGRADECIMIENTO

En especial agradezco a todos los niños que nos brindaran su colaboración en la Casa Jacinta y Francisco y a todo el personal de esa Institución que en todo lo posible nos ayudaran para desarrollar nuestra tesis.

Agradezco también al Dr. Jorge Cerrato y al Dr. Papa Lugo que nos guiaron y dieran su ayuda para la culminación de esta monografía.

A todos mis amigos y compañeros de muchas batallas, por el último pero no el menos importante, el ser supremo que nos da la vida todos los días.

A la Sra. Julia Palacios por haberme adoptado todos estos años. Gracias doña Julia por su sinceridad y cariño.

A doña Petro de Altamirano pieza clave en el desarrollo de nuestra Tesis.

A mis compañeras de Monografía, Iris Gabriela y Dorian María por haberme tenido tanta paciencia, sin Uds. no lo hubiera logrado.

Miriam Montenegro

DEDICATORIA

A dos seres maravillosos que Dios me dio como padres René y Petronila que a pesar de las decepciones que les he causado a lo largo de todos estos años Siempre han estado a mi lado apoyándome de manera incondicional con esfuerzo y perseverancia para lograr este éxito en mi vida.

A mis hermanos Lesbia, René, Roderick, Gaudy, Laura y Cristhiam por compartir alegría y a veces tristeza en cada momento a lo largo de mi carrera.

¡Les amo!

Iris Gabriela Altamirano Flores.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen María por guiarme y darme fortaleza en cada momento de mi vida.

A los niños y personal que laboran y realizan una obra grandiosa y social de la Casa Jacinta y Francisco que fueron los seres importantes para el desarrollo de este trabajo, que con certeza servirá de referencia y será de utilidad para otros.

A nuestros profesores que sabiamente condujeron y nos enseñaron a conocer la mejor manera del desarrollo de este trabajo.

A nuestro tutor Dr. Jorge Cerrato que con mucha paciencia colaboró en la elaboración del desarrollo de esta tesis de la cual nos dejó mucha enseñanza.

A mis compañeras y colegas con las cuales compartí alegría, inconformidades, tristeza y disgusto durante el desarrollo de este trabajo, pero con mucha madurez culminamos con éxito.

A todas las personas que apoyaron en el momento necesario y apoyo logístico para la culminación del mismo.

Iris Gabriela Altamirano Flores.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Marco Teórico	7
IV. Diseño Metodológico	36
V. Resultados	51
VI. Discusión de Resultados	63
VII. Conclusiones	66
VIII. Recomendaciones	69
IX. Bibliografía	71
X. Anexos	73

RESUMEN

El maltrato infantil ha existido en todas las sociedades antiguas y modernas y en todos los tiempos. El maltrato de padres a hijos es una copia de las relaciones autoritarias que se dan en la sociedad, hemos aprendido a lo largo de nuestra vida que la violencia de los mas fuertes a los mas débiles es la forma más fácil de tener autoridad sobre ellos. ⁽¹⁾

El maltrato por negligencia o descuido es una de las principales causas provocando en la mayoría de los niños; inasistencia escolar, falta de control medico, alimentación inadecuada, higiene y vestuario defectuoso y mal formación de hábitos ^(4,1). En nuestro país la presencia de miles de niños que no van a la escuela, viven en la calle, huelen pega, se prostituyen, mueren por falta de atención médica ⁽²⁾

El presente estudio trata de determinar cual es la frecuencia de maltrato infantil, grado de higiene bucal y prevalencia de caries dental en los niñas/os atendidos en el Orfanato "JACINTA Y FRANCISCO" de la ciudad de León, II Semestre, 2002.

Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, se realizó en la Casa Hogar "Jacinta y Francisco", ubicada en el sector norte de la ciudad de León, cuyo Rector, es el Obispo de la Diócesis de León y Chinandega, Monseñor Cesar Bosco Vivas. Entre los resultados se obtuvo que:

- Un 28% de los niños atendidos en la casa hogar Jacinta y Francisco presentan algún tipo de maltrato.
- Que en 54.5 % de los niños maltratados tenían higiene oral mala y un 38.5 % los niños no maltratados tenían higiene oral mala.

- Que el mayor grado de higiene oral mala era en las edades de 5 a 10 años con un 51.8 % seguido de las edades 11 a 15 años con un 33.7 % y de 15 a mas con un 33.3 %.
- La frecuencia del ataque de caries dental es alta en los niños maltratado y no maltratados.



INTRODUCCION



INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil ha existido en todas las sociedades antiguas y modernas y en todos los tiempos. El maltrato de padres a hijos es una copia de las relaciones autoritarias que se dan en la sociedad, hemos aprendido a lo largo de nuestra vida que la violencia de los mas fuertes a los mas débiles es la forma más fácil de tener autoridad sobre ellos. ⁽²⁾

El niño depende física, económica, moral y afectivamente del núcleo familiar, por lo que algunas veces se sufre de alguna agresión por parte de una persona mayor.^(2,5) Algunos padres tienden a confundir el maltrato con el castigo y la disciplina, sin embargo, las medidas disciplinarias son sanciones razonables cuando un niño comete un error, son efectivas siempre y cuando el adulto sea consecuente, le de explicaciones razonables de lo negativo y positivo del acto realizado, combinándolo con afecto y expresiones de cariño , en cambio el castigo es una manera de persuadir y aplicar medidas disciplinarias fuertes o moderadas corroborando que esta medida no logra disciplina y conciencia en el niño de manera permanente sino de manera inmediata y temporal.⁽⁵⁾

El maltrato por negligencia o descuido es una de las principales causas provocando en la mayoría de los niños; inasistencia escolar, falta de control medico, alimentación inadecuada, higiene y vestuario defectuoso y mal formación de hábitos ^(6,2).

En nuestro país la presencia de miles de niños que no van a la escuela, viven en la calle, huelen pega, se prostituyen, mueren por falta de atención médica ⁽⁵⁾



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Sobre la base de lo antes expuesto, el presente estudio trata de determinar ¿Cuál es la frecuencia de maltrato infantil, grado de higiene bucal y prevalencia de caries dental en los niñas/os atendidos en el Orfanato “JACINTA Y FRANCISCO” de la ciudad de León, II Semestre, 2002?

Actualmente no se conocen estudios de maltrato infantil relacionado con el comportamiento del niño y la necesidad de atención odontológica, pero sí hay investigaciones sobre el maltrato infantil y la influencia que provoca en el niño. ⁽²⁾

En un estudio de prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en León, Nicaragua se obtuvo que de 448 mujeres entrevistadas, el 60% reconoció haber sido víctima de algún tipo de violencia física, sexual o psicológica en su vida. Los hijos e hijas de las mujeres maltratadas sufren de manera especial las consecuencias de la violencia, pues la mitad de ellos y ellas son testigos del maltrato hacia sus madres. Estos niños y niñas tienen hasta nueve veces más probabilidad de sufrir problemas de tipo emocional, comportamiento y aprendizaje. ⁽⁵⁾

En nuestro país se ha reportado un alto grado de maltrato infantil, pero pocos casos han sido realmente denunciados, y ninguno de ellos por parte de odontólogos.

Por lo tanto tratamos de establecer que se aumente la conciencia en los odontólogos en saber identificar y reconocer signos de abuso físico o por negligencia, por parte de los padres, para evitar que dichos abusos pasen inadvertidos y provoquen daños mayores en el futuro de estos niños.



OBJETIVOS



OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia de maltrato infantil, grado de higiene bucal y prevalencia de caries dental en los niñas/os atendidos en el Orfanato "JACINTA Y FRANCISCO" de la ciudad de León, II Semestre, 2002.

Objetivos Específicos.

1. Determinar la frecuencia de maltrato infantil en niñas/os atendidas, en el Orfanato "JACINTA Y FRANCISCO".
2. Identificar quienes son las personas que mas frecuentemente agreden a estos niñas/os
3. Identificar la frecuencia y localización de lesiones visibles craneofaciales en los niñas/os maltratados.
4. Señalar los tipos de lesiones mas frecuentes en niñas/os maltratados
5. Identificar los lugares mas frecuentes, donde los niñas/os son violentados.
6. Identificar el grado de higiene bucal de los niñas/os, maltratados y no maltratados, atendidos en el orfanato JACINTA Y FRANCISCO.
7. Identificar la frecuencia del ataque de caries dental en niñas/os, maltratados y no maltratados, atendidos en el orfanato JACINTA Y FRANCISCO.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y
Prevalencia de Caries Dental en niños

8. Identificar el grado de higiene bucal de los niñas/os, atendidos en el orfanato JACINTA Y FRANCISCO, según edad.

9. Identificar la frecuencia del ataque de caries dental en niñas/os, atendidos en el orfanato JACINTA Y FRANCISCO, según edad.



MARCO TEORICO



MARCO TEÓRICO

4.1. Conceptos.

4.1.1. Agresión y Violencia.

El término **agresión**, ligado al concepto de violencia deriva del latín (agredior-agguedi) que originalmente significaba acercarse o aproximarse. Solo en la época moderna se conoce la agresión como comportamiento de ataque latente o manifiesto y se diferencia del término agresividad en vista de que ésta es una predisposición o actividad social hostil. ⁽¹⁾

Los conceptos de agresividad y violencia no se excluyen, sino que se complementan. Es difícil pensar en un acto violento que no tenga un componente agresivo real, porque la violencia es entre otras cosas, una manifestación de agresividad. ⁽¹⁾

Violencia es un concepto sometido a diferentes interpretaciones, por lo tanto existen muchas definiciones:

- a. Es el uso de fuerza abierta u oculta, con la finalidad de obtener, de un individuo o de un grupo algo a lo que no quiere consentir libremente. ⁽¹⁾
- b. Es una acción directa o indirecta, concentrada o distribuida, destinada a hacer mal a una persona o a destruir, ya sea su integridad física o psíquica, sus posesiones o sus participaciones simbólicas. ⁽¹⁾



- c. Consiste en una relación de potencia y no solo de fuerza, desarrollada entre diversos seres o grupos humanos, de dimensión variable, que renuncian a las otras formas de mantener relaciones entre ellas para forzar directa o indirectamente a los demás a obrar contra su voluntad y ejecutar los deseos de una voluntad extranjera bajo la amenaza de intimidación, de medios agresivos o represivos, capaces de llegar a perjudicar la integridad física o moral de otro, sus bienes materiales o sus ideas de valor, con la posibilidad de aniquilarlo físicamente en caso de una supuesta resistencia, deliberada o persistente. ⁽¹⁾

- d. Es el ejercicio de la fuerza física con la finalidad de hacer daño o de causar perjuicio a las personas o a la propiedad, acción o conducta caracterizada por tender a causar mal corporal o por coartar por la fuerza la libertad personal. ⁽¹⁾

- e. Violencia es el conjunto de procedimientos que reducen la acción humana (por la fuerza de ser necesario) a elementos intercambiables, integrales y tratables fácilmente por ese saber centralizado. ⁽¹⁾

Todo acto que de algún modo implique el uso de la fuerza o su amenaza, podría ser calificado de violento, si causa o amenaza con causar daño a la gente o a su propiedad ⁽¹⁾

Aunque el concepto de violencia es complejo y admite multitud de matices, tiene como rango común, que de algún modo implica el uso de la fuerza física, de la amenaza, la coacción moral o social para lograr fines determinados. Así entendida, la violencia es un concepto muy amplio que incluye, no solo la fuerza o



coacción de cualquier tipo realizada por los sectores marginados de la sociedad, sino también los monopolios de mercado, la autoridad legalmente constituida, los

sistemas legales y policiales, los conductores, los peatones, la violencia intra familiar, etc. ⁽¹⁾

La violencia y sus manifestaciones en el abuso y la agresión no consisten solo en un determinado tipo de acto, sino también una determinada potencialidad. No se refiere solo a una forma de hacer, sino también de no dejar hacer. Es la diferencia entre el riesgo potencial y el daño efectivo, factor que permite exaltar niveles de reversión del proceso. ⁽¹⁾

4.1.2. Maltrato Infantil.

Podemos definir el maltrato infantil como toda agresión que afecten su salud física o mental del niño o niña con la intención de castigarlo o causarle daño. El maltrato es ejercido por las personas que debieran ser las responsables de su cuidado como son los padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general. ⁽¹⁾ (fundamentado en el artículo 19 del código de la niñez)

Esta agresión se produce a través de acciones como golpes, insultos, abusos, etc. y por omisiones cuando se dejan de atender las necesidades de vida del niño, por ejemplo: alimentación, **higiene**, vigilancia, afecto, etc ⁽⁶⁾ En un concepto más amplio se considera maltrato el abuso y la explotación sexual, y las injusticias de todo orden.

El maltrato infantil se clasifica en:

- a. Maltrato físico.



- b. Maltrato emocional.
- c. Maltrato por negligencia o descuido.

- d. Maltrato por abuso sexual. ⁽⁶⁾

4.1.2.1 Factores de riesgo.

- 1- Historia de los padres en la que se manifiesta la de privación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia. Las personas que han sido maltratadas en la infancia, tarde o temprano repiten su historia de agresión, tienden a ser como los padres y muestran dificultades en sus relaciones con los otros ⁽⁶⁾

- 2- Percepción negativa del niño/a. Si los hijos/as, nietos/as, hijastros/as, o alumnos/as se perciben como insoportables, feos, estorbos, malos, diferentes, diabólicos, retardados mentales, con defectos físicos, etc, en algún momento van a ser víctimas de malos tratos físicos o emocionales. Siempre que el pequeño no cumpla las expectativas, tanto físicas como emocionales del adulto, está en riesgo de ser maltratado. ⁽⁶⁾

- 3- Crisis familiares. Toda familia o pareja en crisis de relaciones y/o económicas, establece una relación difícil con los niños/as, quienes terminan recibiendo las consecuencias de esa situación. ⁽⁴⁾



- 4- Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo. Las situaciones de crisis y conflictos generan incomunicación, no sólo con su familia cercana, sino también pierden la capacidad de buscar ayuda para salir de los problemas, tanto personales como de pareja o de relaciones con los hijos ⁽⁴⁾

- 5- El abuso del alcohol y la drogadicción: Generan situaciones de violencia que se descargan contra los más débiles, puesto que el enfermo pierde sus inhibiciones y su autocontrol. ⁽⁴⁾

- 6- Familias en las cuales la violencia corporal es aceptada e in cuestionada como práctica cultural, y considerada como la forma normal de las interacciones y de la resolución de los conflictos. ⁽⁴⁾

- 7- Enfermedades o deterioro, tanto de la salud física como mental, de alguno de los padres o cuidadores. ⁽⁴⁾

- 8- Padres adolescentes. La paternidad o maternidad prematura puede tener como consecuencia el rechazo del bebé. La falta de madurez y su poca información, pueden llevar a abandonarlo o descuidarlo. En ocasiones, las madres solteras muestran incapacidad para establecer adecuados vínculos afectivos con su hijo. ⁽⁴⁾

- 9- **Cuando los adultos tienen incapacidad para detectar las necesidades de los niños/as**, y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades, de acuerdo con las etapas de desarrollo. ⁽⁴⁾



Estos y otros factores pueden estar presentes en situaciones de maltrato; sin embargo, es necesario aclarar que hay personas que aunque estén pasando por condiciones como las descritas, no maltratan a los niños/as. ⁽⁴⁾

4.2. Maltrato Físico.

Se manifiesta a través de golpes o lesiones aplicadas al niño con fuerza y violencia, con la intención de disciplinarlo o educarlo. ⁽⁶⁾

Estas agresiones pueden ser: quemaduras, heridas, latigazos, mordeduras, equimosis y fracturas, hasta lesiones físicas que pueden causar la muerte como por ejemplo: asfixia, puñaladas, hemorragias internas por ruptura de diferentes órganos (pulmones, hígado, intestinos, etc.) ⁽⁶⁾

4.2.1. Lesiones corporales características en los niños víctimas del maltrato físico:

- Equimosis y marcas de golpes antiguos y recientes, provocados intencionalmente en diversas partes del cuerpo como: cara, labios, tórax, espalda, piernas, de las cuales los agresores no dan una explicación lógica. ⁽⁶⁾
- Quemaduras inexplicables producidas por: cigarrillos, especialmente en las plantas de los pies, palmas de las manos, la espalda o las nalgas. ⁽⁶⁾
- Quemaduras con agua caliente en las manos, en los pies, en las nalgas y órganos genitales. ⁽⁶⁾



- Quemaduras con la forma del aparato eléctrico con que fueron provocadas, por ejemplo la plancha. ⁽⁶⁾
- Fracturas inexplicables en el cráneo, cara, nariz, en diversas etapas de cicatrización por haber sido ocasionadas en diferentes oportunidades . ⁽⁶⁾
- Fracturas múltiples provocadas a la vez. ⁽⁶⁾
- Lastimaduras o irritaciones inexplicadas: en la boca, los labios, encías, ojos. ⁽⁶⁾
- En los órganos genitales externos. ⁽⁶⁾
- Rasguños en la cara y marca de uñas en la orejas ⁽⁶⁾

4.2.2. Características del comportamiento (maltrato físico)

- Desconfiado en su relación con los adultos.
- Inquieto cuando otros niños lloran.
- Comportamiento que llega los extremos de agresividad o reacciones de ausencia o distracción.
- Temerosos de sus padres.
- Presenta problemas de rendimiento escolar. ⁽⁶⁾

4.3 Maltrato emocional.

4.3.1. Características físicas de los niños víctimas del maltrato emocional.

- Trastornos del lenguaje o de la forma de expresarse.
- Tartamudeo.
- Actitud extremadamente infantil.
- Retardo del desarrollo físico.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

- Detección del desarrollo físico ⁽⁶⁾

Este es más difícil de identificar porque no es observable a simple vista, como sucede con el maltrato físico. ⁽⁶⁾

Esta forma de agresión es provocada generalmente por los padres, familiares, maestros y personal de instituciones encargadas del cuidado de los

niños. Se manifiesta a través de expresiones de rechazo, de falta de afecto y atención. ⁽⁶⁾

También se produce verbalmente por medio de insultos, amenazas o gritos, con mensajes destructivos como : no te quiero, eres un tonto, no sirves para nada, etc. ⁽⁶⁾

Este tipo de maltrato afecta la personalidad del niño y le impide desarrollarse normalmente. ⁽⁶⁾

4.3.2. Características psíquicas de los niños con maltrato emocional:

- Tic nerviosos (succionar, morder)
- Trastornos de conducta (agresivo, violento, destructor)
- Presenta signos de tipo neurótico (trastornos de sueño, alejamiento del juego).
- Reacciones de tipo sico-neurótico (histeria, compulsión, miedo, tristeza) ⁽⁶⁾

4.3.3 Conductas extremas.



- Muy conformista o pasivo
- Agresivo, exigente
- Demasiado adultos ó demasiado infantiles para su edad.
- Retardo del desarrollo (mental, afectivo) ⁽⁶⁾

4.4 Maltrato por negligencia o descuido.

El maltrato por negligencia es un hecho muy frecuente que se caracteriza por el descuido de los padres con respecto a sus necesidades de vida de los hijos. Se manifiesta por la falta de control médico, alimentación inadecuada, higiene y vestuario defectuoso, mala formación de hábitos e inasistencia escolar ⁽⁶⁾ (artículo 24 y 32)

Generalmente la vigilancia es deficiente y facilita accidentes como: caídas, quemaduras, intoxicación, mordeduras de animales, accidentes de tránsito y extravíos en la vía pública. ⁽⁶⁾

El descuido puede provocar: retardo en el desarrollo del niño, enfermedades que pudieron prevenir así como una negativa participación en la vida social, (practica la mendicidad, drogadicción, prostitución y otros) ⁽⁶⁾

Esto es considerado como la forma típica de abandono infantil. ⁽⁶⁾

4.4.1. Características físicas que presentan los niños víctimas del maltrato por negligencia o descuido:



- Hambre continua, higiene defectuosa, ropa inapropiada.
- Ausencia de cuidado, especialmente a curso de actividades peligrosas o durante largos períodos.
- Necesidades de tipo físico o de salud no satisfechas (alimentación, higiene, atención médica)
- Problemas nutricionales, de piel y los bronquios.
- Inasistencia escolar ⁽⁶⁾

4.4.2. Características psíquicas o comportamiento por negligencia o descuido:

- Mendiga, roba alimento.
- Está cansado en forma permanente, no puede mantener la atención, se duerme.
- Dice que nadie se preocupa por él en la casa.
- Utiliza drogas baratas (pegamento, thinner)
- Busca amigos para convivir en las calles ⁽⁶⁾

4.5 Abuso Sexual.

El abuso sexual infantil ocurre cuando un adulto o adolescente (padre, padrastro, hermano, amigo u otra persona) usa su poder sobre el niño para envolverlo en una actividad de contenido sexual. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los casos de abuso sexual se dan en la familia; el abusador es



una persona conocida, de confianza, que ejerce una relación de poder sobre el menor, lo cual hace que éste guarde el “*terrible secreto*”.⁽⁶⁾

Muchos niños/as no comprenden el significado real del abuso en el momento que ocurre, pero saben que es algo que no deben contar y que con su silencio no sólo se cuidan a sí mismos, sino también a su abusador. El abuso sexual suele presentarse en varias formas, desde palabras insinuantes, caricias, besos, manoseo, hasta exhibiciones y en el peor de los casos violación. Consiste también en la explotación sexual del niño y la niña o el adolescente.⁽⁶⁾

4.5.1. Características físicas que presentan los niños víctimas de abuso sexual.

La mayoría de los niños/as abusados sexualmente no muestran huellas de golpes o señales exteriores obvias. En el 75% de los casos, la evidencia de trauma físico o de enfermedad venérea no existe⁽⁴⁾

Algunos indicadores habituales.

- Dolor y prurito en la región genital.
- Infecciones urinarias, ocasionales o crónicas.
- Dolores de estómago o vómitos.
- Dificultad para caminar o sentarse.
- Ropa interior destruida, sucia o manchada con sangre.
- Heridas y hemorragias de los órganos genitales externos o de la zona vaginal o anal.
- Enfermedades venéreas.
- Embarazo.
- Cuerpos extraños en la vagina o en el recto⁽⁴⁾



4.5.2 Características psíquicas que presentan los niños víctimas de abuso sexual.

En menores de 8 años.

- Desórdenes de la alimentación
- Miedo a dormir solo.
- Terrores nocturnos (pesadillas)

- Ansiedad ante la separación
- Enuresis (diurna y nocturna)
- Encopresis.
- Regresión del lenguaje
- Conversaciones clandestinas sobre sexo.
- Excesiva masturbación.
- Posturas sexuales agresivas.
- Hablar llorando
- Hiperactividad
- Cambios de conducta en la escuela
- Pataletas frecuentes.
- Excesivo temor.
- Depresión y ansiedad
- Intentos de suicidio.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

- Extremo nerviosismo.
- Hipocondría.⁽⁴⁾

En mayores de 8 años hasta 15 años.

- Miedo a estar solo.
- Incapacidad para sostener la mirada.
- Frecuentes peleas y disgustos con los miembros de la familia cercana.
- Pobre autoestima.

- Excesivo nerviosismo.
- Problemas de memoria.
- Cambios frecuentes y drásticos de humor.
- Preocupación por temas sexuales.
- Conductas complacientes.
- Gestos e intentos de suicidio.
- Auto mutilación.
- Desconfianza.
- Actividades sexuales.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Conductas fóbicas, incluidos los temas sobre sexualidad.
- Fantasías violentas.
- Miedo a futuros abusos.
- Rechazo a relaciones cercanas con otros.⁽⁴⁾



4.6 DIAGNOSTICO DEL MALTRATO INFANTIL.

El principal factor del diagnóstico del maltrato debe ser la sospecha.

Idealmente, el niño/a en peligro de sufrir agresiones, debería ser detectado antes de que ocurra el daño. Por eso, es muy importante tener claro cuales son los factores de riesgo, realizar una historia clínica completa, entrevistar a los padres, observar y examinar detalladamente al niño/a, para lograr un diagnóstico adecuado. ⁽⁴⁾

Es importante llevar un registro de hallazgos, tomar fotografías y grabar las entrevistas si fuera necesario, ya que la información dada por los padres y cuidadores, generalmente discrepa del diagnóstico médico, lo cual es motivo suficiente para realizar un informe detallado destinado a las autoridades competentes. ⁽⁴⁾

Se debe tener en cuenta que los niños/as aunque sean maltratados, defenderán a sus padres o cuidadores, y frecuentemente se consideran merecedores de los malos tratos ⁽⁴⁾

4.6.1. Características en los adultos responsables del niño que apoyan el diagnóstico de maltrato infantil.

- Relatan una historia contradictoria e incoherente que no explica la lesión o lesiones que presenta el niño/a.
- Se muestran reacios a dar la información solicitada.



- Se demoran injustificadamente para buscar atención médica.
- Reflejan una actitud de descuido, desapego, o excesivo mimo con el niño/a.⁽⁴⁾

4.6.2 Señales físicas que apoyan el diagnóstico de maltrato infantil.

Cuando los niños/as presentan algunos de los indicadores que se señalan a continuación, es importante sospechar que están siendo víctimas de maltrato físico, y es indispensable averiguar si han sido hospitalizados varias veces o remitidos a consulta “por accidentes”. Algunos de los indicadores de maltrato infantil ya han sido mencionados anteriormente en las características físicas del niño maltratado ⁽⁴⁾.

Indicadores:

- **Hematomas o contusiones** en diferentes estados de cicatrización, marcas y señales de golpizas en la cara, labios, nariz, brazos, piernas, tronco, o nalgas. Golpes en los dos ojos o en las dos mejillas (usualmente en los accidentes, los golpes se presentan de un solo lado de la cara.
- **Hematomas subdurales.**



- **Cicatrices** que muestran los objetos con los que fueron golpeados, como señales de látigo, correas, hebillas, cables, etc.
- **Marcas permanente**, como tatuajes.
- **Laceraciones y/o abrasiones** en la nariz, labios, encías, ojos, genitales externos, brazos, piernas, nalgas o tronco.
- **Cicatrices o quemaduras** con cigarrillo, especialmente en las palmas de las manos o en los pies, o en la espalda o las nalgas.
- **Quemaduras cicatrices** con objetos, como planchas eléctricas, en brazos, piernas o en el torso.
- **Cicatrices o marcas** de lazos o sogas en muñecas y tobillos.
- **Quemaduras por inmersión** en líquidos hirvientes, agua y otros, en los pies o las manos (como media o como guante), o en los genitales o las nalgas.
- **Fracturas mal cicatrizadas**, frecuentes y no tratadas.
- **Fracturas de huesos largos**, de nariz, de maxilares y craneanas en bebés menores de un año.
- **Ausencia de cabello** en algunas partes de la cabeza, hemorragia del cuero cabelludo, o frecuentes “chichones”.



- **Hemorragia de la retina.**
- **Fracturas nasales**, o desviaciones del tabique.
- **Fracturas dentales** y hematomas en la cavidad bucal.
- **Dislocación de codo o de hombro.** ⁽⁴⁾

Además, es importante tener en cuenta que aquellos niños/as cuya frecuencia de hospitalización por enfermedades y por accidentes es repetitiva, pueden estar siendo víctimas de abandono, negligencia o maltrato. Es posible que la historia de salud de estos niños esté registrada en diferentes instituciones. ⁽⁴⁾

Otros indicadores que deben hacer sospechar de maltrato infantil:

- **Fatiga crónica.**
- **Hábitos inadecuados:** Comerse las uñas, chuparse los dedos después de los 10 años, rascarse hasta arrancar la piel, tic, tartamudeo, etc.
- **Frecuentes ausencias** o llegadas tarde a la escuela.
- **Hipocondría.**
- **Cambios de comportamiento**, con tendencias agresivas o de aislamiento.
- **Retrasos** en el desarrollo mental o emocional.
- **Uso de alcohol o drogas.** ⁽⁴⁾



4.7 Plan general de tratamiento a los niños/as maltratados.

1.-Entrevistas e historia clínica inicial, que idealmente debe hacerse ante la sospecha de maltrato. Se debe:

- a.- Compartir la información.
- b.- Tomar decisiones en equipo.
- c.- Planear acciones.
- d.- Brindar apoyo. ⁽⁶⁾

2.- Protección y cuidados al niño/a.

- a- Hospitalización si fuera necesaria.
- b- Cuidados alternativos (lejos de la familia, si se estima conveniente)
- c- Cita de control y seguimiento. ⁽⁴⁾

3.- Tratamiento de las lesiones. ⁽⁴⁾

4.- Si fuera posible, tomar fotografías. ⁽⁴⁾

5.- Exámenes de laboratorio y radiografías. ⁽⁴⁾

6.- Abordaje a los padres, teniendo en cuenta:

- a- Evitar la confrontación y la acusación.
- b- Procurar una actitud positiva.
- c- Cooperar con los padres. ⁽⁴⁾



7.- Notificar a las autoridades correspondientes: defensoría de Familia, ICBF, Comisaría de Familia, autoridades de policía, personería o comité de apoyo interinstitucional, los investigadores deben buscar la ayuda profesional de los **odontólogos forenses.** ⁽¹⁾

8.- Se debe hacer el informe por escrito y un seguimiento del paciente y su familia en los aspectos sociales, emocionales y físicos. ⁽¹⁾

PLACA BACTERIANA Y CARIES DENTAL.

Introducción

Antes de hablar de la placa bacteriana, es conveniente dar algunos conceptos sobre microbiología oral, en especial de la flora microbiana normal ⁽³⁾

FLORA MICROBIANA ORAL:

Normalmente en la boca de todos los individuos viven una serie de microorganismos que hemos ido adquiriendo a través de toda nuestra vida. Estos se adquieren desde el momento mismo del nacimiento, ya que los gérmenes que se reciben son los de la vagina materna. Posteriormente, la cantidad y calidad de los microorganismos se va incrementando de acuerdo a las condiciones



ambientales, la alimentación, etc. Estos microorganismos viven en condiciones optimas de temperatura, humedad y oxigeno en la cavidad bucal ⁽³⁾

Están en equilibrio normal con el organismo y no le producen ningún daño, salvo cuando aquel se ve alterado (alteraciones nutricionales, enfermedades generales como diabetes, bocas sucias, presencia de placa bacteriana, traumas, etc.) Esta flora vive aprovechando las condiciones ambientales del organismo, pero sin dañarlo, estableciendo una relación denominada comensalismo.

En la flora microbiana oral se distinguen tres periodos: predenticion, dentición, post dentición ⁽³⁾

Periodo de Predenticion: Hasta antes de la erupción de los primeros dientes de leche, la flora normal o habitual contiene principalmente microorganismos de tipo Aerobio (requieren presencia de oxigeno para su supervivencia) Gram + (denominados así en relación a su acción con una

sustancia colorante histológicamente denominada tinción de Gram), dentro de los cuales tenemos los estreptococos, estafilococos, lactobacilos, etc.

Periodo de dentición: Con la aparición de los dientes van cambiando las condiciones ambientales de la boca. Se forman irregularidades entre los dientes y encías que favorecen el desarrollo de microorganismos que no requieren para su sobre vivencia de la presencia de oxigeno (anaerobios). Se agregan así a los gérmenes de la predenticion una serie de microorganismos entre los cuales tenemos bacteroides, bacilos fusiformes, vibriones, actinomices, leptotrix, espiroquetas, cándida, virus herpético, etc. Se obtiene así la composición de una flora oral cuantitativa y cualitativamente abundante y diversa (gran cantidad de diversas especies microorgánicas, anaerobias, aerobias, Gram+, Gram-,etc.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Dentro de la cavidad bucal la distribución y concentración de las diversas especies microbianas es variable y esta relacionada con las características ambientales de la zona. Es así, como a nivel de los surcos y fisuras dentarias son mas abundantes los lactobacilos y formas filamentosas, en la superficie lisa de los dientes tenemos los estreptococos mutans, responsables de la formación de la placa bacteriana, sobre los cuales se agregan una serie de microorganismos como los bacteroides, difteroides, veillonelas, bacterias fusiformes, etc. A nivel del crevice o surco gingivo-dentario se encuentran estreptococos facultativos, bacterias fusiformes, espiroquetas, bacteroides melaninogenicus, etc. De igual forma es variable la flora de la lengua, saliva, zona amigdalina, etc ⁽³⁾

Periodo de post dentición: (bocas edentulas) La flora oral en este periodo se hace similar a la flora de la predentición.

Los microorganismos habituales de la cavidad oral están en constante multiplicación y desarrollo, y si bien es cierto que en condiciones de equilibrio no producen daño al organismo, mediante un aumento significativo del número de ellos, alteraran dicho equilibrio y serán capaces de producir daño. Para oponerse a esto, la cavidad oral posee una serie de microorganismos defensivos, entre los cuales tenemos: integridad de la mucosa oral, descamación epitelial, actividades fisiológicas- tales como hablar, comer deglutir, etc, la saliva que juega un papel importante pues tiene una serie de mecanismos, como su acción mecánica de arrastre, acción humedece dora y lubricante de los tejidos, acción antimicrobiana directa mediante sustancias presentes en ella tales como enzimas, anticuerpos, leucocitos, etc⁽³⁾

PLACA BACTERIANA.



La placa bacteriana es una unidad biológica organizada, constituida por microorganismos que se adhieren firmemente a la superficie dentaria. Esta unidad se forma mediante la adhesión de los microorganismos a la superficie dentaria y se desarrolla a través de la colonización y crecimiento de numerosas especies de microorganismos sobre el diente (también se puede depositar sobre el tártaro, prótesis y obturaciones). Los microorganismos se encuentran inmersos en una sustancia extracelular formada por productos del metabolismo bacteriano sobre los alimentos y sustancias que derivan de la saliva y suero sanguíneo. La placa se forma cuando los microorganismos se adhieren al diente mediante un polisacárido extracelular (dextrán) altamente adhesivo. Luego comienza a proliferar y a crecer⁽³⁾

La placa bacteriana es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la responsable fundamental de la formación de caries y paradenciopatías.

Esta placa es prácticamente invisible a simple vista y para su visualización es útil el uso de sustancias que la revelen (compresas, soluciones, etc.)⁽³⁾

El responsable fundamental en la adhesión de la placa bacteriana sería el estreptocococ mutans o cariogénico, el cual formaría la capa adhesiva de base, sobre la cual vendrían a depositarse y multiplicarse una variedad de especies microbianas. Todo esto ocurriría principalmente a nivel de la superficie lisa de los dientes, ya que en los surcos y fisuras existen de por sí las condiciones de irregularidad que favorecen el depósito bacteriano. De igual manera, a nivel del surco gíngivo-dentario a crévice existen estas condiciones.

La flora microbiana es variable en la placa bacteriana y está relacionada con la ubicación dentaria de la misma, además tiene una distribución característica



en cada individuo que depende de la anatomía dentaria, posición de los dientes, morfología de los tejidos gingivales, etc. es por esto que se habla del mapa individual de la distribución de la placa. Es asimismo diferente de un lugar geográfico a otro, por factores alimenticios⁽³⁾

ETAPA EN LA FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA.

a) PLACA SALIVAL: es una capa de mucoproteínas que se depositan después de algunos minutos de haber cepillado los dientes. No posee gérmenes.

b) PELÍCULA DENTARIA: a las pocas horas de depositada la cutícula salival, comienzan a depositarse gérmenes sobre ésta, especialmente el estreptococos cariogénico. Se produce así la colonización bacteriana. Estos estreptococos comienzan a producir una sustancia extracelular altamente adhesiva denominada DEXTRAN (polisacárido de alto peso molecular)⁽³⁾

El dextrán es sintetizado exclusivamente a partir de la SACAROSA (tipo de azúcar presente en los dulces, mermeladas, etc.) por lo que la presencia de azúcar es indispensable. Comienza así la organización de la placa bacteriana. Se siguen agregando diversas especies de microorganismos, principalmente lactobacilos y anaerobios.

c) PLACA MADURA: entre 5 y 10 días se produce la maduración de la placa bacteriana por el agregarse de las diferentes especies microbianas. La placa madura es una entidad compleja, formada por una gran variedad de especies microbianas firmemente adheridas al diente, lo que impide su eliminación mediante mecanismos defensivos fisiológicos, movimientos de



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

lengua y labios, etc. la única forma de eliminar esta placa es mecánicamente, mediante el cepillo y la seda dental ⁽³⁾

Al conjunto formado por la placa, más una gran cantidad de restos alimenticios, células descamadas y leucocitos, se le conoce como MATERIA ALBA.

La placa bacteriana madura puede llegar a calcificarse originando lo que se conoce como TÁRTARO, sarro o cálculo dentario. Esta calcificación depende de las características físico-químicas del medio ambiente y de la capacidad de calcificarse que tienen ciertos organismos.⁽³⁾

El tártaro está constituido en un 70-90% de sustancia inorgánica, especialmente sales de calcio (fosfato de calcio, carbonato de calcio, etc.) y un 10-30% de matriz orgánica, formada principalmente por glicoproteínas, mucoproteínas, mucopolisacáridos ácidos, etc.

El tártaro puede ubicarse bajo la encía (tártaro subgingival) o sobre ella (tártaro supragingival). El subgingival es de más difícil eliminación ⁽³⁾

El tártaro de por sí constituye un factor irritativo de los tejidos gingivales, su eliminación es difícil y sobre su superficie rugosa y por debajo de él se deposita una nueva placa bacteriana que, a través de su metabolismo, produce ácidos y toxinas que actúan sobre el diente y los tejidos de soporte destruyéndolos.

La caries dentaria es una enfermedad de origen microbiano, de carácter progresivo e irreversible, que ataca los tejidos dentarios, destruyéndolos ⁽³⁾



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Como toda enfermedad, debe ser mirada desde el punto de vista de la salud general y colectiva (de la comunidad). Un individuo con problemas de caries avanzada (con presencia de dolor, dificultades en la masticación, problemas estéticos, etc.) no actuará en forma normal, será fácilmente irritable, no podrá efectuar su trabajo normalmente, etc., lo que influirá sobre el grupo familiar y la comunidad en que se desenvuelve.⁽³⁾

FACTORES QUE PARTICIPAN DIRECTAMENTE EN LA FORMACIÓN DE LA CARIES.

La caries es una enfermedad de origen multifactorial, para que ella se produzca deben concurrir tres factores:

Huésped o terreno susceptible: está representado por el diente. En este elemento existen una serie de factores que determinan una mayor o menor predisposición a la caries. Así tenemos:

- factores hereditarios: una mayor o menor resistencia de los tejidos dentarios a la caries es heredado de padres a hijos. Por otra parte, ciertas características morfológicas de los dientes, su disposición en las arcadas, características fisico-químicas de la saliva, etc., se transmiten en forma hereditaria de padres a hijos ⁽³⁾
- Alimentación: una dieta equilibrada en la mujer embarazada y el niño durante el período de formación y desarrollo de los dientes, favorece una formación correcta de ellos. Por el contrario, una dieta inadecuada puede determinar alteraciones en la calidad de los dientes, los que presentarán una mayor susceptibilidad a la caries ⁽³⁾



Agente o microorganismos: como hemos visto anteriormente, la placa bacteriana es considerada la responsable fundamental en la formación de la caries y paradencionopatías. Esta placa presenta una composición bacteriana variable, de acuerdo al lugar del diente o zona de la boca en que se encuentra. Diferentes especies de microorganismos presentes en la placa son capaces de producir ácidos mediante la fermentación de los azúcares, que atacan a los tejidos dentarios, destruyéndolos ⁽³⁾

La caries puede desarrollarse en diferentes lugares de los dientes y lo hace principalmente en los puntos, fisuras o surcos; zona de contacto interproximal; zona del cuello dentario. Existen así caries de superficie lisa y caries de surcos y fisuras ⁽³⁾

Caries de superficie lisa: como no existen irregularidades que permitan la retención de microorganismos, es necesaria la formación de una placa adhesiva que permita la posterior colonización y desarrollo microbiano. Después,

esta placa bacteriana producirá ácidos mediante su metabolismo los que destruirán los tejidos dentarios ⁽³⁾

En esta zona es de fundamental importancia el germen streptococo cariogénico, capaz de elaborar a partir de la sacarosa un polisacárido extracelular (dextrán) altamente adhesivo que permite la instauración de la placa bacteriana. Es por esto que se afirma que el responsable fundamental en la iniciación de la caries de superficie lisa es el streptococo cariogénico o formador de placa ⁽³⁾



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Los streptococos son gérmenes tipo cocox Gram + y anaeróbicos. Mediante la fermentación de los hidratos de carbono producen ácido láctico, butírico y fórmico ⁽³⁾

Dentro de los streptococos cariogénicos tenemos diferentes especies (salivaris, mitis, etc.) y hoy día la que se estudia con mayor atención por considerársela la principal responsable en el proceso de caries, es la especie del streptococos mutans. En base a él se han realizado algunas vacunas anticaries que han dado algunos resultados en animales de experimentación ⁽³⁾

Sustrato: está representado por los hidratos de carbono, glúcidos o azúcares. Existen una serie de características fisico-químicas del sustrato que determinan un mayor o menor poder cariogénico del mismo. Esto lo hemos tratado ampliamente en el capítulo de alimentación, por lo que está demás repetirlo ⁽³⁾

FACTORES RELACIONADOS CON UNA MAYOR O MENOR INCIDENCIA DE LA CARIES DENTARIA.

Diversos factores han sido estudiados en relación con una mayor o menor incidencia de la caries. Entre ellos tenemos:

-Generales:

EDAD: se ha visto una mayor incidencia de caries en los niños y adolescentes, con una disminución en la edad adulta, lo que se explica por la



menor mineralización que presentan los dientes recién erupcionados y porque se piensa que los cambios hormonales producidos durante la pubertad pueden influir en alguna medida ⁽³⁾

SEXO: clínicamente se ha comprobado una mayor incidencia de caries en la mujer. Se piensa que los cambios hormonales que se producen en ella pueden tener cierta participación. No existen estudios que puedan corroborar en forma tajante esta hipótesis ⁽³⁾

ETNIA: existen algunos grupos humanos que presentan una menor incidencia de caries. En los esquimales, por ejemplo; la incidencia es casi cero ⁽³⁾

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA: factor en relación con las concentraciones naturales de sales minerales especialmente flúor en el agua y alimentos de la zona.

LOCALES: el factor fundamental que predispone a una mayor incidencia de la caries es una *higiene bucal inadecuada* o nula. También favorecen la formación de caries los dientes en mala posición, los dientes con problemas de erosiones, hipoplasias, las obturaciones mal efectuadas, etc ⁽³⁾

COMO EVOLUCIONA LA CARIES.

La caries se inicia como una alteración a nivel del esmalte dentario: *caries del esmalte*. Se caracteriza porque el esmalte pierde su normal



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y

Prevalencia de Caries Dental en niños

translucidez o transparencia, volviéndose opaco, de superficie irregular, áspera. Se produce un cambio de coloración que puede ir desde el blanquecino al marrón oscuro. El paciente no advierte ningún síntoma de sensibilidad o dolor. El proceso sigue avanzando y llega al límite entre el esmalte y la dentina, donde se propaga con mayor rapidez debido a que la dentina es un tejido menos calcificado que el esmalte. Tenemos así una cavidad pequeña en el esmalte y una amplia destrucción en la dentina subyacente (esmalte socavado). Esta etapa es la de *caries dentinaria*. En esta etapa existe sensibilidad dentaria provocada por estímulos tales como los alimentos ácidos, dulces, fríos y calientes, que se explica por la presencia en la dentina de las prolongaciones protoplasmáticas de los odontoblastos (cuyo cuerpo celular está en la pulpa dentaria), células que se piensa tiene una sensibilidad propia, aunque también dicha sensibilidad podría estar determinada por las interconexiones existentes entre estas células y sus prolongaciones, con ramificaciones nerviosas ubicadas entre y alrededor de ellas ⁽³⁾

El proceso, si no es tratado sigue su curso progresivo de destrucción, produciéndose *compromiso pulpar*.



DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

4.2 Área de estudio:

Es la Casa Hogar “Jacinta y Francisco”, ubicada en el sector norte de la ciudad de León, cuyo Rector, es el Obispo de la Diócesis de León y Chinandega, Monseñor Cesar Bosco Vivas. En esta institución, se albergan niños y niñas huérfanos, abandonados, maltratados y menores cuyos padres de familia son de muy escasos recursos económicos y en esta “Casa Hogar”, permanecen semi internos, garantizándoseles a todos ellos, alimentación y estudios y a los internos, además se les garantiza la habitación y enseres personales.

4.3 Población de estudio:

El grupo de estudio estuvo constituido por 158 estudiantes, de los cuales 112 son varones y 46 son mujeres, del orfanato JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León.

Previo a la recolección de la información, se realizó una estandarización de los índices de Higiene Oral Simplificado y del CPOD y ceo, con dos Docentes del departamento de Odontología Preventiva y Social.

Posteriormente con el apoyo de la Psicóloga, se clasificó a los niños que sufrían de maltrato infantil, a los cuales se les examinó las características propias del maltrato.



4.3 Instrumento y método de recolección de datos.

Se visitó a la directora de la “Casa Hogar”, para explicarle los objetivos del estudio y solicitarle su cooperación, a lo cual ella accedió muy amablemente, coordinándonos además con la psicóloga del centro, para clasificar a los niños y niñas que han sufrido de maltrato.

Posteriormente se elaboró en base a los objetivos del estudio, la ficha recolectora de datos, que se muestra en los anexos.

Previo a la recolección de la información, se realizó una estandarización de los índices de Higiene Oral Simplificado y del CPOD y ceo, con dos Docentes del departamento de Odontología Preventiva y Social. Una vez lograda la estandarización, se visitó los grupos de clases y se les explico a los alumnos en que consistiría el examen clínico, y solicitarles su cooperación. También se les presentó un video educativo sobre higiene bucal, a fin de estimularlos.

Se recolectaron datos mediante fichas, índices de higiene oral (Greene y Vermillion) índice de CPOD y CEO, que nos suministrarán información específica sobre las condiciones físicas, oro faciales y emocionales de la unidades de análisis, los cuales serán ejecutados de manera individual en cada niño calibrándose las medidas con anterioridad, se utilizará el total de la población de estudio para la utilización de estos datos.



INDICE DE HIGIENE ORAL:

Este índice fue idealizado para servir como un recurso epidemiológico para la evaluación de la higiene oral en grupos de población, es considerado como un método razonablemente sensible para la evaluación de la higiene oral en grupos de poblaciones. Se utilizó el índice de higiene oral simplificado, ya que este permite también hacer una evaluación cuantitativa de los diferentes grados de higiene oral.

Este índice fue de utilidad en:

- a) evaluación de la eficiencia de cepillado.
- b) evaluación de la eficiencia de procedimientos usados en programas de educación sanitaria.



INDICE DE RESTOS

<u>CODIGO</u>	<u>CRITERIOS</u>
0	Ausencia de placa dental o manchas extrínsecas en la superficie examinada.
1	Presencia de placa dental cubriendo no más de un tercio de la superficie examinada o bien ausencia de placa dental pero presencia de manchas extrínsecas.
2	Presencia de placa dental cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie examinada, podrá haber o no la presencia de mancha extrínsecas.
3	Presencia de placa dental cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada, podrá haber o no presencia de manchas extrínsecas.



INDICE DE CALCULO

CODIGO	CRITERIOS
0	Ausencia de cálculo supra o sub. gingival
1	Presencia solamente de cálculo supragingival, cubriendo no más de un tercio de la superficie examinada.
2	Presencia de cálculo supragingival, cubriendo más de un tercio de pero no más de dos tercios de la superficie examinada o bien la presencia de pequeñas porciones de cálculos subgingival separados alrededor del cuello del diente.
3	Presencia de cálculo supragingival, cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada o bien la presencia de una faja continua de cálculo subgingival a lo largo del cuello del diente.



DIENTES Y SUPERFICIES EXAMINADAS

Diente No. 16	superficie vestibular
Diente No. 11	superficie labial
Diente No. 26	superficie vestibular
Diente No. 36	superficie lingual
Diente No. 31	superficie labial
Diente No. 46	superficie lingual

Si el diente indicado en el examen:

- 1) estuviera ausente.
- 2) si no estuviera totalmente erupcionado
- 3) si estuviera restaurado con corona total

4) si presentara su superficie reducida de tamaño, debido a caries o traumas, deberá sustituirse por otros dientes que son el No. 16 por el No. 17 ó 18; el No. 11 por el No. 21; el No. 26 por el No. 27 ó 28; el No. 36 por el No. 37 ó 38; el No. 31 por el No. 41 y el No. 46 por el No. 47 ó 48.

En caso de que cualquiera de los dientes sustitutos estuviera ausente, no estuviera totalmente erupcionado o con una restauración con corona total y tuviera una superficie reducida por caries o traumas se lo pondrá el signo siguiente √ esto para indicar la posibilidad de sustitución.



PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN BUCAL

El examen se realizo con un explorador No. 5 y con un espejo bucal, el examen obedecerá la siguiente secuencia: No. 16, 11, 26, 36, 31, 46.

Para los dientes No.16, 26, 36 y 46 se selecciono el primer diente localizado distalmente ya sea los segundos o terceros molares, este orden es en caso que se utilicen los sustitutos de los dientes antes mencionados.

El diente fue examinado primero en relación a placa dental y después a cálculo.

- A) El examen de la presencia de la placa dental fue realizado mediante el deslizamiento de la parte lateral del explorador a lo largo de la superficie dental en sentido ocluso-gingival o inciso-gingival para estimar la proporción de superficie cubierta por la placa. En presencia de manchas extrínsecas, esta es considerada extrínseca cuando pudiera ser removida raspando la superficie del diente con la punta del explorador.

- B) El examen de la presencia de cálculo dental fue hecho a través de la utilización del explorador para identificar y estimar la extensión del área cubierta por el calculo o bien para detectar la presencia de calculo subgingival.

Para fines de llegar al puntaje final, cada superficie proximal fue contada una sola vez.



El puntaje final se determinó contando el número total de caras con placa dividiendo este número por la cantidad de caras presentes en la boca y multiplicado por cien.

INDICE DE CPOD

Fue escrito por Klein y Palmer en 1937 , el índice del CPOD es la media aritmética que resulta de contar el numero total de dientes permanentes atacados por la caries y divididos por el numero de individuos examinados. Constituye el índice de mayor uso , mayores posibilidades y el mas valioso para la odontología sanitaria.

INSTRUCTIVO PARA LA ENCUESTA DE CARIES DENTAL:

Para determinar prevaletías de caries dental en la comunidad fueron usados los siguientes índices:

A) Para dientes permanentes: el índice de Klein y Palmer CPOD.

C: cariado, P: perdido, E: extraído, El: extracción indicada, O: obturado.

La letra D sirve para garantizar su aplicación a la unidad diente.

B) Para dientes temporales se utilizo el índice de CEO

C: cariado, E: extracción indicada, O: obturado

El índice de CEO es una adaptación del índice CPOD a la dentición temporal. El índice CEO es la media aritmética que resulta de contar el numero total de dientes temporales atacadas por la caries y dividido entre el numero de individuos o niños examinados. Con la utilización de estos dos índices se logra la historia anterior y actual de la caries dental de un individuo y una comunidad.



Criterios que se adoptaron para los índices CPOD.

Cada diente fue clasificado como

1) Cariado, cuando se presente el diente.

a) con evidencia de esmalte socavado y presencia de una cavidad definida en el cual el explorador penetre.

b) en caso de fosas y fisuras cuando se retenga la punta del explorador, siempre que una de las condiciones siguientes estuviera presente: existencia de tejido cariado blando, opacidad del esmalte,

c) en casos de superficies proximales, cuando la punta del explorador penetre y quede retenido al hacer movimiento, en dirección cérvico oclusal, a los lados del punto de contacto.

d) en casos en que el explorador penetre entre el diente y la obturación

2) **Obturado**, cuando el diente se presente perfectamente restaurado, con material definitivo como oro, amalgama, resina o porcelana. Obturación con punta de contacto defectuoso, pero que no se consigue introducir el explorador entre el diente y la obturación, el diente se registrará como obturado.

3) **Extraído**, cuando el diente no este presente en la boca después del período en que normalmente debería de haber hecho su erupción y el niño refiera como causa directa de extracción por la caries. Este criterio no se utilizo en dientes temporales.



4) **Extracción indicada**, cuando el diente presente una lesión de caries que a criterio del examinador haya alcanzado la cámara pulpar o que se pueda llegar a ella al querer remover la caries.

OBSERVACIONES:

- Cada diente recibirá apenas una clasificación.
- Si un diente se presenta como obturado teniendo también una caries será tomado como cariado.
- No deben ser considerados como extraídos u obturados los dientes que fueron extraídos y obturados por otras causas que no sea la caries dental como fracturas, traumas, corrección ortodóntica, causas protésicas, enfermedad periodontal.
- Todo diente será considerado como: erupcionado, brotado, presente en la boca cuando su borde incisal o cualquier cúspide atraviese la fibromucosa gingival y pueda ser tocado con la punta de un explorador.
- Los niños que lleven aparato de ortodoncia en más de un diente permanente serán eliminados del estudio.
- En casos de duda entre: sano y cariado el diente es considerado sano, cariado y extracción indicada el diente es considerado cariado.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

- Cuando el diente se presente con material de obturación temporal como óxido de zinc y eugenol o cemento de oxifosfato de zinc el diente será considerado como careado.

CÓDIGOS UTILIZADOS:

- 0- Espacio vacío, diente permanente no erupcionado.
- 1- Diente permanente cariado,
- 2- Diente permanente obturado
- 3- Diente permanente extraído.
- 4- Diente permanente con extracción indicada
- 5- Diente permanente sano
- 6- Diente temporal cariado
- 7- Diente temporal obturado
- 8- Diente temporal con extracción indicada
- 9- Diente temporal sano.

Para llevar a cabo el examen del paciente se utilizará el siguiente instrumental: espejo, pinza, explorador, pera de aire, solución antiséptica, algodón.

El examen se inicio en el segundo molar superior derecho, se continuo a lo largo del arco superior hasta el segundo molar superior izquierdo, se baja al segundo molar inferior izquierdo y se continuo en el arco inferior hasta terminar en el segundo molar inferior derecho.



4.5 Criterios de inclusión.

En el estudio fueron incluidos niños/as con las siguientes características:

- 1- Edad comprendida entre 3 – 15 años.
- 2- Todos los Niños internos y externos del orfanato Jacinto y Francisca.
- 3- Niños que presenten lesiones intra y extra orales y lesiones en cabeza y cuello.

4.6 Criterios de exclusión.

- No incluir niños ni menores de 3 ni mayores de 15 años.
- Niños no inscritos en este orfanato.
- Niños sin lesiones

4.7 Aspectos Éticos.

A todos los niños/as se les explico de forma sencilla el objetivo del llenado de las fichas, y el examen clínico, asegurándoles conservar la información e identidad en el anonimato. Además esta recolección de datos fue previamente autorizada por escrito por el responsable o tutor de estos niños, ya que son menores de edad.

4.8 Plan de análisis.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos del programa SPSS 6.0 para Windows y fueron analizados utilizando frecuencia simple y porcentajes (%) los que serán expresados en tablas y gráficos. El texto fue procesado en el programa Word 2000.



Operacionalización de Variables

<u>VARIABLE</u>	<u>CONCEPTO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>VALOR</u>
Maltrato infantil	Toda agresión que afecte su salud física o mental	Examen clínico de cabeza y cuello	Si No
Grado de necesidad higiene bucal		Examen oral por el índice de higiene oral	Dentición mixta Dentición decidua
Grado de severidad higiene bucal	Características de la lesión.	Mediante los criterios CEO y CPOD	C P O ei.
Localización de las lesiones cráneo faciales.	Lugar donde se encuentra ubicada la lesión en cráneo y cara.	1.Cráneo 2.Frente 3.Ceja 4.Ojo 5.Párpado 6.Nariz 7.Labios 8.Pómulos 9.Mejilla 10.Mentón 11.Orejas 12.Falta de pelo por arrancamiento.	0: normal. 1:derecha superior 2:centro superior 3:izquierda superior 4: derecha centro 5:centro 6:izquierda centro 7:inferior derecha 8:centro inferior 9:inferior izquierda. 10:toda la zona
Tipo de lesión cráneo-facial	Características físicas de la lesión.	A través del examen clínico y anamnesia se identificara la presencia de las diferentes tipos de lesiones	1.Herida 2.Quemadura 3.Abrasión 4.Mordedura 5.Equimosis 6.Contusiones 7.cicatrices



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y
Prevalencia de Caries Dental en niños

<u>VARIABLE</u>	<u>CONCEPTO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>VALOR</u>
SEXO	Condición orgánica que distingue a ciertos individuos de una especie animal o vegetal respecto a los otros de la misma especie, diferencia que permite clasificarlos como machos y hembras.	Se definirá conforme al rasgo físico y según expediente.	Masculino Femenino
Edad.	Tiempo que una persona a vivido, a contar después que nació, cada uno de los períodos que se divide de la vida humana.	Edad Se tomará de las partidas de nacimiento o fichas escolares.	Mayor de 3 a 15 años



RESULTADOS



RESULTADOS

Cuadro 1.

Frecuencia de maltrato infantil en niños/as atendido en el ORFANATO
JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002.

Frecuencia Maltrato Infantil	EXAMINADOS/AS	MALTRATADOS/AS	
		F°	%
FEMENINO	46	11	23.9
MASCULINO	112	33	29.4
TOTAL	158	44	27.8

Fuente primaria

Se observo que la frecuencia de maltrato es mayor en el sexo masculino con un 29.4% en relación con el sexo femenino con un 23.9%.



Cuadro 2.

Frecuencia de las personas que mas agreden a los niños/as atendido en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León. II semestre 2002.

Frecuencia	F°	%
Agresores		
Abuela	1	2.3
Cros. de clase	3	6.8
Hermanos	12	27.3
Mamá	3	6.8
Papá	2	4.5
Padres	16	36.4
Padrastrós	7	15.9
Total	44	100

Fuente primaria.

Se observó que la mayor frecuencia de personas que agraden a los niños son sus padres con un 36.4% seguido de los hermanos con un 27.3%.



Cuadro 3.

Frecuencia de localización de lesiones visibles craneofaciales en los niños/as maltratados, atendido en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León. II semestre 2002.

Frecuencia	F°	%
Localizaciones		
FRENTE	14	31.8
CEJAS	1	2.3
LABIOS	2	4.5
NARIZ	3	6.8
PÓMULOS	11	25
MEJILLAS	2	4.5
FRENTE MEJIA	1	2.3
FRENTE OJO CUELLO	1	2.3
FRENTE PÓMULO	3	6.8
NARIZ PÓMULO	1	2.3
NINGUNA	5	11.4
TOTAL	44	100

Fuente primaria

La mayor frecuencia en cuanto a la localización de las lesiones visibles se obtuvo la frente con 31.8%



Cuadro 4.

Frecuencia de tipos de lesiones visibles craneofaciales en los niños/as maltratados, atendidos en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León. II semestre 2002.

Frecuencia		
TIPO DE LESIONES	F°	%
HERIDAS	3	6.8
ABRASIÓN	2	4.5
ABRACIONES CICATRICES	2	4.5
CICATRICES	30	68.2
SICOLOGICO	37	75
TOTAL	44	100

Fuente primaria

Se encontró que el tipo de lesión mas frecuente es la cicatriz con un 68.2%



Cuadro 5.

**Frecuencia de lugares de maltrato a niños/as, atendidos en el ORFANATO
JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León. II semestre 2002.**

Frecuencia	F°	%
Lugares de agresión		
Casa de habitación	41	93.2
Escuelas	3	6.8
TOTAL	44	100

Fuente primaria

Se encontró que el lugar mas frecuente de maltrato es en la casa de habitación con un 93.2%.



Cuadro 6.

Grado de higiene oral en niños/as, maltratados y no maltratados, atendidos en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002

Grado de higiene oral	bueno		regular		malo	
	F°	%	F°	%	F°	%
Tipo de niño /a						
MALTRATADOS	1	2.2	19	43.1	24	54.5
NO MALTRATADOS	13	8.2	57	50	44	38.5
TOTAL	14	8.8	68	43	76	48.1

Fuente primaria.

Se observo que el grado de higiene oral en niños maltratados es malo con un 54.5% en comparación con los no maltratados con un 48.1%.



Cuadro7.

**Frecuencia del ataque de caries dental en niños/as, atendidos en el
ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002,
según edad.**

Ataque de caries Tipo De Niño/A	C	P	O	CPOD	c	e	o	ceo
	F°	F°	F°		F°	F°	F°	
MALTRATADOS	75	2	43	3	88	5	15	5
NO MALTRATADOS	198	4	137	4	135	11	18	4
TOTAL	273	6	180	4	223	16	33	5

Fuente primaria

Se encontró un CPOD en niños maltratados de 3 y un ceo de 5 en relación con un CPOD en niños no maltratados de 4. y un ceo de 4.



Cuadro.8

Grado de higiene oral niños/as, atendidos en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002, según edad.

Grado de higiene oral Edad	bueno		regular		malo	
	F°	%	F°	%	F°	%
5 a 10 años	2	2.4	37	45.6	42	51.8
11 a 15 años	11	14.8	38	51.3	25	33.7
> de 15 años	0	0	2	66.6	1	33.3
Total	13	82	77	48.7	68	43

Fuente primaria

Se encontró que el grado de higiene oral mas afectado fue en los niños de 5 a 10 años con un 51.8% de higiene mala.



Cuadro 9

Grado de higiene oral niños/as, atendidos en el ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002, según sexo.

Grado de higiene oral Sexo	bueno		regular		malo	
	F°	%	F°	%	F°	%
femenino	3	6.5	24	52.1	19	41.3
masculino	10	8.9	53	47.3	49	43.7
Total	13	8.2	77	48.7	68	43

Fuente primaria

Se encontró que el sexo mas afectado es el sexo masculino con un 43.7% de higiene oral mala.



Cuadro 10

**Frecuencia del ataque de caries dental en niños/as, atendidos en el
ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002,
según edad.**

Ataque de caries Edad	C	P	O	CPOD	c	e	o	ceo
	F°	F°	F°		F°	F°	F°	
5 a 10 años	104	1	13	3	216	15	31	4
11 a 15 años	163	5	152	5	25	1	2	2
> de 15 años	6	0	2	3	0	0	0	0
Total	273	6	167	4	241	16	33	3

Fuente primaria

Se encontró que el ataque de caries se da mas en niños de 11 a 15 años con un CPOD de 5 y un ceo de 4 en los niños de 5 a 10 años .



Cuadro11.

**Frecuencia del ataque de caries dental en niños/as, atendidos en el
ORFANATO JACINTA Y FRANCISCO de la ciudad de León, II semestre 2002,
según sexo.**

Ataque de caries Sexo	C	P	O	CPOD	C	e	o	ceo
	F°	F°	F°		F°	F°	F°	
Femenino	83	1	31	3	35	4	4	3
Masculino	190	5	131	4	176	12	29	4
Total	273	6	162	4	211	16	33	4

Fuente primaria

Se encontró que el ataque de caries es mas frecuente en varones con un CPOD de 4 y un ceo de 4 en relación a las mujeres.



**DISCUSION DE
RESULTADOS**



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se examinaron 46 niñas de las cuales se obtuvieron que un 29.9 % eran maltratados y de 112 niños examinados se obtuvo un 29.4 % eran maltratados por lo tanto se puede decir que el sexo masculino sufre mayormente la consecuencia del maltrato , en el estudio se demostró que las personas que mas maltrataban a los niños son los padres en 36.4 % lo que nos indica según la literatura que los padres confunden el castigo con el maltrato , seguido en un 27.3 % por los hermanos esto indica que los juegos pueden convertirse en un tipo de maltrato , posteriormente siguen los padrastros con un 15.6 % lo que demuestra que las madres no les dan a sus hijos la atención necesaria para evitar este tipo de abuso por sus cónyuges .

La localizaciones de las lesiones mas frecuente que se encontró fue en la frente en un 31.12 % y un 11.4 % no se encontró con lesiones visibles pero si psicológica.

En cuanto a las lesiones mas frecuentes fueron las cicatrices en un 68.2 % lo que demuestra que estos niños y niñas fueron victimas de abuso seguido por traumas psicológicos en un 75%.

En cuanto a los lugares mas frecuente en que estos niños son maltratados era en la casa de habitación en un 93.2 %.

Al establecer la comparación del grado de higiene oral entre niños maltratados y no maltratados se observa de manera categórica que los niños maltratados presentan un 54.5 % de higiene oral mala en relación al 38.5 % de los niños no maltratados.



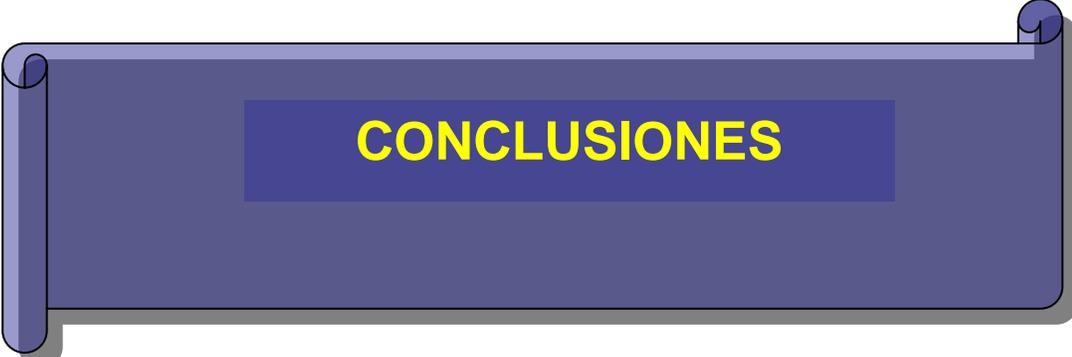
Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y Prevalencia de Caries Dental en niños

Comparando la frecuencia de ataque de caries de niños maltratados y no maltratados se observó que es apenas perceptible la diferencia del CPOD entre ambos grupos, teniendo un CPOD de 3 niños maltratados y de 4 niños no maltratados de igual manera se observó el ceo una diferencia entre ambos grupos teniendo el mayor de dientes atacados por caries los niños maltratados en un 5 y los no maltratados en un 4.

El mayor porcentaje de higiene oral mala fue encontrado en los niños de edad de 5 a 10 años en un 51.8 % y observándose que empieza a descender en las edades de 11 a 15 años; y de 15 a más se mantiene bastante similar o parecido se encontró que grado de higiene oral malo o deficiente según sexo resultó apenas perceptible; inferior en el sexo femenino que el sexo masculino, en un 41.3 % para el sexo femenino y un 43.7 % para el masculino.

En cuanto a la frecuencia de ataques de caries según la edad se observó que entre las edades de los 11 a 15 años es de 5 el CPOD teniendo una diferencia apenas perceptible con la edades de los 5 a 10 años con un 3, mientras que en el ceo se observa una disminución entre las edades de los 5 a los 10 años con un 4 seguido de las edades de 11 a 15 años con un 2

Se encontró no muy perceptible la diferencia del ataque de la caries por sexo teniendo un rango bastante similar, con un 3 de CPOD del sexo femenino y 4 para el sexo masculino. En cuanto al ceo se encontró mayor en el sexo masculino con 4 mientras que el femenino fue de 3.



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1. Un 28% de los niños atendidos en la casa hogar Jacinta y Francisco presentan algún tipo de maltrato.
2. Un 36.4 % los padres eran los mayores agresores y en orden descendiente continúan los hermanos y en un 27.3 %, seguido de los padrastros en un 15.9 %.
3. El mayor porcentaje que el lugar o localización mas frecuente de lesiones visibles era la frente en un 31.8 % seguido de un 11.4 % que no presentaba lesiones.
4. Los tipos de lesiones visibles mas frecuentes era las cicatrices en un 68.2 % seguido de traumas sicológicos en un 75%.
5. Al realizar el estudio en el que se violentaban en mayor frecuencia los niños fue en su casa de habitación en un 93.2 %.
6. Un 54.5 % de los niños maltratados tenían higiene oral mala y un 38.5 % los niños no maltratados tenían higiene oral mala.
7. El mayor grado de higiene oral mala era en las edades de 5 a 10 años con un 51.8 % seguido de las edades 11 a 15 años con un 33.7 % y de 15 a mas con un 33.3 %.
8. Al realizar el estudio de grado de higiene oral se obtuvo que el sexo masculino tiene grado de higiene oral mala en un 43.7 % seguido del sexo femenino en un 41.3 %.



Maltrato infantil, Grado de higiene bucal y
Prevalencia de Caries Dental en niños

9. La frecuencia del ataque de caries dental es alta en los niños maltratados y no maltratados.



RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

1. Que la Facultad de Odontología, coordine con la dirección de la “Casa Jacinta y Francisco”, la elaboración de proyectos en beneficio de la salud de la niñez.
2. Que la Facultad de Odontología, incluya en odontopediatría, temas relacionados con el maltrato infantil y como identificar ente fenómeno para saber abordar a estos niños.
3. Capacitar a estudiantes y Tutores, a fin de que una vez que se identifique que hay niños que sufren de maltrato, se incluya en los expediente una hoja legal para poder denunciar estos tipo de abuso.

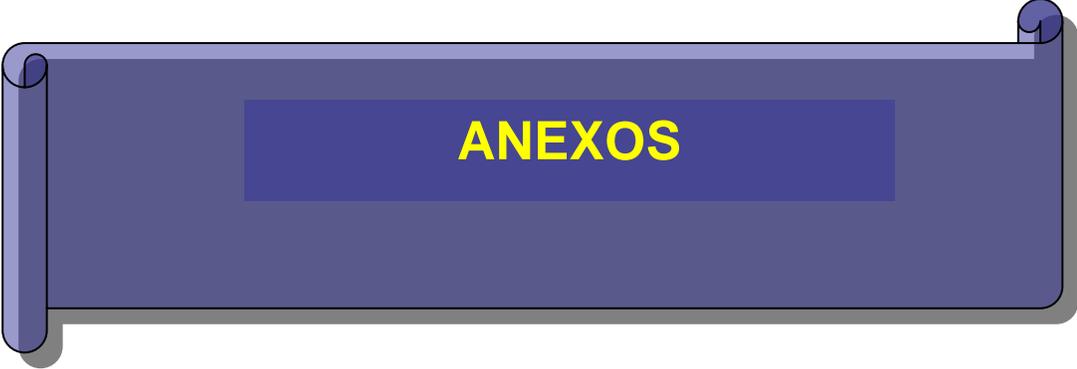


BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFÍA

1. Brenes Rosales Raymundo, Grillo Rivera Milena, Fundacion Paniomar, Violencia y abuso contra personas menores de edad, Manual de contenidos, 1996
2. Centro de documentación e información de la mujer .Maltrato y violación a mujeres y niñas (os). causa, efectos y acciones para combatirlos . Manual de uso practico . Managua nuevo amanecer 1994.
3. Correa Guillermo Camiroaga, Prevencion Oral, Edicion del comité de solidaridad con Nicaragua, 1982.
4. Mejia. de Camargo, Sonia y colaboradores. Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. Psicóloga, educadora . Save the children (Colombia) (1994).
5. Peña, Rodolfo G.MD. Mary Ellsberg Msc, y colaboradores. “Confites en el infierno”. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en León - Nicaragua . 1991-2000
6. Procurador de derechos humanos (Guatemala). Defensora de los derechos de la niñez.Maltrato Infantil, 1999.



ANEXOS

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de Ficha _____

Datos personales:

Edad _____ años Sexo M F

Externos _____ Internos _____

Nivel de Escolaridad: _____

Es maltratado

Si ----- No -----

Quien lo maltrataba -----

Donde lo maltrataba -----

Con que frecuencia -----

LESIONES CRANEO FACIALES

Localización:

Frente Ceja Ojo Párpado Nariz Labios

Pómulos Mejilla Mentón Orejas

Falta de pelo por arrancamiento

Tipo de lesión:

Herida Quemadura Abrasión Mordedura Equimosis

Contusiones Cicatrices

Examen de higiene oral

IHOS	16	11	26	36	31	46	CONTAJE	MEDIA	VALOR
PBAC									
IC									

Índice -----
Categoría-----

Índice CPOD / CEO

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	

CPOD

C -----
P -----
O -----
E -----

CPOD-----

CEO

C -----
O -----
Ei -----
CEO -----

CEO-----

Artículos de los derechos de la niñez.

Artículo 19.

Los estados partes protegerán al niño o niña de toda clase de violencia, mientras estos se encuentren bajo la custodia de sus padres o tutores .para esto establecerán programas sociales que proporcionen al niño la asistencia necesaria u otro tipo de prevenciones, remitiéndolos a las instituciones de justicia correspondiente , en los caso que así lo requiera

Artículo 24.

Los estados partes se esforzaran por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho a la mejor atención de salud con atención especializada y tratamiento adecuado

Artículo 32 .

Los estados partes reconocen el derecho de los niños y niñas a estar protegido contra toda de explotación económica y riesgos de ser sometidos a cualquier trabajo que pueda resultar dañino para su salud y desarrollo y fundamentalmente aquel que impida su educación.