

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**ADAPTACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME “NIÑO
MALTRATADO”. REPORTE DE CASOS**

Trabajo especial de grado presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela por la Odontólogo Patricia Denisse Vivas Hernández, para optar por al título de Especialización en Odontología Infantil.

Caracas, septiembre 2011

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**ADAPTACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME “NIÑO
MALTRATADO”. REPORTE DE CASOS**

Autor: Patricia Denisse Vivas Hernández

Tutor: Prof. María J. Ferro T.

Caracas, septiembre 2011

VEREDICTO

Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Nombre y Apellido

C.I:

(Coordinador)

FIRMA

Nombre y Apellido

C.I:

FIRMA

Nombre y Apellido

C.I:

FIRMA

DEDICATORIA

A los niños maltratados:

“Todos necesitamos atención, afecto y cuidado. Hasta dónde llegaremos será nuestro reto, compartido con la persona que acude a nosotros para aliviar su dolor. Sólo con la seguridad del contexto terapéutico se puede garantizar que se sobrevivirá al contacto con el dolor.”

Héctor Salama

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen María por darme la oportunidad de conocer el mundo de la odontología y ahora de la odontopediatría. Por siempre ayudarme a saltar los obstáculos y al caer darme fuerzas para levantarme y seguir andando. Por siempre llevarme de la mano y cubrirme con sus mantos para cuidarme.

A mis papás por ser quienes me trajeron al mundo, me dieron la oportunidad de estudiar odontología, y me han enseñado que la vida es una sola y hay que vivirla con amor, entusiasmo y alegría; que las oportunidades no llegan por sí solas, hay que trabajar con perseverancia para poder conseguirlas. Además han sabido dar los mejores consejos cuando me he sentido sin fuerzas siempre impulsándome hacia adelante.

A mis hermanos: Hermana, gracias por ser mi apoyo cuando necesitaba un hombro para desahogarme, por siempre estar pendiente de mí y por tu valiosa colaboración en la edición de esta investigación. Hermano, gracias por siempre darme alegría con tus chistes que amenizaron los momentos más tensos; por tu cariño y compañía.

A mi esposo, por haberme acompañado desde el principio de la carrera y haber sido otro de mis pilares fundamentales de apoyo; por tu amor incondicional, entendimiento y paciencia. Por todos los consejos que me diste en los momentos oportunos dándome claridad para entender muchos aspectos de la vida y de esa manera poder continuar con mi camino hacia la meta.

A la Prof. Nena por darme fuerzas en todo momento y saberme guiar cuando más lo he necesitado. Por enseñarme a ocuparme y no a preocuparme tanto por las cosas. Por siempre alentarme a seguir adelante con ánimo y fuerza. Por ser la mejor tutora que me ha podido tocar, quien con paciencia y cariño supo extraer lo mejor de mí para plasmarlo en este bello trabajo.

A todos los profesores, sobre todo a la Prof. Luzia, nuestra coordinadora y madrina, ya que en conjunto supieron darnos las herramientas necesarias para crecer como personas y odontólogos, convirtiéndonos en los mejores especialistas.

A mis compañeras, por ser el mejor equipo de trabajo que he podido tener. Quienes con sus bellas personalidades pudieron dar fuerza al grupo complementando cada uno de los atributos que nos hacían las mejores. Por siempre estar ahí cuando era necesaria una mano amiga en los momentos difíciles. Gracias por su honestidad, sinceridad, cariño y paciencia. Las quiero mucho. En especial a mi amiga, la Dra. Ilian Bustos, quien sirvió de fiel y constante apoyo durante todo el postgrado, brindando siempre su amistad incondicional. También a la Dra. Claudia Lugo, quien con su visión sobre la importancia de la psicología en la odontopediatría, me inspiró para la realización de dicha investigación.

A la Dra. Mercedes Castro, quien me ayudó con el contacto del servicio de niños maltratados (FONDENIMA) en Hospital “J.M de los Ríos”, donde los trabajadores, muy amablemente, me facilitaron parte del material bibliográfico necesario para poder desarrollar completamente mi investigación. Así como también a la Lic. Margarita Setaro, por haberme ayudado y además facilitado información muy útil para el desarrollo de esta investigación.

A mis niños, quienes me inspiraron a realizar este trabajo investigación, sin ellos no hubiese podido aprender todo lo que sé.

TABLA DE CONTENIDO

VEREDICTO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
TABLA DE CONTENIDO	vii
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE TABLAS	xvi
RESUMEN	xix
INTRODUCCIÓN	2
❖ OBJETIVOS.....	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos.....	4
MALTRATO INFANTIL.....	5
❖ ANTECEDENTES.....	5
❖ DEFINICIÓN	9
❖ ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	11
❖ CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL	20
Según el momento en el que se produce el maltrato	20
Según los autores del maltrato	20
Según las acciones concretas que componen el maltrato infligido	21
❖ INDICADORES DE MALTRATO.....	23
Indicadores de maltrato físico	23

Indicadores de abuso sexual	25
Indicadores de maltrato psicológico y emocional	26
Indicadores de maltrato por negligencia o abandono.....	27
❖ ¿CÓMO DETECTAR EL MALTRATO INFANTIL?.....	28
Consideraciones sobre los Procedimientos para la prevención y detección del maltrato infantil ²⁴	28
ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA.....	32
❖ TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. CONDUCTISMO	33
Técnicas para Implantar Conductas.....	33
Técnicas para Mantener o Incrementar Conductas	37
Técnicas para Reducir o Eliminar Conductas	39
❖ TÉCNICAS DE LA GESTALT	45
Terapia Gestalt	45
Leyes de la Gestalt	47
Reglas de la Gestalt.....	47
❖ PSICOANÁLISIS.....	56
Asociación de ideas	58
Análisis del Dibujo Infantil y su interpretación	60
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	75
❖ NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	75
Investigación Descriptiva:	75
Investigación Explicativa:	75
❖ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	75
Investigación Documental:	75

Investigación de Campo:.....	76
❖ POBLACIÓN Y MUESTRA	76
Criterios de Inclusión:.....	76
Limitaciones	77
❖ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77
❖ OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	78
❖ PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	79
❖ CRONOGRAMA Y RECURSOS.....	79
Cronograma	80
❖ PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	80
REPORTE DE CASOS	83
❖ CASO 1.....	83
Datos Personales.....	83
Motivo de consulta	83
Antecedentes Familiares.....	83
Antecedentes Personales	84
Historia Odontológica.....	85
Hábitos Parafuncionales	85
Características Físicas Iniciales.....	85
• Intraorales	86
Estudio radiográfico Inicial	87
Diagnóstico	89

Características Psicológicas Iniciales	89
Tratamiento Realizado	95
Características Finales.....	96
• Psicológicas:	97
❖ CASO 2.....	98
Datos Personales.....	98
Motivo de consulta	98
Antecedentes Familiares.....	98
Antecedentes Personales	99
Historia Odontológica.....	99
Hábitos Parafuncionales	99
Características Físicas Iniciales.....	100
• Intraorales	101
Estudio radiográfico Inicial	102
Diagnóstico	103
Características Psicológicas Iniciales	103
Tratamiento Realizado	109
Características Finales.....	110
• Psicológicas:	111
❖ CASO 3.....	113
Datos Personales.....	113
Motivo de consulta	113
Antecedentes Familiares.....	113
Antecedentes Personales	114

Historia Odontológica.....	114
Hábitos Parafuncionales	115
Características Físicas Iniciales.....	115
• Intraorales.....	116
Estudio radiográfico Inicial	117
Diagnóstico	119
Características Psicológicas Iniciales	119
Tratamiento Realizado	123
Características Finales.....	124
❖ CASO 4.....	126
Datos Personales.....	126
Motivo de consulta	126
Antecedentes Familiares.....	126
Antecedentes Personales	127
Historia Odontológica.....	127
Hábitos Parafuncionales	127
Características Físicas Iniciales.....	128
• Intraorales.....	129
Estudio radiográfico Inicial	131
Diagnóstico	132
Características Psicológicas Iniciales	133
Plan de Tratamiento.....	138
Tratamiento actualmente llevado a cabo	139
DISCUSIÓN	140

CONCLUSIONES	147
RECOMENDACIONES	150
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151

LISTA DE FIGURAS

- Fig. 1 El Dibujo Infantil y su significado (Banús, 2011). (A) Garabato. (B) Garabato a los 2 años. (C) Garabato a los 2,5 años. (D) El detalle aumenta a los 3 años. (E) La figura humana se perfila entre los 3 y 4 años. (F) A los 5 años se consolida la forma. (G) Entre los 5 y 7 años el personaje entra en situación. 65
- Fig. 2 Dibujos realizados por pacientes con maltrato infantil que acudieron a la consulta del Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela. (A), (B), (C), (D) y (E). 70
- Fig. 3. Dibujos que nos ayudan a entender el significado de los colores. (A) Posible entorno desestructurado. (B) Impulsividad contenida. (C) Sensibilidad y afectividad. (D) Deseos. (E) Determinación, impulsividad, generosidad. (F) Tranquilidad, inseguridad, detallista (Banús, 2011). 71
- Fig. 4. Fotografías Extraorales Iniciales del 21/ 1/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 86
- Fig. 5 Fotografías Intraorales Iniciales del 16/ 1/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 87
- Fig. 6 Radiografías Iniciales del 16/ 1/ 09. (A) Lateral derecha. (B) Lateral izquierda. (C) Superior. (D) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 88
- Fig. 7 Fotografías Extraorales Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 96
- Fig. 8 Fotografías Intraorales Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 96

- Fig. 9 Radiografías Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 96
- Fig. 10 Fotografías Extraorales Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil..... 100
- Fig. 11 Fotografías Intraorales Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (E) Inferior. Fotos: Postgrados de Odontología Infantil. 102
- Fig. 12 Radiografías Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Coronal derecha. (B) Coronal Izquierda 103
- Fig. 13 Fotografías Extraorales Finales del 11/ 11/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil..... 110
- Fig. 14 Fotografías Intraorales Finales del 11/ 11/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil. 110
- Fig. 15 Radiografías coronales finales y panorámica control del 11/ 11/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 111
- Fig. 16 Fotografías Extraorales Iniciales del 11/ 12/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año..... 115
- Fig. 17 Fotografías Intraorales del 11/ 12/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año. 117
- Fig. 18 Radiografías iniciales del 11/ 12/ 09. (A) Lateral derecha. (B) Lateral izquierda. (C) Superior. (D) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente del 3er año 118
- Fig. 19 Radiografía Panorámica Inicial del 11/ 12/ 09. Foto: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año. 118
- Fig. 20 Fotografías Extraorales Finales del 21/ 06/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de residente de 3er año. 124

- Fig. 21 Fotografías Intraorales Finales del 14/ 07/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año. 124
- Fig. 22 Radiografías Finales del 12/ 05/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año. 125
- Fig. 23 Fotografías de quemaduras producidas por cigarrillos en dorso de mano izquierda y pantorrilla, cerca del tobillo, en la pierna izquierda (14/ 07/ 11). (A) Foto de la mano completa. (B) Acercamiento de la lesión. (C) Lesión en pierna. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil 125
- Fig. 24 Fotografías Extraorales Iniciales del 5/ 5/ 11. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 2do año. 128
- Fig. 25 Otros hallazgos del 5/ 5/ 11. (A) Lesión costrosa en labio superior. (B) Cicatriz en borde inferior de la fosa nasal izquierda. (C) Cicatriz en punta de la nariz. (D) Cicatriz en palma de la mano izquierda..... 129
- Fig. 26 Fotografías Intraorales Iniciales. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 2do año. 130
- Fig. 27 Radiografías Iniciales. (A) Pericapical superior derecha. (B) Periapical inferior derecha. (C) Periapical superior izquierda. (D) Periapical inferior izquierda. (E) Oclusal superior. (F) Oclusal inferior. Fotos: Postgrado de Infantil cortesía de Residente de 2do año..... 132

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los Factores de Riesgo (OMS).....	13
Tabla 2. Procedencia de Casos en FONDENIMA	19
Tabla 3. Cuadro de Procedimientos para la Prevención y Detección del Maltrato en Niños y Niñas menores de 5 años en el Contexto de la Estrategia AIEPI . Parte A.....	30
Tabla 4. Cuadro de Procedimientos para la Prevención y Detección del Maltrato en Niños y Niñas menores de 5 años en el Contexto de la Estrategia AIEPI . Parte B.....	31
Tabla 5. Significado de los colores en los dibujos	69
Tabla 6. Rasgos Psicológicos observados en los dibujos a través de Indicadores Gráficos	74
Tabla 7. Cuadro con Objetivos, variables, sus dimensiones, indicadores y sub-indicadores.....	78
Tabla 8. Cuadro con el nombre y tipo de la variable, definición operacional, escala de medición y fuente de información	79
Tabla 9. Consentimiento Informado para participar en la investigación Adaptación de pacientes con síndrome “niño maltratado”. Reporte de casos.	82
Tabla 10. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes	92
Tabla 11. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos.....	92
Tabla 12. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales.....	93
Tabla 13. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos	93

Tabla 14. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales	94
Tabla 15. Cuadro Resumen del Tratamiento realizado por residente del último año del Postgrado de Odontología Infantil.....	95
Tabla 16. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes	106
Tabla 17. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos	106
Tabla 18. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales.....	107
Tabla 19. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos	107
Tabla 20. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales	108
Tabla 21. Resumen del tratamiento realizado.....	109
Tabla 22. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes	120
Tabla 23. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos.....	121
Tabla 24. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales.....	121
Tabla 25. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos	122
Tabla 26. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales	122
Tabla 27. Resumen del Tratamiento odontológico realizado por la Residente de 3er año del Postgrado de Odontología Infantil.....	123
Tabla 28. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes	135

Tabla 29. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos.....	136
Tabla 30. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales.....	136
Tabla 31. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos	137
Tabla 32. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales	137

RESUMEN

El mundo padece de muchos problemas. Uno de ellos, de gran peso social, el maltrato infantil. Puede ser definido como acto por acción u omisión, que puede ser perpetrado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, que prive a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y que dificulte su óptimo desarrollo. Existen diversos tipos de maltrato infantil: maltrato físico, sexual, emocional, síndrome de Munchausen, entre otros, cada uno teniendo su propia definición, su etiología y sus consecuencias. El objetivo de esta investigación es establecer técnicas de adaptación para la atención odontológica del paciente infantil con el Síndrome del Niño Maltratado. Además, a parte de reforzar la información sobre las técnicas conocidas para los odontopediatras, se presentarán otras técnicas desde diferentes perspectivas psicológicas. Para ello, se presentan 4 casos de niños maltratados que acudieron al servicio del Postgrado Infantil de la Facultad de Odontología de la U.C.V entre 2009-2011, quienes tuvieron complicaciones para la adaptación a la consulta. Ellos fueron atendidos por residentes del Postgrado quienes aplicaron diversas técnicas de adaptación, en su mayoría conductistas. Analizado cada caso se evidenció que las características físicas y psicológicas, de acuerdo al maltrato sufrido, coinciden con las diferentes bibliografías mencionadas. También se evidenció que las técnicas más utilizadas para la adaptación de los casos atendidos son las conductistas, las cuales coinciden con las técnicas más empleadas por los odontopediatras descritas en la literatura.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el mundo padece de muchos problemas. Uno de ellos, de gran peso social, el maltrato infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en una nota de prensa publicada en el 2010 dice que para el año 1999, lo define como: “El maltrato o vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” ¹. Y el Centro Internacional de la Infancia lo ha definido como: “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 que dificulten su óptimo desarrollo” ².

Existen diversos tipos de maltrato infantil (maltrato físico, negligencia, abuso sexual, maltrato emocional, indigencia, corrupción, explotación laboral, maltrato prenatal, síndrome de Münchausen por poderes, maltrato institucional, abandono), cada uno de los cuales tiene su propia definición, su propia etiología y sus propias consecuencias ². Esas formas de maltrato producen lesiones físicas y emocionales permanentes, muerte o cualquier daño severo ³. Lamentablemente, los niños y niñas no solo son abusados en sus casas, también sufren por culpa de otros familiares, en las escuelas, otras instituciones, en los lugares de trabajo y sus comunidades. La realidad es contradictoria para estos niños, ya que en estos espacios, ellos deberían estar protegidos, recibiendo afecto, estimulación y desarrollo integral, así como también la promoción de sus derechos.

En la historia de la Odontología en Venezuela, son muy pocos los casos de maltrato infantil reportados, así como los trabajos de investigación sobre el mismo y su relación con la odontología. Los trabajos existentes, en su mayoría hablan sobre la definición de niño maltratado, pero no dan las herramientas para saber qué hacer cuando esos niños se presenten a la consulta. Siendo así un campo inexplorado, al cual no se le ha dado la importancia que merece, pues la mayoría de la población infantil sufre de algún tipo de maltrato.

Esto lleva a pensar, ¿saben los odontólogos reconocer las características de un niño que está siendo maltratado? ¿Conocen las técnicas más utilizadas para la adaptación de niños maltratados a la consulta odontológica? ¿Qué otras técnicas de adaptación existen? Es muy importante que los odontólogos, sobre todo los odontopediatras, conozcan a fondo los diversos tipos de maltrato infantil, para así reconocer, de acuerdo a las actitudes del niño en la sala clínica, si alguno de ellos está siendo maltratado. Además deben saber cuáles son las herramientas que tienen disponibles para adaptarlos a la consulta, ya que todos los niños merecen una oportunidad para ser adaptados y atendidos; el cariño hacia ellos puede marcar la diferencia.

El odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud, ya que los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Sin embargo, no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos. Por ello, los odontopediatras deben saber reconocer aquellos pacientes que

presentan características de niños maltratados, para mejorar el proceso de adaptación en la consulta.

Existen ciertas características específicas del niño maltratado, como la agresividad y la falta de autoestima que al momento de la consulta odontológica repercuten en la adaptación ⁴. En ocasiones estas actitudes son mal juzgadas y no se investiga a profundidad la causa de la conducta observada, se puede pensar que el niño es malcriado, está llamando la atención y no se va un poco más allá, pudiendo tener el paciente alguna afección psicológica importante.

❖ OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer técnicas de adaptación para la atención odontológica del paciente infantil con el Síndrome del Niño Maltratado en la Facultad de Odontología de la UCV en Venezuela entre 2009-2011.

Objetivos Específicos

- Describir casos clínicos de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela entre 2009-2011.
- Explicar las técnicas utilizadas para la adaptación de pacientes a la consulta.
- Presentar otras técnicas de adaptación para la adaptación del paciente con Maltrato Infantil a la consulta desde diferentes perspectivas psicológicas:
 - Terapia Gestalt
 - Psicoanálisis

MALTRATO INFANTIL

❖ ANTECEDENTES

A través de la historia de la humanidad se han descrito numerosos hechos de maltrato infantil. Culturalmente se ha visto que el padre ha sido considerado como el dueño y no como protector de sus hijos, ya que producía un poder absoluto sobre él. Algunos ejemplos de estos hechos fueron el derecho paternal que Rómulo otorgó en común a patricios y plebeyos, permitiendo que los padres pusieran presos a sus hijos, los golpearan con varas, los vendieran como esclavos, e incluso los mataran; en América prehispánica, entre los aztecas y los mayas, la autoridad se depositaba en el varón, quien gozaba del derecho de vida y muerte sobre sus hijos ⁵. En fin, existen muchos relatos como estos, que vistos a la luz de la época y de las distintas culturas no fueron interpretados como maltrato, de allí lo difícil que se ha convertido identificarlo y definirlo.

La sociedad comenzó a tomar conciencia de la existencia del maltrato infantil como un problema a finales del siglo XIX. El primer caso reportado en los Estados Unidos fue una niña llamada Mary Ellen McCormack, de 9 años de edad, quien fue encontrada encadenada a un barrote de su cama ^{5,6}, provocando la primera intervención legal en el año 1874. Como no existía una ley ni dependencia que tuviese la facultad de intervenir, el caso fue llevado a la corte por la Sociedad Protectora de Animales. Gracias a este suceso, surge para 1875, en EUA la Sociedad de Prevención de la Crueldad en los niños y posteriormente se crean otras organizaciones con la misma función ⁵.

En 1924, se dio la Declaración de Ginebra: Derechos de la Infancia, siendo el IX derecho: No al maltrato. Para 1946, Caffey, citado por Medrano en el 2010 ⁶, describió 6 casos de niños que sufrían de hematomas subdurales crónicos, quienes fueron vistos primero por fracturas múltiples en sus huesos largos. Este fue el primer reporte que describió algunas características físicas del maltrato en niños ⁶.

La primera definición de Maltrato Infantil fue introducida por el pediatra Henry Kempe en 1962, en un congreso de pediatría con numerosos casos de niños maltratados ⁷. Dicha definición fue denominada “síndrome del niño apaleado” ⁶. Kempe lo definió como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, ejercido por su padre u otra persona responsable del cuidado del menor ^{4,5}. También manifestó que debería considerarse el síntoma a todo niño que muestre evidencia de fractura en algún hueso largo, hematoma subdural, falta de progresos, inflamación en los tejidos blandos o magulladuras en la piel ⁶. En ese mismo año, se fundó la Oficina Federal del Niño del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, donde se publicó una guía legislativa titulada: “Principios y terminología sugerida para la legislación sobre la denuncia de casos de niños maltratados” ⁶. Posteriormente, Wolfe definió al maltrato como la presencia de una lesión no accidental como resultado de actos de perpetración o de omisión ⁴.

A partir de las denuncias de Kempe, la gran mayoría de los países del mundo han creado legislaciones que condenan el maltrato y el abuso infantil, también se han implementado programas de reparación a las víctimas y se han establecido sanciones a los agresores, sin embargo el maltrato contra niños y niñas continúa siendo una práctica frecuente en la mayoría de las

sociedades. Así en 1974, se fundó el Centro Nacional del Niño Maltratado y Abandonado por disposición de la legislación federal. Este centro funciona como una institución de intercambio de información, entrenamiento, investigación y estudio del maltrato y abandono de niños. Y a partir de 1980 se reconoce el maltrato infantil como prioridad en la sociedad sin distinción de sexo, raza, ni condición social ⁶.

En Venezuela, la Fundación Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA) fue creada en 1983, llevando el nombre de su fundador, el Médico Pediatra José Gessen Campos desde 1992. Esta Institución es privada sin fines de lucro con representación de sectores, públicos y privados, interesados en el bienestar de la infancia previniendo, orientando y atendiendo situaciones de maltrato infanto-juvenil. FONDENIMA abarca tres programas:

- *Prevención:* El objetivo es crear conciencia, sensibilizar y generar acciones específicas que orienten a la educación de todos los adultos involucrados en la problemática, así como a todos los entes relacionados con los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes.
- *Atención Psicosocial:* Recibe, atiende, canaliza y tramita acciones para la atención del maltrato infanto-juvenil en todas sus dimensiones recibidos de organismos jurídicos tales como la fiscalía, tribunales de protección, defensorías, consejos de protección del niño, niña y adolescente, así como de entes privados, unidades educativas, hospitales e iniciativas propias. La atención la componen una serie de profesionales en las áreas de: medicina, psicología, trabajo social, entre otros.

- *Orientación para la denuncia:* Orienta a dónde canalizar situaciones de maltrato infanto-juvenil y las implicaciones legales en que se incurre de no realizarse la denuncia de tales hechos. Recibe, atiende, canaliza y tramita solicitudes de ayuda, cuya atención radica en el maltrato en todas sus dimensiones, recibidas de los organismos jurídicos tales como: Fiscalía, Tribunales, Defensorías, Consejos de Protección del niño, niña y adolescente, así como Unidades Educativas hospitalares e iniciativa propia ⁸.

A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se consideró el maltrato infantil como un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes. Por ello, teniendo presente el problema que representaba, la Organización de las Naciones Unidas en 1989 adoptó, firmó y ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 19 exige a todos sus Estados Partes adoptar en su totalidad las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas para la protección del niño contra toda forma de perjuicio o cualquier tipo de abuso mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres o cualquier otra persona responsable del mismo ³. También a partir de la década de los 90, comienzan a implementarse en América Latina estudios de población tratando obtener cifras que se acerquen a la realidad del fenómeno para superar las limitaciones que presentan las denuncias por el alto número de casos no registrados ⁹.

En Venezuela tanto el Código Procesal Penal (COPP) (32) Art. 287, como la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA) (33) Art. 275 contemplan la obligatoriedad de la denuncia en los casos de sospecha de maltrato por ser considerado como “delito de acción pública” ¹⁰.

A nivel odontológico, son muy pocos los estudios realizados sobre este tema, en Venezuela, realmente no se ha indagado lo suficiente. Los trabajos existentes, en su mayoría hablan sobre la definición de niño maltratado, pero no dan las herramientas para saber qué hacer cuando esos niños se presenten a la consulta. Es muy importante para los odontólogos conocer a fondo los diversos tipos de maltrato infantil, para así reconocer, de acuerdo a las actitudes del niño en la sala clínica, si alguno de ellos está siendo maltratado. Pero además de reconocerlos, los odontopediatras deben saber cuáles son las herramientas que hay disponibles para adaptarlos a la consulta. Todos estos niños se merecen una oportunidad para ser atendidos y adaptados, pues el cariño hacia ellos puede marcar la diferencia.

❖ DEFINICIÓN

Durante años se ha definido el maltrato infantil de diversas maneras. Conseguir una única definición no es tarea fácil, ya que el concepto ha ido evolucionando en la medida que se va conociendo más sobre el tema, donde se van ampliando los tipos de manifestaciones observadas y su impacto en el tiempo. Inicialmente el concepto del maltrato hizo referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos, y a la explotación laboral de los niños, para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños ¹¹.

Crotti en el 2006 ¹¹, en su trabajo sobre el maltrato infantil para la UNICEF, afirma que para construir una definición adecuada sobre el maltrato infantil se tienen que considerar al menos los siguientes aspectos:

- *Perspectiva evolutiva:* el comportamiento parental debe ser considerado en relación a la etapa evolutiva del niño o niña, por

ejemplo: es diferente dejar solo a un niño de tres meses que a un adolescente.

- *Perspectiva de factores de vulnerabilidad del niño/a:* para hablar de maltrato se deben considerar las necesidades específicas del niño o niña. Por ejemplo: si un niño/a padece de una enfermedad crónica requiere más cuidados que uno sano).
- *Existencia de daño real o potencial:* la presencia del daño es uno de los criterios más difíciles de comprobar, sobre todo cuando se trata de maltrato psicológico ¹¹.

Siguiendo estos lineamientos, en esta investigación serán utilizadas las siguientes definiciones:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1999, definió el maltrato infantil como: “El maltrato o vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. ¹
- Según la Organización Panamericana de la Salud en el 2003, el maltrato infantil es: “Uso intencional de fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. ³
- El Centro Internacional de la Infancia define el maltrato infantil como: “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 que dificulten su óptimo desarrollo”.¹²

❖ ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

En esta sociedad, el maltrato es un problema de violencia familiar que yace dentro de la estructura social, vinculada a las carencias y a la organización del sistema social, siendo un problema cultural donde el niño es el más afectado¹³. A través del tiempo, muchos investigadores han descrito los factores etiológicos del maltrato. Ellos coinciden que no es un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares o del propio niño, los cuales son muy difíciles de analizar y delimitar cuantitativa o cualitativamente.⁶

La violencia en el hogar suele provenir de las figuras parentales o responsables de su cuidado. En algunos casos se trata de madres, padre o padrastros golpeadores que fueron maltratado en su infancia y quienes repiten patrones vividos en los modelos de crianza recibidos. En otras ocasiones, los padres y madres desnaturalizan el objetivo de la disciplina y asumen que la autoridad debe ejercerse de cualquier manera, incluso con violencia física. Aunque la violencia no excluye ninguna clase social, los estudios revelan que la pobreza y las limitaciones para acceder a servicios de apoyo social y comunitario suelen favorecer la violencia doméstica. Además las relaciones disfuncionales en el grupo familiar y los trastornos emocionales en las figuras parentales pueden asociarse a la aparición del problema. Asimismo, la vulnerabilidad del niño es considerado otro factor, ya que aquellos con trastornos emocionales o del desarrollo suelen desencadenar reacciones violentas por parte de sus representantes, quienes

ignoran las limitaciones del niño y le exigen comportamientos ajenos a sus posibilidades ².

Algunos investigadores sostienen que factores como las definiciones legales relativas al maltrato del niño y la aceptación social de violencia, como método de disciplina, puede asociarse a los diferentes puntos de vista políticos o religiosos, incidiendo en la aparición de violencia en la familia. Otro factor lo constituye la desigualdad de oportunidades que tienen las niñas en la sociedad latinoamericana y caribeña, la cual está sujeta a discriminación y otras formas de abuso ². Otro de los factores que se les confiere a los niños maltratados, es la falta de autonomía derivada de su corta edad y la alta dependencia emocional, económica y social respecto a los adultos o a las instituciones ³.

Se han identificados, entonces, varios factores de riesgo de maltrato infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una nota descriptiva realizada en el 2010, da una visión general y resumida que permite comprender las causas del maltrato infantil:

FACTORES DE RIESGO	
Factores del Niño	
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad inferior a los 4 años de edad y la adolescencia. • El hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres. • El hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.
Factores de los Padres o Cuidadores	
	<ul style="list-style-type: none"> • Las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido. • Depresión postparto de la madre ⁵. • El hecho de no cuidar al niño. • Los antecedentes personales de maltrato Infantil. • Consumo indebido de alcohol o drogas, especialmente durante la gestación. • La participación de actividades delictivas. • Las dificultades económicas. • Madres adolescentes, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal, familiar o social.
Factores Relacionales entre familiares, parejas, amigos y/o colegas	
	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia. • Ruptura de la familia o la violencia entre los miembros de la familia. • El aislamiento en la comunidad o la falta de red de apoyos. • La pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.
Factores Sociales y Comunitarios Las desigualdades sociales y de género.	
	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de vivencia adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones. • Los niveles elevados de desempleo y pobreza. • La disponibilidad fácil de alcohol y drogas. • Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles. • Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los roles que debe cumplir cada sexo. • Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Tabla 1. Resumen de los Factores de Riesgo (OMS)¹

Muchas de las formas de violencia ejercidas a niñas y niños son difíciles de medir porque las consecuencias y efectos que provocan no necesariamente están a la vista como por ejemplo, el maltrato psicológico. Además, la inexistencia de instituciones jurídicas o sociales que tengan el deber de preocuparse de estas situaciones o el incumplimiento de leyes y normas vigentes, reflejan la desprotección de los niños frente a los malos tratos ¹¹. El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Hasta el momento, los países del mundo no han podido desarrollar una respuesta eficaz al maltrato infantil. La dificultad para lograrlo es la ausencia de información sobre su real dimensión. Las estimaciones actuales son muy variables, dependen del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de:

- Las definiciones de maltrato infantil utilizadas, ya que no existe una definición precisa, concreta y clara del fenómeno para que pueda ser empleada por todos los profesionales que intervienen en esta patología.
- El tipo de maltrato infantil estudiado;
- La cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales, pues no se dispone de un registro nacional confiable.
- La cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.
- La mayoría de los profesionales que intervienen en la atención de estos casos tienen un conocimiento muy pobre sobre el maltrato.
- La sociedad tiene una cultura de denuncia muy precaria ^{1,14}.

En un intento por conciliar las cifras que han publicado instituciones gubernamentales y civiles de diferentes países, se puede considerar que el 10% de cualquier comunidad pediátrica es víctima de alguna forma de maltrato y es muy factible que de 100 niños maltratados, solamente uno sea

atendido ¹⁴. Las estimaciones realizadas muestran que todos los años 275 millones de niñas, niños y adolescentes en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares y unos 40 millones de menores de 15 años sufren violencia, abusos y abandono, fenómenos que se reportan en diferentes ámbitos: la familia, la escuela, la comunidad, las calles y situaciones de trabajo ³.

La OMS en el año 2002, mediante el análisis de una serie de estudios y datos sobre la población, estimó que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han sufrido de abusos sexuales con contacto físico. También, alrededor de 53.000 niñas y niños murieron en todo el mundo como consecuencia de homicidios ¹⁵. Asimismo, según el informe de la Comisión de la Unión Europea en el 2003, en los países más pobres, el 40% de los niños, son víctimas de golpes y violencia; 5,7 millones de ellos trabajan en condiciones inhumanas; 1,2 millones son víctimas del tráfico de seres humanos y 300 mil participan como soldados en 30 conflictos armados ¹⁶.

De la misma forma la UNICEF, según datos estimados por la OMS gracias a Andrews G y cols en el 2004 citado en el Informe Mundial contra la violencia de niños y niñas en el 2006 ¹⁵, calculó que en África Sub-Sahariana, Egipto y Sudán, 3 millones de niñas y mujeres, fueron sometidas a Mutilación Genital Femenina. También para el 2006, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), indica que 218 millones de niños y niñas trabajaban y 126 millones realizaban trabajos forzados ¹⁵. En Asia, al menos 60 millones de niñas han “desaparecido” debido a la selección prenatal del sexo, el infanticidio o el abandono ².

En una nota descriptiva realizada por la OMS, revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención ¹. También calcula que cada año mueren por homicidio 31.000 menores de 15 años, esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas ¹.

En América Latina y el Caribe, con una población más de 190 millones de niños, las investigaciones realizadas indican que además de ser una de las regiones más desiguales del mundo, es la que posee mayores índices de violencia que afectan sobre todo a mujeres, niños y niñas ^{3,15}. Según datos registrados por UNICEF, en América Latina, no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia familiar ¹¹.

Las Naciones Unidas, en un comunicado de prensa ¹⁷, reporta que en Costa Rica, una investigación realizada en el 2004 por el Instituto de Estudios Sociales en Población, el 65,3% de adultos ejerce violencia física contra sus hijos. Asimismo en otro estudio en Colombia, 42% de mujeres informó que sus parejas o esposos castigaban a sus hijos e hijas con golpes, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005. Mientras que en Uruguay 82% de adultos encuestados en un estudio del Ministerio de Desarrollo Social en 2008, reportaron alguna forma de violencia psicológica o física hacia un infante en el hogar ¹⁷. Igualmente, en México, en

un intento por conciliar las cifras que se han publicado en ese país, consideran que el 10% de cualquier comunidad pediátrica, es víctima de alguna forma de maltrato, mencionan que de cada 100 niños maltratados solo 1% de ellos son atendidos ¹⁴.

Así como en el resto el mundo en Venezuela la obtención de las estadísticas nacionales que describan el problema real son muy difíciles de obtener. A pesar de las limitaciones ya indicadas, una de las principales fuentes de información para conocer y analizar la dimensión del maltrato infantil en los países de la región es la recopilación de estadísticas oficiales de denuncias que quedan registradas en los servicios sociales, policías, hospitales y servicios donde atiendan a niños y niñas. Lamentablemente, las denuncias solo dan cuenta parcial de la realidad del maltrato, y se consideran estas cifras como solo la punta del iceberg del real problema de la violencia familiar ^{5, 18}.

Sin Embargo, un grupo de trabajadores sociales pertenecientes al grupo de profesionales de FONDENIMA, años tras año se encargan de recolectar la mayor cantidad de información posible sobre el maltrato infantil. En 1974 se analizó la primera muestra de 8 pacientes maltratados que ingresaron al Hospital J.M de los Ríos. Luego en 1982 se diagnosticaron 22 casos, siendo mayor el número por la divulgación de su existencia. En 1983 el Dr. Krivoy en conjunto con otros doctores, realizaron un estudio en el Hospital J.M. de los Ríos donde analizaron 32 historias médicas de niños que fueron maltratados. Aproximadamente un 80% de los casos fueron de niños menores de 4 años, coincidiendo con la literatura mundial. Y así, todos los años, a partir de 1974, se han ido registrando los casos llegados al J.M. de los Ríos, específicamente al servicio de FONDENIMA ⁸.

Aunque actualmente se desconozca los índices de mortalidad en el país, en cuanto a la morbilidad en Venezuela, se estima que el 46,9% de los niños han sufrido algún tipo de maltrato físico y el 40,2% de maltrato psicológico. Cifras proporcionadas por FONDENIMA en el año 2002, reflejan un total de 208 casos de maltrato, de los cuales el 67% a abuso físico, el 26% corresponden a abuso sexual, y el resto a abuso psicológico y negligencia o combinaciones de los anteriores ⁸.

El Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) registró 2.070 denuncias de lesiones contra la integridad física de niños, niñas y adolescentes en el año 2004. La mayoría de estos delitos (1.800 casos) corresponden a violencia sexual, siendo las niñas y adolescentes las víctimas más frecuentes. Para el lapso septiembre de 2004 - marzo del 2005 registró un total de 295 muertes violentas de niños, niñas y adolescentes, lo que corresponde 42 niños, niñas y adolescentes asesinados cada mes, el equivalente a un salón de clases ¹⁹. En la actualidad, específicamente en el estado Bolívar, el maltrato infantil se ha convertido en un problema de salud pública ¹².

Según las Estadísticas recolectadas por la coordinación de Trabajadores Sociales de FONDENIMA en el 2010, recibieron 142 casos de de los cuales asistieron al triaje 100 casos y hubo inasistencia de 42 casos. En cuanto a la remisión y/o procedencia de los casos atendidos en el triaje:

PROCEDENCIA DE LOS CASOS ATENDIDOS EN FONDENIMA	
REFERENCIA	CASOS
Tribunal de protección del niño, niña y adolescente.	25
Consejo de protección del niño, niña y adolescente del Municipio Sucre	21
Hospital J.M. de los Ríos	15
Consejo de protección de diversos municipios del Estado Miranda	10
Iniciativa propia	8
Otras instituciones	6
Defensoría del niño, niña y adolescente	5
Consejo de protección del niño, niña y adolescente del Municipio Libertador	4
Unidad de Formación institucional adolescente no sancionado con medida no privativa de libertad	3
Cuerpo de Investigaciones Científicas y Criminalistas (CICPC)	2
Unidades Educativas	1
TOTAL	100

Tabla 2. Procedencia de Casos en FONDENIMA ⁸

De este total de casos recibidos y atendidos, 78 de los casos se trataban de maltrato en sus diferentes modalidades. Los demás casos tenían otros motivos de consulta, entre ellos, problemas de conducta, atención psicológica, orientación, entre otros. Del total de los 78 casos recibidos por maltrato se observa que el mayor porcentaje lo representa el maltrato físico con un 37%, el maltrato psicológico en un 30%, seguido por abuso sexual con 18%, negligencia con 13% y el maltrato social y Munchausen con 1% de los casos ⁸.

❖ CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vistas, es decir:

Según el momento en el que se produce el maltrato

- *Prenatal*: cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño¹¹. Como serían⁶:
 - Gestaciones rechazadas. Sin control médico, alimentación insuficiente, etc.
 - Hábitos tóxicos e hijos de padres consumidores de drogas.
 - Abortos.
- *Postnatal*: cuando el maltrato se produce durante la vida extrauterina. En esta etapa entran a ser parte del maltrato todos sus tipos según las acciones concretas que componen el agravio infligido.

Según los autores del maltrato

- *Familiar*: cuando los autores del maltrato son familiares en primer grado (padres, abuelos, hermanos, tíos, etc.)¹¹. Su escenario es el hogar y puede ir desde el maltrato físico, psicológico, sexual hasta la negligencia⁴.
- *Extrafamiliar*: cuando los autores del maltrato no son familiares del niño, o el grado de parentesco es muy lejano y no tienen relaciones familiares. Este tipo puede darse en las escuelas (abuso físico, psicológico, exceso de trabajo, abuso sexual)²⁰.
- *Institucional*: cuando el maltrato es provocado por las instituciones públicas, bien sea hospitales, educativas, etc.

- *Social*: cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño/a.

Según las acciones concretas que componen el maltrato infligido

- *Abuso Físico*: toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor ⁶. Puede ser resultado de un episodio único o un patrón de comportamiento repetido ²⁰.
- *Abuso Sexual*: cualquier comportamiento en el que un niño/a es utilizado por un adulto como medio de obtener estimulación o placer sexual ¹¹. Según la Academia Americana de Pediatría ⁷, el abuso ocurre cuando un niño es comprometido en actividades sexuales que no puede entender y para el cual no está preparado, ni puede dar consentimiento consciente, y que viola las leyes y/o prohibiciones sociales. Las actividades sexuales incluyen todas las formas de contacto genital, bucal-genital o anal con o hacia el niño, así como los abusos sin contacto, tales como el exhibicionismo, fisgoneo, o el utilizar al niño como material pornográfico ⁷.
- *Abuso emocional o psicológico*: toda acción, normalmente verbal, o toda actitud hacia un niño/a que provoquen daños psicológicos ¹¹. Es considerado como un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo normal del niño y su autoestima. Puede darse en forma de insulto, acoso, amenaza, menosprecio, sometimiento, dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional del mismo.

- *Negligencia*: dejar o abstenerse de atender las necesidades básicas para el desarrollo del niño/a, y los deberes de protección o cuidado del niño/a. Actualmente, la negligencia dental es considerada un tipo de maltrato cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo la aparición de infecciones y dolor ^{4,11}.
- Otras formas de maltrato:
 - *Niños explotados*: es un tipo de maltrato que cada día aumenta excesivamente y se refiere a los niños trabajadores o los prostituidos ⁴.
 - *Niños abandonados*: Se refiere a los niños de la calle ⁴.
 - *Síndrome de Munchausen*: es un síndrome psicótico primario en el cual el paciente adolece de una enfermedad ficticia y multisistémica que es autoinflingida o fabricada por medio de artificios ²¹. En otras palabras, es un trastorno mental donde la persona se provoca a sí misma los síntomas, para asumir el rol de enfermo. En los niños se han reportado casos de este síndrome como una forma particular de maltrato infantil apareciendo generalmente en familias disfuncionales o padres desajustados que en su mayoría presentan bajos niveles culturales y educacionales; es el resultado de un largo período de maltrato que comienza de forma pasiva y puede terminar poniendo en riesgo real la vida del niño. Siendo este el caso de la madre que puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre de orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres o administrando eméticos o catárticos para simular vómitos y diarreas ⁴. Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no parecen ajustarse alguna enfermedad, además son sometidos a exámenes, cirugías y otros procedimientos

innecesarios. Este síndrome ocurre por un problema psicológico del adulto y es generalmente un comportamiento que busca llamar la atención de los demás

22.

❖ INDICADORES DE MALTRATO

Reconocer el maltrato infantil en la consulta odontológica requiere de la búsqueda activa de sus indicadores si se sospecha de la presencia del mismo. Lamentablemente no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para su reconocimiento. Es por ello, que el odontopediatra debe poner mucha atención desde que el paciente entra a la consulta odontológica, ya que desde su entrada se pueden observar ciertas características como su vestimenta, higiene, actitud a la cual se enfrenta a la consulta, estatura, desarrollo, relación con sus padres, entre otras ⁶. Además, la realización de una buena historia clínica puede aumentar significativamente, en el odontopediatra, el índice de sospecha sobre maltrato infantil, sobre todo porque el 65% de las lesiones que se producen en los niños están localizados en cara y cuello ⁴ y los padres maltratadores siempre tienden a alegar lesiones accidentales y nunca las asocian a peleas con los compañeros en la guardería o el colegio.

Indicadores de maltrato físico

Entre las señales de alerta que debe tener el odontopediatra a la hora de realizar el examen físico encontramos que:

- A nivel de la piel de la cara y el cuello podemos observar contusiones, hematomas, arañazos, equimosis, laceraciones y fracturas

generalmente en zonas como orejas, mejillas y/o labios; así como también traumatismos craneales. Las laceraciones son comunes por la introducción forzada de objetos como cubiertos, chupones, entre otros ⁴.

- Las quemaduras representan el 10% de las lesiones físicas, siendo éstas de diferentes tipos. Entre la más común se encuentra la alimentación forzada de comidas calientes o sustancias caústicas originando lesiones importantes en la lengua y mucosa intrabucal. Las quemaduras intencionales por cigarrillo suelen encontrarse en la cara, frente y manos, estas lesiones son uniformes y circulares en socavados con una escara central negra-rojiza que al curar deja una cicatriz en cráter. Es importante diferenciar estas lesiones de las accidentales cuyos contornos son imprecisos y dentro de la misma hay diferentes grados de quemaduras ⁴. Para el 2010, se pudo observar en la sala clínica del postgrado de Infantil de la UCV un caso de una niña no mayor de un año de edad que acudió a la consulta por presentar quemaduras por electrocución a nivel de las comisuras.
- Las mordeduras representan un área central de la contusión o equimosis. Dichas mordeduras normalmente presentan un patrón elíptico y ovoide en la piel. Causan abrasiones, contusiones y laceraciones; y rara vez desgarró de tejido ⁴.
- Cuando se presentan traumatismos dentales, suelen ocurrir luxaciones, avulsiones o fracturas de los incisivos superiores con una marca en la parte interna de los labios normalmente producidas por un golpe directo producto de un puño del maltratador ⁴.
- Por lo general, la mayoría de estas lesiones son múltiples, no están ubicadas en el rango posible para un menor, ya sea por su localización, frecuencia o intensidad o porque se trata de lesiones aparentemente inexplicables o no corresponden con las explicaciones dadas por los padres ⁵.

- En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas coexisten con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o secuelas neurológicas o sensoriales ⁵.

-

Indicadores de abuso sexual

A menudo los niños son víctimas de abuso sexual, dado por su pequeño tamaño y dificultad de autodefensa. Por desgracia, al contrario del maltrato físico, el abuso sexual no tiene signos tan evidentes para los odontólogos, pero el comportamiento del niño puede ser un claro indicador, siempre y cuando se sepa interpretar. Asimismo, se puede observar la presencia de lesiones intrabucales producidas por este tipo de abuso como la presencia de eritemas o petequias a nivel de la unión del paladar duro y blando y rotura del frenillo lingual. Otros indicadores que nos ayudarían a detectar el maltrato por abuso sexual son ²³:

- Reviven intensamente el abuso sufrido durante la experiencia vivida (imágenes, recuerdos, pesadillas, reacciones fisiológicas: sudoración, incremento del ritmo cardíaco y respiratorio).
- Tienen una exagerada respuesta de alarma que se manifiesta en dificultades para la concentración, presentan irritabilidad y problemas para conciliar el sueño.
- Pérdida del interés por lo que en otro momento parecía atractivo (juegos, actividades interpersonales, entre otras).
- Miedo y ansiedad generalizada.
- Incapacidad para manifestar sentimientos de alegría, ternura, enojo o tristeza.
- Desorganización psicológica, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio.
- Sentimientos de culpa, ira, vergüenza e impotencia.

- Se sienten diferentes a los demás, tendiendo a aislarse, estableciendo relaciones conflictivas cargadas de temor, desconfianza y hostilidad hacia otros.
- Son muy inseguros.
- Presentan desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, obesidad).
- Incontinencia urinaria (pérdida del control de los esfínteres).
- Pueden presentar dolores de cabeza, malestar estomacal, problemas respiratorios aunque los exámenes médicos no revelen ninguna causa.
- Regresan a conductas típicas de edades menores a las que tienen.
- Problemas de aprendizaje en el área del lenguaje, atención, concentración, etc.
- Pueden presentar comportamientos sexuales no acorde a la edad ²³.

Indicadores de maltrato psicológico y emocional

La detección de estos indicadores debe realizarse a través de la observación de la conducta del niño, así como la relación entre el niño y el adulto que lo acompañe, durante la consulta odontológica. En caso de que se sospeche de este tipo de maltrato el diagnóstico debe ser corroborado por un psicólogo que evalúe al niño afectado. Algunos de estos indicadores son 5, ²³.

- Conductas de temor y retraimiento, o bien, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o persona que le preste atención.
- Dificultad para reconocer sus propios sentimientos y expresarlos de forma apropiada.
- Depresión, apatía (dificultad para comer, bañarse, no quieren ir a la escuela).

- Gran ansiedad, actúan antes de pensar, son frecuencia cambian de una actividad a otra, necesitan constante supervisión, reta, son muy impacientes.
- Son desobedientes irrespetando las normas impuestas.
- Agresivos, hostiles o excesivamente pasivos y sumisos.
- Bajo rendimiento escolar, dificultad para el aprendizaje (problemas de lenguaje, problemas de atención y concentración).
- Dificultades para la interacción social (se muestran dependientes, necesitan constante aprobación y reconocimiento).
- Transfieren la rabia producto del maltrato recibido hacia sí mismos, presentando conductas auto-agresivas o contra los amigos, juguetes, animales, entre otros.
- Insomnio.
- Falta de control de esfínteres.
- Pueden presentar dolores de cabeza, malestar estomacal, problemas respiratorios aunque los exámenes médicos o revelen ninguna causa.
- Trastornos psicóticos como alucinaciones.

Indicadores de maltrato por negligencia o abandono

Es importante diferenciar entre los casos de pobreza extrema, donde el maltrato por negligencia no es producida intencionalmente sino por carencias y falta de recursos económicos y sociales, y los casos donde se cuenta con los recursos necesarios y no se cubren las necesidades básicas de los niños. Entre los indicadores que podrían ser útiles para los odontopediatras están ²³:

- Niños, niñas y/o adolescentes sucios, hambriento y mal vestido.
- Problemas de desnutrición.
- Retraso en el crecimiento y desarrollo.

- Los niños pasan mucho tiempo solos en casa sin supervisión de adultos.
- Accidentes repetidos por falta de supervisión.
- Presentan enfermedades por falta de la administración de las vacunas correspondientes.
- Problemas de conducta.
- Depresión
- Déficit en las habilidades básicas para relacionarse con otros (aislamiento, no establecen amistadas, son tímidos).

❖ **¿CÓMO DETECTAR EL MALTRATO INFANTIL?**

Una vez conocido cuáles son los indicadores del maltrato infantil es importante saber reconocerlos. Para ello, FONDENIMA ha creado un cuadro que sirve, no solo para la detección del maltrato, sino también para la prevención del mismo. Este cuadro surge a raíz de una reunión en donde los médicos pediatras encargados del servicio realizaron una mesa técnica sobre los procedimientos para la prevención y detección del maltrato infantil menores de 5 años. Siendo así, muy importante para los odontopediatras la integración de este instrumento, sobre todo para el postgrado de Odontología Infantil de la UCV, ya que la mayoría de los pacientes que acuden al servicio están dentro de ese rango de edad ²⁴.

Consideraciones sobre los Procedimientos para la prevención y detección del maltrato infantil ²⁴:

- La historia clínica es un documento legal que puede ser utilizado como una prueba en un procedimiento judicial donde deben ser registrados todos los datos relativos al paciente. Su elaboración debe ser clara y

legible. En caso de sospecha de maltrato, se acordaron realizar las siguientes preguntas: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Quiénes observaron lo que ocurrió? ¿Quién o quiénes traen al niño o niña a la consulta?

- En caso de que el niño o niña tenga la capacidad de expresión verbal, se debe escuchar la narración de los eventos hecha por él/ella.
- En este caso, los odontólogos deberán describir detalladamente los hallazgos del examen físico en caso de que se sospeche de que las lesiones sean por maltrato físico y/o abuso sexual. También acordaron agregar las quemaduras como lesiones físicas sugestivas de maltrato.
- Se acordaron cuatro clasificaciones de riesgo:
 - Compatible con maltrato y/o abuso sexual.
 - Sospecha de maltrato.
 - En riesgo de maltrato
 - No hay maltrato

NOTA: Se describirán los puntos útiles para los odontólogos, ya que hay ciertas características del cuadro descrito a continuación que no competen a la práctica odontológica (Tabla 3) (Tabla 4).

¿Tiene el niño signos compartibles con maltrato, abuso o negligencia?	
<p>PREGUNTAR: <i>En relación al evento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ocurrió? • ¿Cómo se produjeron las lesiones? • ¿Cuándo se produjeron las lesiones? • ¿Dónde ocurrió? • ¿Quiénes lo vieron? • ¿Quiénes traen al paciente a la consulta? <p>ESCUCHAR: Si el niño o niña verbaliza, escuchar su versión de lo ocurrido.</p>	<p>OBSERVAR Y DETERMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de lesiones físicas: <ul style="list-style-type: none"> • Sugestivas de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto, lesiones en piel de cara y cuello, dorso de las manos, espalda, cualquier forma de fractura o quemaduras. • Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas sin forma limitada o patrón definido. - Existencia de discrepancia entre la historia narrada y las lesiones observadas. - Si la consulta es tardía en relación con el motivo del mismo. (Cuando el representante tarda en llevar al niño luego de algún traumatismo). - Observación de alteraciones en el comportamiento del niño/a: agresivo, temeroso, retraído, conductas autodestructivas o alteraciones del sueño, evita contacto visual y físico. - Observación de evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuido, castigadores, a la defensiva, agresivos o indiferentes, mentirosos. - Determinar si el niño/a está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas. - Determinar si el niño/a está en descuido de salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ El esquema de vacunación está incompleto. ○ El niño se encuentra desnutrido.

Tabla 3. Cuadro de Procedimientos para la Prevención y Detección del Maltrato en Niños y Niñas menores de 5 años en el Contexto de la Estrategia AIEPI²⁴. Parte A

CLASIFICAR SEGÚN LO PREGUNTADO, ESCUCHADO, OBSERVADO Y DETERMINADO		
Signos	Clasificar como	¿Qué se debe hacer?
<ul style="list-style-type: none"> - Lesión física sugestiva de maltrato. - Historia de lesiones en genitales o ano. - El niño/a expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico o abuso sexual, aún sin evidencia física. 	COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL.	<ul style="list-style-type: none"> - Llamar a primeros auxilios, calmar la ansiedad y el dolor. - Referir inmediatamente al Hospital. - Notificar al Consejo de protección del Niño y Adolescente Municipal o a la Defensoría o a la Fiscalía.
<p>Dos o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones físicas inespecíficas. - Comportamiento alterado del niño/a. - Comportamiento alterado de sus cuidadores. - Niño/a descuidado en su higiene. - El niño/a expresa espontáneamente que es víctima de tipo emocional i negligencia, en ausencia de lesiones físicas. 	SOSPECHAR DE MALTRATO	<ul style="list-style-type: none"> - Referir a un profesional de psicología y a trabajador social, y si existen fundamentos contactar al departamento de protección del niño, niña y adolescente con el fin de: <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el comportamiento positivo de buen trato. • Promover medidas preventivas. • Reforzar el respeto y garantía de los derechos de los niños. - Control periódico y seguimiento del caso.
<ul style="list-style-type: none"> - Cuando está presente uno solo de los signos descritos anteriormente. 	RIESGO DE MALTRATO	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar comportamientos positivos de buen trato. - Promover medidas preventivas. - Reforzar el respeto y garantía de los derechos de los niños. - Hacer seguimiento del caso.
<ul style="list-style-type: none"> - No tiene ninguno de los signos anteriores. 	NO HAY MALTRATO	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar comportamientos positivos de buen trato en los cuidadores: <ul style="list-style-type: none"> • Promover medidas preventivas. • Recordar volver a las consultas sucesivas del tratamiento.

Tabla 4. Cuadro de Procedimientos para la Prevención y Detección del Maltrato en Niños y Niñas menores de 5 años en el Contexto de la Estrategia AIEPI ²⁴. Parte B

ADAPTACIÓN DEL NIÑO A LA CONSULTA

Durante el proceso de preparación como especialistas en odontología infantil uno de los aspectos más importantes, al cual se le hace bastante hincapié, es aprender sobre psicología, para lograr la adaptación de cualquier niño a la consulta odontológica. La capacidad de adaptar un niño, a pesar de su miedo a lo desconocido, su inmadurez o su corta edad, es lo que diferencia a los odontopediatras de cualquier odontólogo. Si no se logra su adecuada adaptación a nivel ambulatorio no se puede llevar a cabo el tratamiento teniendo que recurrir a la sedación consciente o la anestesia general.

Los pacientes con maltrato infantil, como se describió anteriormente, presentan manifestaciones físicas y de comportamientos específicos, por ello es importante tomar conciencia que al realizar un tratamiento odontológico en estos niños va a haber una predisposición por su parte. Debido a esto, los odontopediatras deben fomentarles confianza, seguridad y cariño. También es importante establecer una buena comunicación, ya que a través de la misma se construye la confianza que nos va a permitir la realización del tratamiento necesitado.

Adaptar un niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener la colaboración del niño durante el tratamiento mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje, a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en él una actitud positiva ante la Odontología. Para conseguir su adaptación es necesario tener un ambiente odontológico adecuado, que el odontólogo y personal auxiliar se encuentren

preparados y dispuestos a recibir con entusiasmo a los pacientes, que los padres no se interpongan en la conducta de sus hijos, permitiendo que haya una buena relación entre el odontólogo y el niño, y que haya una buena planificación y calidad del tratamiento para que el niño se sienta seguro y cómodo cada vez que visite al odontólogo ²⁵.

❖ **TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. CONDUCTISMO**

Dentro de las diferentes técnicas para la adaptación, las más utilizadas por los odontopediatras son las técnicas conductistas, las cuales se encargan de implantar, mantener, incrementar o reducir una conducta ²⁵. Conforme a esto podemos decir que el conductismo es la filosofía especial de la psicología como ciencia del comportamiento, entendido éste como la interacción construida entre el individuo y su ambiente físico, biológico y social. Esta comprende, a su vez, toda una gama de aplicaciones tecnológicas, tanto en el campo de la terapia como de la modificación de conducta ²⁶.

Las técnicas modificación de conducta se pueden clasificar en tres grupos dependiendo de los objetivos que se deseen cumplir, ya sea para implantar o instaurar una conducta, mantener o incrementarla y/o reducir o eliminarla ²⁵.

Técnicas para Implantar Conductas

Decir, Mostrar y Hacer

La técnica decir, mostrar y hacer, es bastante sencilla y a menudo funciona disminuyendo la ansiedad y el miedo a lo desconocido ²⁷. El objetivo

de la misma es la utilización de un vocabulario adecuado para que el niño pueda entender con facilidad los procedimientos a realizar, permitiéndonos transmitir seguridad y de esta manera obtener la atención y la colaboración del paciente ante el tratamiento ²⁰. Para lograrlo se le debe explicar muy bien al niño lo que se le hará, después se le muestra el instrumental que será utilizado y luego se simula lo que hará. Pinkhan en 1996, citado por Medina en 1998 ²⁷, señala que esta técnica debe hacerse antes de comenzar cualquier maniobra exceptuando cuando se va a colocar anestésico local u otros procedimientos complicados, por ejemplo, una pulpotomía. Sin embargo, otros autores sugieren que sí se debe aplicar esta técnica al momento de colocar el anestésico local. El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo ²⁷.

Modelamiento

Se denomina modelamiento al cambio de comportamiento a través del aprendizaje mediante la observación e imitación. Esta consiste en la utilización de un modelo que realice conductas adecuadas y esperadas por el paciente que será atendido. También se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe estos procedimientos reduciéndole la ansiedad acerca de lo desconocido ^{25, 28}.

Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones:

- Se debe escoger un paciente que sirva como modelo cuando se quiere utilizar el modelamiento como una estrategia para implantar una conducta adecuada.
- Que el observador esté en estado de alerta.
- El paciente no debe observar brusquedad por parte del modelo, ya que le podría elevar el estado de ansiedad e inseguridad.
- Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo que sean apreciadas por el observador.
- La complejidad la conducta modelada debe ser apta para el nivel de comportamiento del paciente observador ^{25, 28}.

Moldeamiento

Cuando los niños llegan al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo ²⁷. Así, cuando el paciente se acerca a la conducta deseada se debe reforzar de inmediato para instaurar dicha conducta hasta que el niño sea capaz de repetirla siempre que vaya a consulta. Para obtener el moldeamiento es necesario especificar con precisión la conducta correcta ²⁵.

Instigación

La instigación es una ayuda especial, manual, verbal o visual que se le da al paciente durante la consulta odontológica para incrementar el éxito de la misma. Las instigaciones se pueden clasificar en ²⁵:

- *Instigaciones Físicas:* éstas pueden ser totales o parciales.
 - Totales: es el máximo grado de ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física. Se utiliza para obtener

del paciente las respuestas motoras que deseamos, por ejemplo aprender a sujetar el cepillo dental de manera adecuada, en donde se le toma de la mano y se le guía en la ejecución correcta de lo que se le está enseñando. En la medida que el paciente demuestre que ha aprendido a realizar la actividad se procede a disminuir gradualmente la ayuda física, hasta que el paciente logre realizar la actividad por sí solo.

- Parciales: en este tipo de instigación se proporciona una física a manera de sugerencia la parte del cuerpo que debe mover para producir una respuesta.
- *Instigaciones Visuales*: son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta, por ejemplo se puede emplear cuando se le pide al paciente que abra la boca y al mismo tiempo el operador abre la boca mostrándole al paciente la acción que debe realizar y cómo debe ejecutarla.
- *Instigaciones Verbales*: son sugerencias auditivas adicionales, como por ejemplo sonidos realizados para indicarle al paciente que se culminó el tratamiento que se estaba llevando a cabo ese momento en la consulta.
-

Instrucciones Verbales

Estas instrucciones son pautas o normas específicas que le indican al paciente el comportamiento adecuado que debe tener durante la consulta odontológica, además estas instrucciones aceleran el proceso de aprendizaje del paciente. Cuando se dan instrucciones verbales es muy importante dar pautas específicas que le indiquen al paciente cuál debe ser el comportamiento correcto y qué resultados son los que se quieren obtener. En otras palabras, esta técnica consiste en decirle al paciente exactamente

lo que se va a hacer y el comportamiento que el paciente debe tener durante el tratamiento. Las instrucciones deben ser sencillas, cortas y deben contener palabras que sepamos que el paciente comprende evitando términos técnicos. En caso que el paciente no entienda se debe explicar claramente el significado del comando dado para obtener la respuesta deseada ²⁵.

Sugerencias

Esta técnica se subdivide en dos clases de sugerencias:

- Directas: es una incitación para iniciar una serie de respuestas y es dirigida específicamente a un determinado paciente, por ejemplo se le sugiere al niño colocar un abrebocas para que no se canse de mantener la boca abierta por tanto tiempo.
- Sugerencias Indirectas: Cuando se incita a otra persona diferente de aquél al que se desea enseñar, en este caso el operador delante del paciente al cual esta planificando efectuarle una tartrectomía le sugiere al paciente portarse de manera adecuada como lo hizo el paciente anterior.

Técnicas para Mantener o Incrementar Conductas

Reforzamientos

El reforzamiento se puede clasificar en:

- *Reforzamiento positivo*: consiste en suministrar un estímulo agradable inmediatamente que se emita una conducta determinada ²⁵. Esta técnica es la más común para motivar a los

niños a aprender. Sin embargo, es importante señalar que en algunos niños, sobre todo los más pequeños y ansiosos, se debe reforzar una aproximación mínima, para luego ir moldeándola gradualmente hasta obtener una respuesta adecuada. Estos refuerzos aumentan la conducta y pueden ser:

- Materiales y tangibles: juguetes, regalos pequeños, calcomanías.
- Reforzadores sociales: pueden ser verbales como elogios o felicitaciones, y no verbales como abrazos y sonrisas.
- Refuerzos de actividad: participación en una actividad agradable, ver una película, jugar, entre otros ²⁸.
- *Reforzamiento intermitente*: consiste en no reforzar positivamente cada vez que el niño logre la conducta deseada, así el niño no sabe cuándo será reforzado, incrementando la presencia de la conducta querida ²⁵.
- *Reforzamiento negativo*: usualmente se utiliza cuando el niño presenta una conducta inadecuada. Su objetivo es conseguir que las mismas sean más débiles, desapareciendo eventualmente. Se debe tener cuidado cómo se utilicen estos refuerzos, ya que pueden aumentar la conducta de huída o de evasión. Lo bueno de esta técnica es que le permite al niño saber cuál debe ser la conducta apropiada ^{25,28}.

Contratos de contingencia

Se refiere al acuerdo verbal o escrito entre dos o más partes, estableciendo las responsabilidades de cada una en relación con un determinado objeto o actividad, en este caso la realización del tratamiento odontológico. Este acuerdo debe cumplir con las siguientes características ²⁵:

- Al principio del contrato deben otorgarse recompensas por aproximaciones a la conducta deseada. Éstas deben ser frecuentes, pero en pequeñas cantidades.
- La recompensa debe darse de inmediato una vez cumplido el acuerdo.
- Debe ser justo para ambas partes.
- Los términos en que se establece deben ser claros.
- Debe ser honesto y positivo.

Economía de fichas

La economía de fichas es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas o calcomanías a los sujetos que presentan conductas deseadas durante el tratamiento odontológico. Las fichas ganadas pueden canjearse por alimentos, actividades o privilegios. Este sistema permite que el niño mantenga una buena conducta durante las citas sucesivas del tratamiento a realizar, para así lograr el premio final ²⁵.

Técnicas para Reducir o Eliminar Conductas

Control Mediante la Voz

Este método consiste en conseguir la atención del niño a través de un cambio abrupto y enfático en el todo de voz del odontólogo para enfatizar en la conducta no deseada que el niño está teniendo durante la consulta odontológica. Esta técnica requiere más autoridad en el tono de la voz del odontólogo durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo" ²⁷. Sin embargo, con estos pacientes se debe utilizar un tono de voz amable y esta técnica debe

ser utilizada en el momento preciso, ya que sus resultados son más efectivos cuando se aplica al detectar síntomas de mal comportamiento ²⁰. Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles ²⁷.

Desensibilización

Esta técnica se usa para disminuir o reducir los temores y la tensión del paciente introduciendo progresivamente estímulos más amenazantes, a medida que el paciente se desensibiliza frente a procedimientos que le producen ansiedad. Lo recomendable para la aplicación de esta técnica es comenzar por los procedimientos más fáciles, dejando los más complejos para más adelante. Esta secuencia puede alterarse dependiendo de la ansiedad del niño y sus necesidades del tratamiento ²⁸. A veces, es poco práctica, porque requiere de varias sesiones, por ello normalmente es utilizada con pacientes que tienen fobias extremas.

Para la realización de esta técnica se le sugiere al paciente cómo debe respirar para que pueda relajarse ante un estímulo amenazante. La manera en que se puede lograr la relajación muscular sugerida es haciendo que el paciente respire de una manera lenta y profunda, para obtener una relajación física y mentalmente. Este enfoque ha resultado útil en la prevención del desarrollo de temores odontológicos en el paciente nuevo, sobre todo si nos enfrentamos a un paciente con historia de malos tratos, ya que son niños que vienen un alto nivel de ansiedad a la consulta odontológica ²⁸.

Existen otros métodos, un poco más ofensivos, utilizados para reducir o eliminar conductas inadecuadas de gran utilidad cuando nos enfrentamos a conductas no colaboradoras. Hay que recordar que los niños maltratados, por lo general, representan este grupo de pacientes, dada a las características psicológicas que tienen. Estas técnicas deben ser utilizadas solo en casos extremos cuando debemos velar por la seguridad de nuestros pacientes y deben ser explicadas muy detalladamente a los padres para tener su consentimiento antes de aplicarlas. Entre estas técnicas está la de mano sobre boca, esta técnica no debe ser utilizada en casos de niños maltratados, ya que podemos perjudicar más al paciente, en vez de ayudarlo.

Entre estas técnicas podemos utilizar:

Tiempo Fuera (Time-out)

El tiempo fuera consiste en retirar a la persona de un ambiente de reforzamiento, para ubicarlo en un espacio físico que no lo es por un tiempo limitado (5 minutos), con el objetivo de disminuir, eliminar o reducir una conducta no deseada. Muchas veces, los niños pierden el control de ellos mismos cuando se oponen a que se les realice el tratamiento pautado para la cita odontológica, esta técnica nos ayuda a reducir esa conducta, ya que priva al niño de cualquier contacto social. Durante este intervalo de tiempo el paciente no debe tener acceso a ningún tipo de reforzamiento ²⁹.

Existen tres tipos de tiempo fuera:

- *Observacional*: consiste en retirar al paciente de la situación anómala para conducirlo a un área alejada de la actividad.

- *De Exclusión:* se basa en alejar al paciente de la situación que refuerza la mala conducta.
- *De Asilamiento:* en este caso el paciente abandona el área de tratamiento y se dirige a una habitación aislada ²⁹.

Es importante tener en cuenta que el tiempo fuera debe aplicarse en niños mayores de 3 años, que tengan la capacidad de entender de qué se trata y por qué se aplica. Asimismo, durante el tiempo fuera podemos ayudar al niño a manejar lo que siente, porque muchos niños se benefician de ese momento para reflexionar sobre lo ocurrido. Por eso es recomendable hablar con ellos calmadamente, respetando lo que sienten ²⁹. Esta técnica pierde efectividad cuando se usa más de una o dos veces por semana, o por más de dos o tres minutos cada vez. La idea es darle, a los niños, un respiro a fin de que recobren el control y consideren cómo deberían comportarse.

Estabilización Protectora

La estabilización protectora consiste en restringir a nivel físico los movimientos inconvenientes del niño en el sillón odontológico durante la realización del tratamiento. Sin embargo, no es una técnica para conseguir cambios de conducta, es el reforzamiento u otra técnica aplicada mientras el niño está bajo esta estabilización lo que logra el cambio conductual. Se puede realizar con las manos, sábanas o un aparato diseñado para tal fin como el *pediwrap*. El objetivo de esta técnica, como se ha indicado anteriormente, es proteger la integridad física del paciente con el fin de realizar el tratamiento de una forma segura y con los parámetros clínicos de calidad ideales ³⁰.

Está indicada en pacientes incapaces de cooperar debido a su corta edad, inmadurez emocional o discapacidad física o intelectual, y está contraindicada en paciente cooperadores donde no hay necesidad de hacer algún tipo de inmovilización ³⁰. Esta técnica debe ser utilizada solamente cuando el odontopediatra se ha quedado sin recursos y debe cumplir con el tratamiento pautado para esa cita o si el paciente requiere de la realización de una emergencia odontológica. También, es importante aclararles, tanto a los pacientes como a los representantes, que la restricción se utiliza como una técnica para reducir o eliminar una conducta, no como castigo, más cuando estamos trabajando con pacientes maltratados, ya que se puede empeorar su situación y los odontopediatras convertirse en agresores. Por ello, este método es tan controversial y por eso debe ser utilizado de una manera muy consciente, nunca causando daños físicos ni psicológicos a los pacientes.

La restricción física debe ser manejada por el profesional y la asistente para conseguir la cooperación del niño, a veces es necesaria la ayuda del representante y otros asistentes para mantener al niño inmovilizado por su seguridad. A parte de la inmovilización del cuerpo, también se utiliza el abre bocas como instrumento para evitar que el niño cierre la boca y/o se lastime o lastime al clínico, siendo éste el segundo tipo de restricción más utilizado por los odontopediatras.

El número de diferentes técnicas que pueden ser empleadas para la adaptación del niño, a través del cambio de su conducta, es extensa. Entre otros métodos que pueden facilitar la adaptación se pueden encontrar: el placebo, la hipnosis, terapia de juego, audio-analgesia, utilización de Flores de Bach, entre otras que no son tan comunes, pero de gran ayuda cuando un

caso específico las requiera. Es importante destacar que para la aplicación de cualquier técnica, los odontopediatras deben investigar y conocer muy bien de qué trata cada una, ya que no debe aplicarlas si no se encuentra preparado para hacerlo.

En esta investigación no se tomarán en cuenta la sedación consciente ni la anestesia general como opciones para atender a pacientes con síndrome de niño maltratado, ya que el objetivo de esta investigación es aprender los diferentes tipos de técnicas de adaptación que hay con los cuales se puede obtener la culminación del tratamiento que el paciente maltratado necesita. Al aplicar efectivamente estas técnicas, con un poco de paciencia y cariño se puede lograr cambiar, implantar, mantener o reducir cualquier conducta. La idea es que nos tomemos el tiempo de aplicarlas y conocer a nuestros pacientes, ya que el contacto con ellos podemos aportar así sea un poco en su mejoramiento y crecimiento, tanto personal como emocional.

A parte de las técnicas ya presentadas, a través de esta investigación se quieren dar a conocer otras técnicas que sirvan como otras alternativas para la adaptación del niño maltratado. No solamente es para ser utilizado en estos casos, sino también emplearlas cuando sea complicada la adaptación de un niño difícil con conductas inadecuadas. El objetivo es capacitar al odontopediatra a enfrentar y manejar los diferentes escenarios que se presenten en la consulta odontológica, y así no solo atender las molestias bucales, sino, de la misma manera, mejorar la calidad de vida del paciente.

En los últimos años, se ha profundizado en el conocimiento y la comprensión de la conducta humana a través de los planteamientos filosóficos contemporáneos, dando lugar a importantes investigaciones en la psicología. Las terapias que serán descritas se consideran como complementos de la corriente psicológica ya descrita (modificación de conducta), pues gracias a esta evolución, a través de la historia, se consideran tan importantes como la teoría conductista, la teoría psicoanalítica, y la teoría humanista y el enfoque Gestalt.

❖ TÉCNICAS DE LA GESTALT

Terapia Gestalt

Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, que significa forma, totalidad, configuración, estructura, modelo ^{31,32}. Además, toda forma o configuración de cualquier cosa está compuesta por una figura y un fondo ³¹. Este término apareció por primera vez en 1523, en una traducción de la Biblia al alemán, y aproximadamente significa: “puesto delante de los ojos, expuesto a las miradas” ³². Salama, en su libro sobre la Psicoterapia Gestalt ³², también lo denomina como “necesidad que debe ser satisfecha”.

La terapia Gestalt nace con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatiza en la observación no manipulativa de la conducta en el aquí y ahora, y se centra en la importancia del proceso de toma de conciencia de la persona con un enfoque holístico, es decir, que percibe los objetos, y en especial a los seres vivos como totalidades, así como también de cómo vive y se crea a sí mismo. Este enfoque hace énfasis en la visión de

que el individuo es un ser creativo, en constante crecimiento, capaz de guiar su comportamiento conscientemente con el objetivo de encontrar por sí mismo las soluciones a sus problemas existenciales facilitando el mejoramiento de su propia vida ³².

En sus inicios la psicología de la Gestalt centró su interés en investigaciones sobre la percepción. Más tarde se extiende a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento ³³. Luego, el enfoque Gestáltico surge de la obra de Fritz Perls y su esposa Laura Posner, a quienes se les unieron Isadore Fromm, Paul Goodman y Jim Simkin, entre otros. Ellos fueron quienes decidieron estructurar y difundir esta terapia humanista sin pensar que llegaría a ser uno de los enfoques más completos y accesibles de todas las ramas de la psicología ³².

Esta terapia toma en cuenta el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyéndolo como parte básica de la interacción organismo-ambiente. De esta forma utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. Lo más importantes es que ninguna dimensión relevante se excluye de la teoría básica del enfoque gestáltico. De este modo, la finalidad de esta técnica es enfatizar en el paciente las situaciones de la vida que actualmente están ocurriendo, siendo considerado este enfoque como un concepto funcional que se refiere a las conductas ejecutadas en este preciso momento, poniéndolo en perspectiva en lo inmediato, conduciendo esa conducta inadecuada a un proceso de cambio. Una gran mayoría de psicólogos cree que el verdadero cambio ocurre cuando los errores se hacen conscientes, en otras palabras, como función del aumento del conocimiento y consciencia de lo que se hace ³³.

Leyes de la Gestalt

En la formación Gestáltica existen varias cualidades que la caracterizan. Éstas se conocen como “Leyes o principios de la percepción” o “Leyes de la Gestalt”. A continuación se presentan dichas leyes ³³:

1. *Ley de la proximidad*: los elementos que están más cercanos se percibirán como un objeto coherente.
2. *Ley de la semejanza*: los elementos que son vistos como similares se percibirán como parte de la misma forma.
3. *Ley de la conclusión o cierre*: la Gestalt debe tener la cualidad de estar completa, de no ser así debe buscar su cierre.
4. *Ley de la prägnanz*: en el campo se formará la mejor Gestalt que permitan las condiciones globales.

Reglas de la Gestalt

Además de las leyes presentadas, la Gestalt con el objetivo de lograr que los pacientes desenmascaren frente a los demás sus miedos y logren compartir con otros sobre sí mismos, tiene reglas que deben ser aplicadas a los individuos como pautas en la terapia. Al evaluar estas reglas, se alcanza apreciar que pueden ser utilizadas durante la consulta odontológica para ayudar al paciente a que tomen consciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos ³¹. Las principales reglas son ³¹:

- *El Principio del Ahora*: Este es uno de los principios más fuertes de la Terapia Gestalt. Consiste en sugerirle a los pacientes en que comunique sus experiencias en tiempo presente, ya que es una de las formas más efectivas de actualizar las experiencias pasadas. Para ello se pueden realizar las siguientes preguntas: ¿De qué tienes consciencia en este momento? ¿De qué te das

cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento?

- *La relación Tu-Yo:* Consiste en procurar que el paciente exprese lo que quiera decir incluyendo tanto al receptor como al emisor. Se pueden realizar la siguiente pregunta, ¿A quién le estás diciendo eso?, con el objetivo de obligarlo a enfrentar directamente al receptor.
- *Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta:* Es decir, el paciente debe responsabilizarse de lo que dice y/o hace. Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal.
- *Prohibido decir “no puedo”:* Esto debe sustituirse por “no quiero”, ya que lo convierte en una frase asertiva. Muchas veces el paciente se niega actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera (características comunes en niños maltratado). Es cierto que no se puede obligar a una persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad y que asuma las consecuencias de su decisión evasiva.
- *El continuum del darse cuenta:* el dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo indispensable para integrar las diferentes partes de la personalidad.
- *No murmurar:* Toda comunicación debe hacerse abiertamente y de manera clara, con el objetivo de promover sentimientos e impedir la evitación de los mismos.
- *Traducir preguntas como afirmaciones:* Preguntas como ¿puedo ir al baño? ¿me puedo cambiar de sitio? ¿puedo ver a mi mamá? ¿me puedo ir? deben ser traducidas como afirmaciones (quiero ir al baño, quiero cambiarme de sitio, etc.), ya que de esta manera el preguntón no asume su

responsabilidad a fin de que le den la autorización de lo que quiere buscando evadir la situación presente.

- *Prestar atención al modo en que se atiende a los demás:* consiste en observar cómo el paciente interactúa con las demás personas, es decir, a quién le presta atención y a quién ignora.
- *No interpretar ni buscar “la causa real” de lo que el otro dice:* consiste en simplemente escuchar y darse cuenta de lo que el paciente siente en función del contacto con su entorno.

Para un niño maltratado esta terapia es muy útil, ya que se puede lograr el desprendimiento de los pensamientos negativos que puedan estar recordando constantemente sobre el pasado. Ese constante pensar crea mucha ansiedad y sosiego ante lo nuevo por venir, impidiendo al paciente a darse cuenta que en el presente donde se encuentra (silla odontológica) realmente no le va a pasar nada, por lo cual se hace difícil su adaptación, ya que constantemente piensa que lo van a agredir. El objetivo es llevar a cabo los tratamientos odontológicos de la mejor manera posible, con el mayor cariño y cuidado con el que se debe trabajar. De esta manera, se le explica al paciente, las veces que sea necesario, de que en el presente, es decir, el ahora, está en un ambiente seguro donde no habrá nadie que le haga daño.

Para introducir esta técnica como método utilizado durante la práctica odontológica para la adaptación de niños maltratados o con problemas conductuales que impidan su adaptación a la consulta se pueden aplicar las siguientes técnicas:

- *El aquí y ahora:* Se refiere a vivir y sentir el presente y la realidad, donde el niño debe darse cuenta que el ambiente que lo rodea es seguro y que nadie le hará daño. Para un niño con

maltrato es normal que su pasado lo atormente, pues se convierte en fantasías que afectan el “ahora”, al mismo tiempo el futuro también convierte su experiencia en una realidad basada en la ficción, debido a que su ansiedad por lo desconocido aumenta. La idea es hacerle entender de que lo que vale es el aquí y el ahora, lo pasado no volverá y tampoco le pasará nada malo.

- *El darse cuenta ("awareness", en inglés):* El paciente es quien debe darse cuenta de lo que le pasa, sólo necesita ser consciente para cambiar su conducta. Con el “darse cuenta” el paciente está al tanto de lo que sucede en ese preciso momento permitiendo tomar el control desde la raíz, dando pie a que reconozca el problema que genera su conducta en la consulta odontológica. De este modo, va desarrollando su habilidad para adaptarse y para experimentar el "aquí y ahora" sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado. Además, logra entrar en contacto de manera natural, espontánea con lo que es, siente y percibe ^{31,32}. Dentro de la experiencia del “darse cuenta”, se pueden distinguir 3 tipos que se denominan zonas de contacto ³³:
 - *Darse cuenta del mundo o zona externa:* Se relaciona con el contacto sensorial, permitiendo que el paciente se ponga en contacto con los objetos y acontecimientos del mundo que lo rodea.
 - *Darse cuenta de sí mismo o zona interna:* Comprende todas aquellas sensaciones y sentimientos que ocurren dentro de nosotros, permitiendo reconocer las tendencias saludables naturales y distinguir entre necesidades y deseos, y lo bueno o malo. Permite poner en contacto a la persona con ella misma.

- *Darse cuenta de la fantasía o zona intermedia:* Incluye toda la actividad mental (pensar, imaginar, recordar...) que permite que el paciente se ponga en contacto con sus fantasías.
- *Aceptar lo que uno es:* Se refiere a no buscar ídolos, no aceptar los "deberías", ser responsable de los propios actos. A través de este método se busca que el paciente entienda que no es una obligación estar allí, ni que es un castigo, más bien la intención es él "quiera" estar y volver, sin sentirse que "deba" hacerlo. Cambiar los "debo" por "quiero" ³².
- *Enfatizar en el ¿cómo? o ¿para qué?, más que en el ¿por qué?:* ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?: Al preguntar "por qué" lo que se consigue es una explicación que puede ser ingeniosa; no se consigue un entendimiento íntegro de lo que realmente sucede. Además, aleja al paciente del "aquí y el ahora", pues lo introduce en el mundo de la fantasía. El "por qué" sólo conduce a interminables investigaciones de la causa, ya que aleja, al niño, de lo evidente. Por ello, se debe preguntar "cómo" en vez de "por qué", ya que con el "cómo" se puede ver la estructura de lo que ocurre, lo obvio; dando perspectiva y orientación ³¹. Para que este método funcione, cada vez que el niño tenga dudas con respecto a lo que se le hará, se le debe aclarar que pregunte ¿cómo se harán los procedimientos?, no ¿por qué?, ya que esta última no le aclara lo que necesita saber. También es útil, al revés, es decir, el odontopediatra puede preguntar ¿cómo es el miedo del paciente?, en vez de preguntar ¿por qué tiene miedo?, dándole otra perspectiva al

paciente de definir lo que siente, ayudándonos a entender su estado actual en la consulta.

Por otra parte, se sabe, que la Gestalt, a través de los años, ha tenido gran influencia entre diferentes corrientes psicológicas como del psicoanálisis de Freud, la filosofía existencial, la fenomenología, religiones orientales, la terapia cognitiva, entre otras. A partir de la teoría cognitiva se pueden emplear otras técnicas que consiguen ser muy útiles para la adaptación del paciente a la consulta. Estas son ³⁴:

- *Repetición de imágenes en cámara lenta (inoculación del estrés)* ³⁵: enseña cómo afrontar y a relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Con esta técnica el paciente aprende a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión.
 - El primer paso es elaborar una lista personal de situaciones que causen estrés y ordenarlas verticalmente desde los menos hasta los más estresantes. Después se aprenderá a recordar cada una de estas situaciones que causan estrés y ansiedad en la imaginación, repitiendo las imágenes en cámara lenta, y cómo relajar la tensión mientras se visualizan claramente estas imágenes.
 - El segundo paso es la creación de un conjunto propio de pensamientos para afrontar el estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales.

- El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "in vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresantes que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de positivos. Esta técnica se asemeja bastante a la desensibilización sistémica de las terapias conductistas.
- *Técnica del "como si":* a través de esta técnica se busca que el paciente adopte conductas "como si" fuera otra persona. En otras palabras se busca la personificación del paciente, sea con un súper héroe o cualquier personaje, ficción o no, que tenga la capacidad de ser paciente, no tener miedo y controlar su conducta. Por ejemplo, si un paciente está muy desadaptado a la consulta se le puede sugerir que se comporte "como si" fuera *Superman*, el cual tiene cualidades de ser invencible, valiente y con capacidad total de seguir instrucciones. De esta manera, si el paciente se desadaptara nuevamente se le reforzaría la conducta adecuada recordándole que así no se comportaría su héroe favorito.
- *Inducir fantasías positivas:* este tipo de fantasía es útil para producir relajación y como técnica de distracción, también para sustituir fantasías desagradables. Muchas veces los pacientes que llegan a la consulta llegan con la fantasía de que siempre se les va extraer un diente, es nuestro objetivo cambiar esa situación, que causa estrés y angustia, por fantasías positivas donde el paciente se dé cuenta que no va a la consulta para que le hagan daño o como castigo. Para la realización correcta de esta técnica se debe tomar en cuenta:
 - El paciente debe ser entrenado previamente a su aplicación. Se le puede preguntar qué tipo de fantasía le

gustaría más: estar en la playa, montaña, parque, entre otros escenarios.

- Si el paciente muestra dependencia de otras personas, no es conveniente incluirlos en la fantasía.
- Si el paciente está presentando visión muy negativa del futuro, lo mejor es que no se trate de construir fantasías relacionadas con el futuro, ya que estas visiones pueden bloquear el proceso.
- *Catastrofización:* Hay que recordar que los pacientes con maltrato son niños se presentan con altos rangos de ansiedad a la consulta y por lo general tienden a fantasear consecuencias catastróficas quedándose en ese punto con la idea de que todo va a salirles mal permanentemente. Se trata entonces de llevar al paciente, mediante fantasías, a la consecuencia más crítica de la situación temida (la exodoncia de un diente) con el objeto de que aun en el peor de los casos, siempre existen soluciones a las situaciones que se presenten y que el sufrimiento que pueda producir una situación es tolerable y transitoria (la anestesia local y su efecto sobre los tejidos).
- *Distracción:* es uno de los mejores procedimientos para reducir la ansiedad, los ataques de pánico y las fobias, así como también para interrumpir el mecanismo de retroalimentación. Tiene como finalidad focalizar la atención del paciente en otra actividad disminuyendo el miedo ante cualquier evento. Muchas veces, uno de los grandes detonantes durante el tratamiento odontológico es el sonido de la turbina. Para lograr la distracción del paciente de este sonido, y así evitar su desadaptación, se sugiere la utilización de audífonos con música que le guste o colocarle una película que lo distraiga de dicha situación. Las fantasías, como se habían mencionado con

anterioridad, también son muy útiles cuando se quiere distraer al paciente antes de realizar un tratamiento.

- *Personalización:* es considerada una distorsión donde el paciente se relaciona constantemente con eventos negativos o amenazantes del exterior (“Ese paciente está llorando, seguramente me dolerá a mí también”). De hecho, hay un error o confusión entre lo obvio y lo que se piensa, dando credibilidad a lo que piensa y no a lo obvio. Utilizando el ejemplo anterior, muchos pacientes que acuden a la consulta odontológica piensan en primera instancia que le van a extraer un diente o molar, confundiendo su realidad con la de los demás, ya que no necesariamente sea ese el tratamiento a seguir. Por ello se debe enseñar al paciente a distinguir entre lo obvio y lo que piensa para disminuir su ansiedad y estrés ante la consulta.
- *Dicotomía o juego de roles:* consiste en ayudar a los pacientes que tienen pensamientos distorsionados (ansiedad, depresión, estrés o fobias) a disminuirlos a través de un juego de roles donde el odontólogo hace el papel del paciente y viceversa. La finalidad de esta técnica es hacer que el paciente cambie su perspectiva en cuanto a lo amenazante del tratamiento, también se logra una relación interactiva con el odontopediatra permitiendo que haya *feedback* entre él y el niño.
- *Solución de problemas:* cuando para el paciente la consulta representa una amenaza y le impide la adaptación a la consulta es necesario que aprenda a solucionarlo. Los pacientes muy ansiosos o deprimidos tienden a magnificar los problemas o a juntarlos, creyendo que deben resolver todo al mismo tiempo, creando más ansiedad y estrés. El odontopediatra puede ayudar al paciente enumerando y jerarquizando los problemas

para ir resolviéndolos poco a poco. Se sugiere seguir los siguientes pasos:

- Determinar cuál es el problema.
- Definir las situaciones específicas del problema en las que se pueda trabajar y las metas por lograr.
- Usar la creatividad imaginando la mayor cantidad de soluciones posibles.
- Decidir cuál de las opciones es la más factible y eficaz.

❖ PSICOANÁLISIS

Es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud a finales de la década de 1890. El concepto de psicoanálisis es una teoría acerca de la mente humana que designa un modelo teórico descriptivo y explicativo a los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica del ser humano ^{36,37}. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos. Por otra, se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos ³⁶.

El psicoanálisis como terapia, en el sentido estricto, es definido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través de la asociación libre. A diferencia de los métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o aprendizaje (como las técnicas conductuales o de las explicaciones en el plano cognitivo), el psicoanálisis se cuenta entre las técnicas de descubrimiento o revelación que intentan que el paciente logre una comprensión profunda de las circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus

afecciones, o son la causa de sus sufrimientos o malestares psíquicos. Aunque frecuentemente se asocia esto a la introspección, constituye un malentendido esperar como objetivo esencial de la terapia psicoanalítica una comprensión racional acerca de las relaciones causales. Se trata más bien de lograr una reestructuración de más amplio alcance de la personalidad, muy especialmente de la vida afectiva y particularmente en aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o de formas defensivas que causan daño o malestar ³⁶.

En la odontología, esta técnica es aplicable, ya que muchas veces observamos conductas en los niños durante la adaptación que no son adecuadas, dando el indicio de que en casa o en cualquier lado, algo está pasando. En los niños que han sido maltratados, el contenido sobre lo que les ocurrió, a veces lo organizan como productos psíquicos, por ejemplo: fantasías muy elaboradas; otras veces como pulsiones reprimidas, por ejemplo: impulsos canibólicos a incorporar lo exterior; o como imágenes corporales inconscientes, por ejemplo: el cuerpo propio está lleno de algo malo ^{36,37}. Gracias al psicoanálisis se pueden explorar estas características cuando no se entiende la causa de la conducta que impide la adaptación del paciente a la consulta.

Como se había hablado antes, cuando un niño es maltratado, sea por la causa que sea, no es lo primero que los padres comunican, sino que durante la adaptación, si el niño no es capaz de adaptarse, los odontopediatras pueden sospechar que algo sucede cuando la conducta del niño no es normal para su edad según sus capacidades cognitivas. Es por ello que la asociación libre es una buena técnica para implementar, ya que a través de la asociación de ideas, sea hablado o a través de dibujos, podrían

darse cuentas si detrás de esa actitud, no apropiada del niño en la consulta, existen otras cosas que nos revelen el porqué de la dificultad para la adaptación.

Asociación de ideas

La asociación libre es un método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar, durante la sesión, todo lo se le ocurra sin ninguna discriminación, más allá que le parezca inadecuado, incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés. Este método le fue sugerido a Sigmund Freud en 1892 cuando estaba atendiendo a una paciente, quien le pidió que no interviniera en la sesión y le permitiera hablar libremente. Poco a poco, este método sustituyó a la hipnosis que aplicaba Freud en sus sesiones, porque se dio cuenta que conocía más sobre el inconsciente de sus pacientes a través de la asociación libre de ideas ³⁸.

Este método se convirtió para Freud en la “regla fundamental”, ya que asociar libremente permite al paciente cancelar los procesos cognitivos implicados en la organización del proceso secundario: lógica, espacio temporal, racional y moral; en otras palabras dice todo lo que se ocurra, aparezca, se atraviese o cruce la conciencia, logrando dejar salir las resistencias a temas que el paciente consideraba tabú, que no le permitían mejorar su condición psíquica. Éstas deben surgir de manera espontánea o inducida por algún elemento de un sueño o por cualquier otro objeto de pensamiento, por ejemplo: una fantasía. Sin embargo, lo ideal es que la asociación libre surja espontáneamente, sin estímulo inductor ³⁹.

La asociación libre tiene por objetivo liberar la vida psíquica de la represión a la que está sometida, la cual tiene sus raíces en el inconsciente. Asimismo, este método se basa en el hecho indiscutible de que todo pensamiento, por más absurdo o falta de coherencia tenga, tiene conexión con el pensamiento siguiente ⁴⁰. Para el psicoanálisis la observación del paciente durante el proceso es muy importante, ya que el clínico puede captar las representaciones inconscientes actualizando los mecanismos de resistencia. Por lo tanto, mientras más libres sean las asociaciones, más aparecerán los contenidos inconscientes en la sesión analítica ³⁹.

Para su aplicación en la odontología se sugiere aplicarlo como un juego, denominado lluvia de palabras. En este caso se le indicaría al paciente que asocie palabras que le recuerden la experiencia odontológica para saber qué miedos existen en su inconsciente que no ha logrado descifrar, permitiendo desbloquear las resistencias que impidan su adaptación a la consulta. Aunque se sabe que la asociación libre debe ser espontánea, sería apropiado utilizar palabras agradables mezcladas con otras (por ejemplo: materiales odontológico) para poder observar con qué asocian esas palabras, convirtiendo la experiencia en una actividad semi-guiada. Para la realización de este juego, se propone tener una lista de palabras sencillas, que el paciente pueda entender, y pedirle que las asocie con lo primero que se le ocurra sin pensar mucho la respuesta (por ejemplo: odontólogo, casa, jardín, mamá, colegio, amigos, papá, niño...). Según las respuestas obtenidas se podrán saber miedos o bloqueos hacia ciertas cosas que pueden hacer sospechar sobre su situación en los ámbitos donde se desenvuelve, así como también si ha tenido malas experiencias odontológicas o si le han inculcado ideas equivocadas sobre el tratamiento odontológico (que le van a hacer daño, entre otras).

Análisis del Dibujo Infantil y su interpretación

Muchas veces a los pacientes, sobre todo si son maltratados, les cuesta expresarse cuando se les pregunta ¿cómo está? Muy poco se logra cuando el paciente se encuentra bloqueado y no quiere dar explicaciones de cómo se encuentra, siendo clave para la adaptación, pues la comunicación y el rapport con el paciente es lo más importante. Uno de los métodos más eficaces que brinda el psicoanálisis a los odontopediatras es el dibujo infantil como técnica proyectiva, ya que permite al niño expresar una visión auténtica de su mundo ⁴¹. Es sorprendente como los niños son capaces de expresar en un papel sus emociones u opiniones.

No existe un catálogo de símbolos para la interpretación de los dibujos, pero sí se pueden detectar determinados elementos que han sido estudiados a través de muchos casos que pueden ser verdaderas claves para la interpretación del dibujo ⁴². Para lograr un análisis preciso se requieren años de estudio de psicología, pero aunque los odontopediatras no sean psicólogos, su preparación sobre el tema les pueden ayudar a descifrar ciertas de esas claves que les permitan comprender actitudes incongruentes de esos pacientes que no saben expresarse. El fin de la aplicación de esta técnica es ayudar al paciente y al odontopediatra a comprender los mensajes del inconsciente del niño para estar más conscientes de ellos y así entender lo que le ocurre al niño cuando no se logra adaptar.

El dibujo es una de las formas de la actividad creadora del niño que surge de manera espontánea y se manifiesta por primera vez alrededor de los tres años en forma de garabateo para ir evolucionando hasta los dibujos más completos y elaborados; decreciendo al llegar la adolescencia. Esta

evolución se repite en gran parte de los niños que han sido observados a través del trabajo psicoanalítico ⁴². Esta técnica puede ser aplicada en el momento que llega por primera vez el niño a la consulta mientras se le hacen las respectivas preguntas de la Historia Clínica al representante, también cuando no logramos conseguir una buena comunicación con el paciente. Además, la realización de dibujo, ayuda al niño a sentirse más cómodo y en confianza, ya que hacer dibujos es una actividad agradable.

Según muchos expertos en la materia, a la hora de interpretar un dibujo se deben tener en cuenta muchos factores como el contexto del dibujante, su situación familiar, social; su historia personal, entre otros. Lo más importante es que se debe tener presente que un dibujo puede aclarar muchas cosas, pero no va a dar la solución total y completa de un problema, porque no lo va a definir todo ⁴².

Antes de describir la manera cómo se puede interpretar un dibujo es importante conocer cuáles son las etapas cronológicas del dibujo, porque con ellas podemos evidenciar si existe algún tipo de retardo en el paciente atendido. Entonces, de manera cronológica, con respecto a las etapas del dibujo infantil se pueden observar las siguientes ⁴²:

- *Garabateo Descontrolado*: Suele darse hacia los 2 años o 2 años y medio. Los primeros trazos no tienen sentido, y el niño parece no darse cuenta de qué podría hacer con ellos. Los trazos varían en longitud y dirección; y a menudo el niño mira hacia otro lado mientras hace estos trazos y continúa garabateando. La calidad de las líneas varía, pero esto ocurre de manera accidental. El niño emplea diversos métodos para sostener el lápiz donde no emplea todavía los dedos o

la muñeca para controlar el elemento que dibuja. En esta etapa los garabatos no son intentos de reproducir el medio visual circundante, tienen como base el desarrollo físico y psicológico y no la intención de representar algo. El hecho de trazar líneas les resulta a los niños sumamente agradable, ya que disfrutan del movimiento. Es más una actividad física que cualquier otra cosa. (Fig. 1 A).

- *Garabateo Controlado*: En cierto momento el niño descubre que hay vinculación entre sus movimientos y los trazos que ejecuta en el papel. Esto suele ocurrir unos seis meses después que ha comenzado a garabatear, es un paso muy importante, porque el niño descubre el control visual sobre los trazos que ejecuta, representando una experiencia vital para él. En esta etapa los niños se dedican al garabateo con mayor entusiasmo, debido a que coordinan su desarrollo visual y motor, lo que lo estimula e induce a variar sus movimientos. Esta etapa llega hasta los tres años aproximadamente, y el niño va emergiendo en preferencias manuales, iniciándose la verdadera integración visual y motora, la cual no se completará hasta llegar a las primeras etapas de la adolescencia. (Fig. 1 B).
- *Garabateo con Nombre*: Esta nueva etapa es de mucha importancia en el desarrollo del niño, debido a que los niños comienzan a dar nombres a sus garabatos ("Esta es mi mamá", "Este soy yo corriendo", etc.), aunque en el dibujo no se pueda reconocer a nadie. Esto indica que el pensamiento del niño ha cambiado, pues conecta los movimientos realizados para el dibujo con el mundo circundante. Esta etapa tiene lugar alrededor de los tres años y medio, y marca el cambio del pensamiento quinesésico (de movimiento) al pensamiento imaginativo (da sentido a sus dibujos). En este momento el niño desarrolla una base para la retención visual. La cantidad de tiempo que un niño le dedicará al dibujo, en esta etapa, aumentará y los garabatos serán mucho más diferenciados. Los trazos pueden estar

bien distribuidos por toda la página y a veces estarán acompañados por una descripción verbal de lo que está haciendo. Esta conversación muchas veces no va dirigida a nadie en particular, sino que será una comunicación con el propio yo. En algunas ocasiones, el niño anuncia lo que va a hacer, en otras el dibujo es el resultado de las primeras exploraciones en el papel. Es importante escuchar lo que narra el niño, porque pueden comunicar cosas relevantes a su estado actual. (Fig. 1 C).

- *Dibujos Pre-esquemáticos:* Se considera que los dibujos de los niños/as entre 4 y 7 años de edad, como resultado de la evolución de un conjunto definido de líneas hacia una configuración representativa definida, pertenecen a esta etapa. Los movimientos circulares y longitudinales evolucionan hacia formas reconocibles, y estos intentos de representación provienen directamente de las etapas del garabateo. Generalmente, el primer símbolo logrado es un hombre.
 - *Entre tres y cuatro años:* el niño va depurando sus dibujos. La figura humana evoluciona de un simple humanoide (monigote) con piernas y cabeza, a una figura más completa en la que ya se han incorporado el cuerpo y los brazos. La cabeza con frecuencia aparece muy grande al igual que los ojos. En los niños más detallistas puede que también se incorpore el pelo como un elemento más⁴³. (Fig. 1 D y E)
 - *A los cinco años:* las diferentes estructuras cognitivas han ido madurando y el dibujo es una más de las facetas en el que el niño ha progresado. Ahora la figura humana es perfectamente identificable y presenta la mayoría de los elementos principales: cabeza, cuerpo y extremidades superiores e inferiores. En la cara pueden observarse los ojos y la boca. La nariz y las orejas suelen tardar un poco más. La presencia del cabello es también habitual. Además aparece otro aspecto importante, la

diferenciación. Cuando se pintan varias figuras humanas, el niño es capaz de pintar en cada una de ellas rasgos diferenciales (más grande, más pequeño, con pelo, sin pelo, alegre, con algún objeto en la mano, etc.). Este detalle es importante dado que es un síntoma de creatividad y de capacidad de observación del entorno ⁴³. (Fig. 1 F)

- *De cinco a siete años*: el dibujo está consolidado. Sin embargo, el dibujo va a mantener un elemento común en todos los niños, su capacidad de ser una plataforma comunicativa, un escaparate donde se nos va a mostrar un compuesto de sensaciones y emociones, en otras palabras, el mundo interno del niño. Ahora, figuras humanas y objetos interactúan dentro del papel y el niño puede plasmarlas no tan sólo como formas individuales sino formando parte de una escenificación, de una situación concreta ⁴³. (Fig. 1 G)

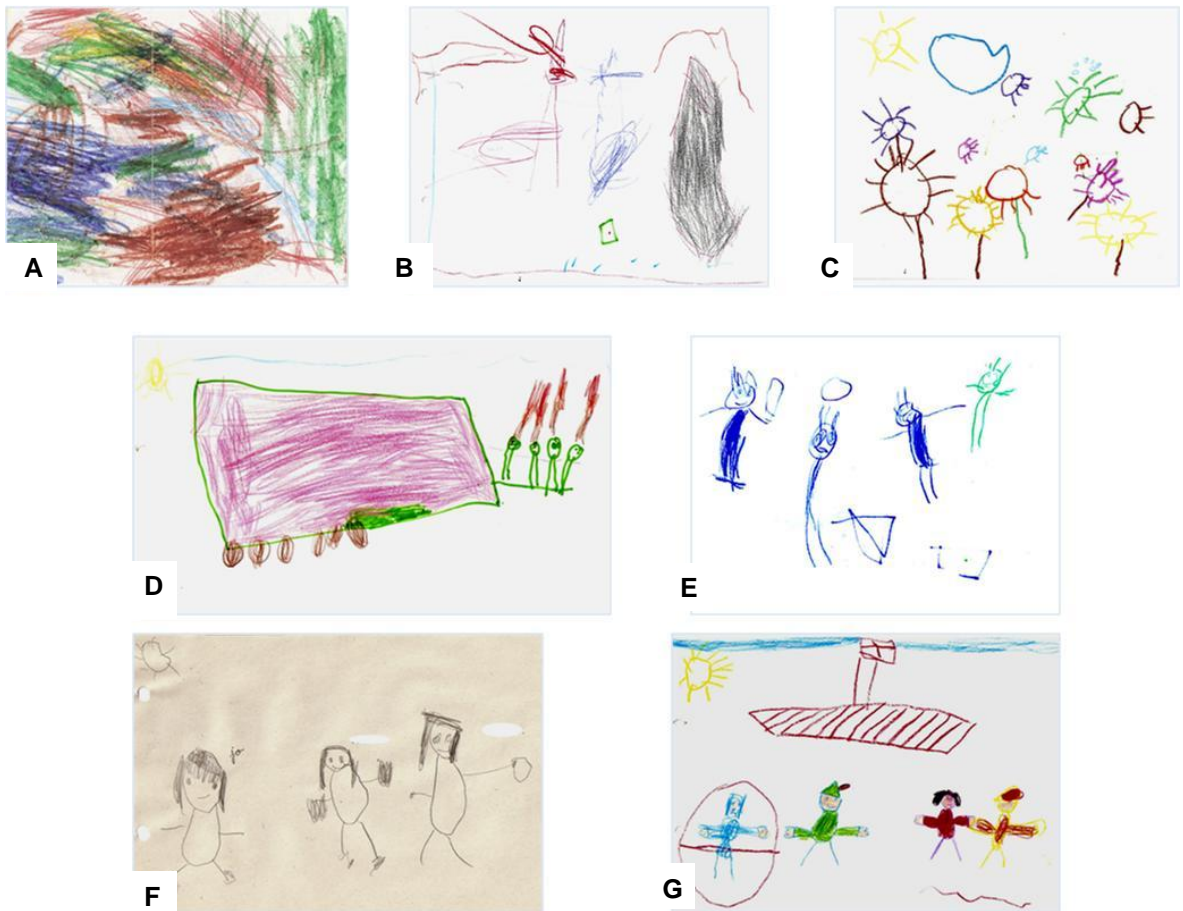


Fig. 1 El Dibujo Infantil y su significado ⁴³. (A) Garabato. (B) Garabato a los 2 años. (C) Garabato a los 2,5 años. (D) El detalle aumenta a los 3 años. (E) La figura humana se perfila entre los 3 y 4 años. (F) A los 5 años se consolida la forma. (G) Entre los 5 y 7 años el personaje entra en situación.

Para la interpretación de dibujos existen muchas pautas, a continuación se expondrán algunas de ellas, de modo que podamos tomar una idea referencial de cómo se puede comenzar a interpretar los dibujos infantiles ⁴²:

- *Posición del dibujo:*
 - En la parte superior se suelen relacionar los dibujos con el intelecto, la imaginación, los deseos por conocer y descubrir cosas nuevas. (Fig. 2 A)
 - Lo dibujado a la izquierda del formato suele estar relacionado con el pasado del niño. (Fig. 2 B)
 - Lo que el niño/a dibuja a la derecha está relacionado con el futuro y su forma de verlo.
 - En la parte de abajo se suelen representar las necesidades físicas y/o materiales del niño/a. (Fig. 2 C)
- *Las dimensiones del dibujo:*
 - Muestran la seguridad del niño/a (con dibujos de grandes dimensiones) o la falta de ella (dibujos pequeños), aunque éstos también pueden indicarnos que el niño/a necesita poco espacio para expresar sus sentimientos. (Fig. 2 B)
- *Según los trazos y su forma en el dibujo*
 - Se puede observar si los niños/as son más dóciles y de espíritu tranquilo (trazos continuos, sin cortes) o si son más inseguros e impulsivos (trazos que se cortan). (Fig. 2 D)
 - Comúnmente, los niños empiezan dibujando formas rectilíneas para progresivamente incorporar las formas onduladas. Una vez pasada la etapa de los primeros garabatos, las líneas rectas largas trazadas de esquina a esquina del papel, sobre todo las ascendentes, pueden ser indicadores de cierta agresividad hacia el exterior o falta de control de impulsos. Al contrario, los trazos con predominio de las formas onduladas o redondeadas son propias de niños con mayor control sobre sí mismos y quizás de mayor complicidad afectiva con las figuras de apego ⁴³. (Fig. 2 D)

- *La presión utilizada para realizar el dibujo:*
 - Indica la cantidad de entusiasmo y voluntad que el niño/a demuestra (a más presión más entusiasmo, pero también más agresividad)⁴². (Fig. 2 A y D)
- *Los colores*⁴³:

Color	Características Asociadas	Otros Detalles
Amarillo	Cuando este color predomina puede señalarnos la existencia de tensiones o situaciones de conflicto, normalmente en el entorno familiar (en especial el padre) . También es un color que inconscientemente nos indica cautela, precaución. (Fig. 2 D) (Fig. 3 B, D y E)	Si forma parte del dibujo, pero no predomina en él, puede interpretarse como energía, dinamismo, adaptación e incluso creatividad.
Azul	En general, el azul es un color que transmite calma, serenidad, sensibilidad, ausencia de impulsividad, entendimiento, capacidad para reflexionar. Es decir, cuando predomina este color puede ser interpretado como capacidad de control sobre uno mismo e inteligencia emocional. Algunos niños lo difuminan suavemente para crear el cielo o el mar (sensibilidad, afectividad). (Fig. 3 C y F)	Algunos autores afirman que un exceso de azul podría significar un indicio de enuresis. Es posible que algunos niños representen así, inconscientemente, su problema de incontinencia nocturna. (Fig. 3 A, B y D)
Marrón	Es un color fuerte que puede adquirir diferentes tonalidades y en base a ello, tener un significado diferente. El marrón normalmente se ve en troncos de los árboles, representando el “yo” (Fig. 3 C y E). Un predominio de este color puede significar la necesidad de tener “los pies sobre la tierra”, visión realista de las situaciones, prematura responsabilidad. También tendencias agresivas (justificadas como defensivas) si la tonalidad es muy oscura.	El marrón también puede indicar, según el contexto y configuración: seriedad, persistencia, prudencia e intolerancia.

<p>Negro</p>	<p>Es el color más fuerte y se asocia con diferentes patrones, muchas veces contradictorios entre ellos. Es utilizado tradicionalmente para representar duelo por pérdidas familiares, pero también supone un color muy apreciado en la moda actual para conseguir diseños elegantes y sofisticados. El predominio del negro en un dibujo indica una personalidad rebelde, emotiva, sufridora o también melancolía, pudor o necesidad de destacar sobre los demás (Fig. 3 F). Se debe destacar que para su interpretación debe efectuarse en base a las claves contextuales del dibujo, ya que puede tomar diferentes interpretaciones.</p>	<p>Si el dibujo presenta predominio del negro en combinación con el rojo, es probable que se trate de un niño impulsivo con poca paciencia, hiperactivo, con tendencias impulsivas y /o agresivas, especialmente si el dibujo va acompañado de un trazo irregular, anguloso y fuerte. (Fig. 3 B)</p>
<p>Rojo</p>	<p>Es uno de los colores preferido de los niños. Su significado está casi siempre asociado a la vitalidad, energía, valor, pasión, excitación y, en general, a todas las emociones humanas. Si su presencia, combinada con otros colores, es de forma equilibrada es una muestra de emociones controladas. Cuando predomina suele indicarnos ambición, falta de autocontrol, gusto por el riesgo, irracionalidad, sexualidad prematura (según edad), entre otros. (Fig. 2 D) (Fig. 3 A, B y D)</p>	<p>Un rojo muy fuerte, dominante en el dibujo, acompañado de trazos angulosos y de poca definición podría señalar: hostilidad, agresividad, transgresión de las normas e incluso violencia. (Fig. 3 A y B)</p>
<p>Rosado</p>	<p>Asociado tradicionalmente al mundo femenino, pero también suele estar muy presente en los niños pequeños. Se asocia a sensibilidad, afectividad y gusto por las actividades tranquilas. Un exceso de este color puede señalar necesidad de desconexión de la realidad (a partir de los 7 u 8 años de edad, preferentemente en varones) (Fig. 3 C)</p>	

Verde	Es un color principalmente positivo que se asocia a tranquilidad, reposo, esperanza, gusto por la naturaleza y sensibilidad. Éste puede tomar diferentes tonalidades desde el verde más claro (sosiego, sensibilidad) al más fuerte (decisión, esperanza). (Fig. 3 C y F)	El predominio de este color o su utilización en elementos que no corresponden (como en el agua, cielo, etc.) señala rebeldía, inconformidad, poca tolerancia, o desajuste personal o emocional
Violeta	Se puede definir como el color más espiritual de la gama. Su significado se asocia básicamente a una personalidad idealista en el que predominan unos principios éticos, religiosos, morales o de otro tipo. También supone una expresión inconsciente de deseo, dominio de las pasiones e incluso melancolía o tristeza. En niños no es muy común encontrarlo como color predominante.	Un predominio de este color se relaciona con patrones educativos, por parte de los padres, excesivamente rígidos e intolerantes, creando en el niño temores al no verse capaz de lograr satisfacer las metas de sus progenitores.

Tabla 5. Significado de los colores en los dibujos ⁴³.



A



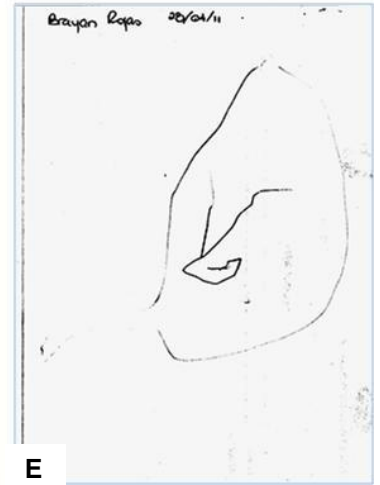
B



C



D



E

Fig. 2 Dibujos realizados por pacientes con maltrato infantil que acudieron a la consulta del Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela. (A), (B), (C), (D) y (E).



Fig. 3. Dibujos que nos ayudan a entender el significado de los colores. (A) Posible entorno desestructurado. (B) Impulsividad contenida. (C) Sensibilidad y afectividad. (D) Deseos. (E) Determinación, impulsividad, generosidad. (F) Tranquilidad, inseguridad, detallista ⁴³.

Además de estas pautas se ha señalado que hay rasgos psicológicos en los dibujos como indicadores gráficos. Éstos pueden ser interpretados de la siguiente manera, siempre y cuando se mantenga en mente que esta exposición pretende ser aproximativa. No deben en todo caso, interpretarse las asociaciones de determinadas características con evidencias ciertas de la presencia de determinadas conductas o patrones emocionales. Los datos obedecen a probabilidades estadísticas, no a hechos con seguridad absoluta. Es decir, se trata sólo de pistas que pueden orientar a una evaluación más objetiva y especializada en los ámbitos que se consideren relevantes ⁴³.

Indicadores gráficos	Rasgos Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de dientes muy destacados. • Brazos largos con manos cerradas. • Garras en lugar de dedos. • Formas con trazos rectos muy alargados y en sentido ascendente. • Marcada asimetría de las extremidades cuando se representan personas. • Dibujo de números, letras, signos u objetos repetidos siguiendo una progresión ascendente en su tamaño. 	<p>Agresividad o Desobediencia (Fig. 2 A)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los temores infantiles se manifiestan en el dibujo mediante un grafismo reducido, indeciso, pequeño, simple en su forma. • En ocasiones, el niño puede preferir dibujarse dentro de una casa, vehículo, etc. que le proporcione cobijo frente al mundo externo y sus fantasmas. • Poca expresividad en las caras. • Si el temor es hacia alguna persona en concreto, la representará con brazos cortos o sin ellos. • La presencia de ansiedad puede reflejarse también en el sombreado de la cara (parcial o total) siendo muy significativo entre los 5 y 12 años. 	<p>Ansiedad o Temor (Fig. 2 A)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dibujos bien proporcionados enriquecidos con algunos detalles. • Las caras suelen representarse con grandes ojos, hay expresión, el cuello suele estar presente. • El dibujo está bastante centrado y ocupa buena parte del papel. • Brazos abiertos y piernas bien definidas. • Caras sonrientes, elementos extra como pequeños animales (caracoles, mariposas...). 	<p>Motivación para el aprendizaje y la escuela</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza grande, formas exageradas. • Si se trata de un dibujo de familia o de varias personas, el niño se dibuja primero y aparece notablemente más grande que los demás. 	<p>Egocentrismo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El dibujo se realiza siempre con un método muy similar, siguiendo una misma rutina un mismo tema o colores. • Es un dibujo elaborado que crea mucha ansiedad al niño si se equivoca o cree que no le ha quedado bien. • Necesidad de borrar con frecuencia. • Trazos simples muy repetitivos pueden estar asociados a discapacidad mental. 	<p>Comportamientos y pensamientos obsesivos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Brazos y manos pequeñas y/o pegados al cuerpo. • Piernas delgadas o inestables. • Trazo irregular, inseguro, fallos con rectificaciones frecuentes. • Figuras comprimidas o pequeñas. • Inclinación de la figura en 15° o más. 	Inseguridad (Fig. 2 B)
<ul style="list-style-type: none"> • Figuras bien contorneadas. • Riqueza de detalles. • Los personajes aparecen con el rostro expresivo y con todos los elementos. • Cabello bien definido. • Si se utiliza el color se ha rellenado gran parte del dibujo. • Trazo pausado poco impulsivo. • Buena atención. 	Perseverancia
<ul style="list-style-type: none"> • Dibujo desorganizado. • Normalmente a mayor déficit atencional menor capacidad para estructurar un dibujo global. • El niño preferirá dibujar pequeños objetos inconexos de diferentes temáticas y formas. • Poca definición, pobreza de detalles. • Objetos irreales o muy distorsionados. • Cuando coinciden déficit atencional e impulsividad el dibujo pasa a ser más una descarga de tensión que una actividad placentera. • El niño dibujará sólo elementos de su interés y tenderá a ocupar todo el espacio del papel con pocas formas mal dispuestas. 	Déficit Atencional e Impulsividad (Fig. 2 B)
<ul style="list-style-type: none"> • La lateralidad cruzada se manifestará por la presencia de figuras, letras o números en forma invertida (como reflejadas en espejo). • El trazo del dibujo será irregular con formas distorsionadas. 	Lateralidad Cruzada
<ul style="list-style-type: none"> • Simetría en el dibujo. • Formas onduladas, bien proporcionadas. • Si el dibujo está coloreado no se traspasan los límites del contorno. 	Autocontrol
<ul style="list-style-type: none"> • Buena organización del espacio. • Brazos y manos abiertos. • Tamaño de la figura grande. • El dibujo suele ocupar casi todo el espacio del papel con una distribución adecuada. 	Autoestima

<ul style="list-style-type: none"> • Expresión positiva en las caras cuando aparecen varias figuras. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Brazos pegados al cuerpo, expresión neutra o triste. • La figura puede mostrarse indistintamente (según como lo vive el niño) grande o pequeña. • Grande cuando se vive la situación como agresión hacia uno mismo y hay que responder o plantar cara. • Pequeña cuando el sentimiento es de indefensión, temor o incapacidad. 	Problema de relación social o con sus iguales (Fig. 2 A y B)
<ul style="list-style-type: none"> • El rasgo fundamental es la pobreza y poca variabilidad de los detalles. • Dependiendo del nivel cognitivo el niño, éste puede efectuar el dibujo de una figura humana pero será incapaz de introducir variaciones significativas para distinguir, por ejemplo, un hombre de una mujer. • Asimetría en las extremidades y/o poca integración de las partes. 	Discapacidad Mental (Fig. 2 A)

Tabla 6. Rasgos Psicológicos observados en los dibujos a través de Indicadores Gráficos ⁴³.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

❖ NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación Descriptiva: Fidias Arias lo define como: “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o suposición para establecer su estructura o comportamiento” ⁴⁴. En este trabajo se describirán las características de un niño maltratado, para su conocimiento y entendimiento por parte de los odontólogos que atienden a pacientes infantiles. Además se describirán las técnicas necesarias para su adaptación a la consulta.

Investigación Explicativa: ya que se encarga de buscar el por qué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto ⁴⁴. Se explicarán las causas del comportamiento de pacientes maltratados durante la consulta odontológica y se explicará la importancia de conocer dichas características para el manejo adecuado de los mismos.

❖ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

“El diseño de investigación es la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado.” (Fidias Arias) ⁴⁴

Investigación Documental: es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos. En este trabajo se recolectará información actual sobre el maltrato infantil y sus características, así como también sobre las técnicas de adaptación existentes, para que los odontólogos las conozcan a profundidad,

sepan reconocer las características y aplicar las técnicas en sus pacientes
44,45 .

Investigación de Campo: consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna. A través la presentación de casos, serán descritas las técnicas utilizadas para la adaptación de estos pacientes a la consulta odontológica ⁴⁴.

❖ POBLACIÓN Y MUESTRA

Según Morales, citado por Arias, la población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan; elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación ⁴⁴. En este trabajo la población es representada por aquellos niños que han sido maltratados, cuya adaptación en la consulta odontológica se vio afectada por esta condición. Se utilizará el censo de pacientes que acudieron al Postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV durante el periodo 2009-2011.

Criterios de Inclusión:

- Los pacientes atendidos no deben sobrepasar los 12 años de edad.
- Antecedentes o sospechas de que el paciente haya sido maltratado.
- Dificultad para la adaptación durante la consulta clínica.

- Historia clínica de los pacientes hecha adecuadamente indicando las técnicas utilizadas para la adaptación de los pacientes.
- Consentimiento informado de la historia clínica integral y sobre la investigación a realizar (Tabla 9.)

Limitaciones

En nuestra sociedad, el maltrato físico es un tema muy delicado; un tema tabú que debe ser llevado de una manera muy sutil, sobre todo porque los afectados son pacientes infantiles. También muchos pacientes que acuden a la consulta odontológica por traumatismos o lesiones en cara y cuello acuden por emergencia y la mayoría de las veces una vez resuelta la dicha emergencia no vuelven a la consulta, lo que imposibilita reunir los criterios para sospechar de maltrato infantil. Además, los padres o tutores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Si los odontólogos no toman estas precauciones se consideraría como limitante.

❖ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información se realizó una revisión bibliográfica donde utilizó la mayoría de la información publicada que pudo ser accesada. Además, para la presentación de los casos se expondrán las características de los pacientes afectados, guardando su confidencialidad. El reporte del caso constará de:

- Nombre (Iniciales solamente)
- Edad

- Procedencia y estrato social
- Antecedentes Médicos
- Antecedentes Odontológicos
- Características Extraorales (fotografías)
- Características Intraorales Iniciales (fotografías)
- Características Conductuales Iniciales (pre-tratamiento odontológico)
- Técnicas de adaptación utilizadas para la realización del tratamiento odontológico.
- Características Finales (fotografías)
 - Físicas
 - Psicológicas

❖ OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variables	Dimensión	Indicadores	Sub-indicadores
Describir casos clínicos de pacientes con Maltrato Infantil	Maltrato Infantil	Epidemiológica Social y Asistencial	Sociales Psicológicos Odontológicos	Edad, sexo, nivel socio-económico familiar Características (signos y síntomas) Características (signos y síntomas)
Analizar técnicas de adaptación utilizadas en la consulta odontológica	Técnicas para la adaptación de pacientes con Maltrato Infantil	Psicológica	Conductismo Gestalt Psicoanálisis	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar, mantener y reducir ó eliminar conductas • Aceptación, el aquí y el ahora. Consciencia y corrección, centrarse en el problema y sus soluciones • Introspección, asociación libre

Tabla 7. Cuadro con Objetivos, variables, sus dimensiones, indicadores y sub-indicadores

Nombre de la variable	Tipo de la variable	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Maltrato Infantil	Dependiente	<p>Sociales</p> <p>a) Edad b) Sexo c) Nivel socio-económico familiar</p> <p>Psicológicos</p> <p>a) Signos b) Síntomas</p> <p>Odontológico</p> <p>s</p> <p>a) Signos b) Síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal • Nominal • Ordinal • Nominal • Nominal 	Caso clínico
Técnicas para la adaptación de pacientes con Maltrato Infantil	Independiente	<p>Conductismo</p> <p>a) Signos b) Síntomas</p> <p>Gestalt</p> <p>a) Signos b) Síntomas</p> <p>Psicoanálisis</p> <p>a) Signos b) Síntomas</p>	Nominal	Caso clínico

Tabla 8. Cuadro con el nombre y tipo de la variable, definición operacional, escala de medición y fuente de información

❖ PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez expuesto los casos se podrá evidenciar si las características físicas y conductuales corresponden con las características descritas en la bibliografía y cuáles fueron las técnicas utilizadas para la adaptación de los niños a la consulta. Además, se podrán conocer otros tipos de técnicas desde otros puntos de vistas psicológicas que servirán como herramientas para la adaptación de estos niños a la consulta.

❖ CRONOGRAMA Y RECURSOS

Para llevar a cabo este proyecto se deberá contar con la participación de los niños que acudieron a la Facultad de Odontología de la UCV con las características necesarias para su inclusión en investigación. Se necesitarán:

- Lápiz, bolígrafo y bicolor para las anotaciones pertinentes de la historia clínica y el odontodiagrama de cada paciente.
- Cámara fotográfica para la documentación de cualquier lesión física que presente el paciente.
- Historias clínicas de cada paciente para obtener los datos necesarios para el reportaje de los casos.

Cronograma

- 1ra semana: Recolección de información del paciente para el reporte de caso y de la información bibliográfica para el desarrollo del marco teórico de la investigación.
- 2da semana: Realización de casos clínicos.
- 3ra a 5ta semana: Desarrollo de Marco Teórico y sus antecedentes
- 6ta semana: Análisis de resultados.
- 7ta semana: Conclusiones.

❖ PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para la recolección de los datos suministrados para esta investigación se utilizaron los datos, suministrados por los representantes de los pacientes, de las historias clínicas respectivas a cada paciente, tomándose en cuenta de que dicha información no puede ser quebrantada debido a su importancia como documento médico legal. También, para el resguardo de la confidencialidad de cada participante se elaboró un consentimiento informado, el cual se propone para la explicación, de manera completa y

entendible a los padres, del propósito de esta investigación. Dentro de la información que presenta dicho consentimiento, se les participa a los representantes que se mantiene completa discreción y confidencialidad de los casos, también explican los riesgos y beneficios al participar dentro de esta investigación, asimismo de las ventajas del tratamiento recibido (Tabla 9.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN ADAPTACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME “NIÑO MALTRATADO”. REPORTE DE CASOS.

Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cédula de identidad No _____, domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la para la realización del trabajo de investigación con el título de: Adaptación de pacientes con Síndrome “Niño Maltratado”. Reporte de casos, se utilizará la información proporcionada en las historias clínicas de los pacientes afectados, así como también sus fotografías guardando su confidencialidad, resguardando la identidad, para la ilustración de los mismos. Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos de la investigación, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas de la investigación, beneficios, así como los cambios conductuales positivos y mejoramiento en la adaptación del paciente. Participar en la investigación conlleva sólo riesgos mínimos considerados como la probabilidad y la magnitud de daño o molestia anticipada en el protocolo propuesto no son mayores que los que puedan ocurrir en la vida diaria o durante la realización de un examen físico o psicológico de rutina, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante la investigación, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. La participación en este estudio no contempla compensaciones ni indemnizaciones. El paciente debe acudir a las citas pautadas por el odontólogo para la investigación. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos serán presupuestados con los precios actuales como lo establezca la institución; están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. Estoy consciente que los resultados de esta investigación pueden ser utilizados para futuras investigaciones (resguardando la confidencialidad e identidad del niño), así como para la defensas de tesis, actividades científicas, entre otros. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES _____ o NO CONSIENTO _____, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Nombre del representante legal: _____

CI: _____ Parentesco: _____ Firma: _____ Nombre

del profesional: _____ Firma: _____ Nombre del

testigo: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____

Tabla 9. Consentimiento Informado para participar en la investigación Adaptación de pacientes con síndrome “niño maltratado”. Reporte de casos.

REPORTE DE CASOS

❖ CASO 1

Datos Personales

- Nombres y apellidos: D. A. P. Q
- Lugar y fecha de nacimiento: Caracas, 22-02-2005
- Nivel Socioeconómico: Graffar III
- Edad con la que se inició el Tratamiento: 3 años 11 meses
- Representante: M.Q.
- Edad: 32 años
- Profesión: Comerciante

Motivo de consulta

- “Para curar caries del biberón”

Antecedentes Familiares

Antecedentes Médicos:

- Por parte de los familiares de la rama materna:
 - Madre: Estética
 - Abuelo: VIH (fallecido)
 - Abuela: Alergias a los detergentes (dermatitis por contacto)
- Por parte de los familiares de la rama paterna:
 - Padre: aparentemente sano
 - Abuelo: Osteoporosis (vive)
 - Abuela: Hipertensión controlada

Antecedentes Odontológicos:

- Madre refiere que todos los familiares han tenido caries; abuelo paterno portador de prótesis dental debido a exodoncias. Madre está bajo tratamiento ortodóntico.

Antecedentes Personales

- *Complicaciones en el embarazo:* Madre refiere que a los 5 meses de embarazo tuvo pérdida de líquido amniótico, placenta previa, sangramiento, por lo cual le indicaron reposo absoluto, hormonas y corticoesteroides para la maduración de los pulmones.
- *Complicaciones postnatales:* Parto número 2, el cual fue pretermino (33 semanas). La paciente tenía el cordón umbilical enredado, por lo que tuvo disnea y fue hospitalizada en incubadora por 8 días, además sufrió de ictericia. Durante la anamnesis la madre confiesa de que este parto no fue deseado. Durante la búsqueda del primer bebé a la madre le costó mucho concebir, debido a ello acudió donde un especialista que la puso bajo tratamiento hormonal; quedó embarazada del primer niño, el cual fue un embarazo de riesgo por lo cual siguió el tratamiento. Una vez nacido el bebé, la madre no se cuidó y quedó embarazada del segundo bebé (paciente reportado), no era lo programado, lo cual creó el rechazo hacia la paciente y depresión en la madre.
- La paciente es una niña aparentemente sana, que tiene sus vacunas al día, pero la madre refiere que tiene dificultad para evacuar, ha padecido de dermatitis por contacto al tocar detergentes; asistió a consulta médica en los últimos 6 meses debido a amigdalitis. Madre refiere que en dos episodios la paciente había convulsionado, la primera debido a presentar un cuadro febril de una temperatura muy alta, alrededor de los 2 años, luego en el 2006, para el 31 de

diciembre, al escuchar una explosión de fuego artificial presentó un ataque convulsivo, por lo cual le realizaron exámenes neurológicos para determinar la causa. Los resultados de las pruebas fueron normales, por lo que la madre refiere haber sido por el susto y no por algún problema neurológico. Igual se mantenía en contacto con el neurólogo por si presentaba alguna otra eventualidad.

Historia Odontológica

- La edad de la erupción de los dientes primarios fue a los 8 meses.
- El paciente no ha tenido traumatismos dentarios
- Madre refiere no ser la primera vez en el odontólogo, cuyo comportamiento observado ha sido regular.
- Madre refiere que el familiar que esté presente le cepilla los dientes.

Hábitos Parafuncionales

- Protrusión lingual

Características Físicas Iniciales

- **Extraorales**
 - *Frente:* La forma de la cara es ovalada. Las orejas presentan una inserción normal con respecto al plano bipupilar. Al evaluar la simetría, en reposo se observa un rostro simétrico. En cuanto a la regla de los quintos faciales, se encuentran bastante armónicos. El ancho nasal no corresponde con la distancia entre los cantos internos oculares, es una nariz de tamaño mediana. Al evaluar el balance todos los tercios se ven simétricos. (Fig. 4 A)

- *Sonrisa*: Se puede observar una sonrisa invertida, exponiendo solo los dientes inferiores de canino a canino, de lado a lado. (Fig. 4 B)
- *Perfil*: Convexo a nivel de los tejidos blandos. (Fig. 4 C)

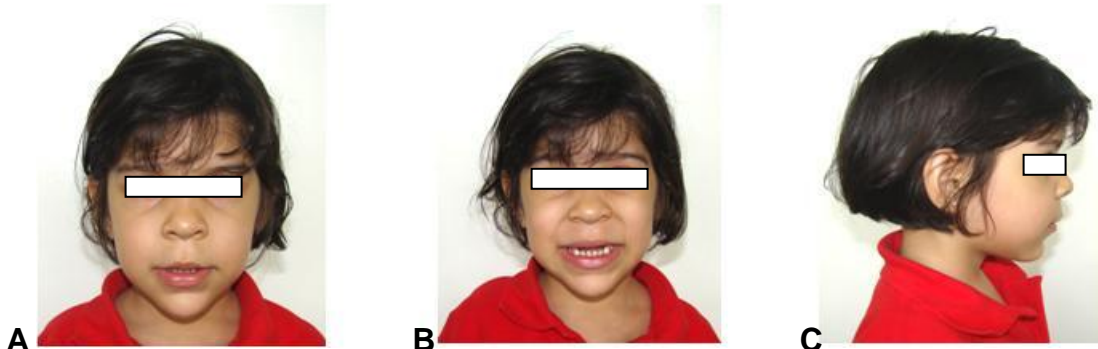


Fig. 4. Fotografías Extraorales Iniciales del 21/ 1/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil.
Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

- **Intraorales**

- *Frente*: (Fig. 5 A) Fig. 5 Fotografías Intraorales Iniciales del 16/ 1/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior.
Fotos: Postgrado de Odontología Infantil
 - Mordida abierta anterior debido a la pérdida de la corona clínica de los antero-superiores.
 - Manchas blancas en caninos e incisivos inferiores.
 - Línea media normal.
- *Lateral Derecha*: (Fig. 5 B)
 - Relación Molar Primaria: Escalón Mesial
 - Relación Canina Primaria: Normoclusión
- *Lateral Izquierda*: (Fig. 5 C)
 - Relación Molar Primaria: Escalón Mesial
 - Relación Canina Primaria: Normoclusión

- Superior: (Fig. 5 D)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 55 (o), 54 (o), 64 (o), 65 (o).
 - Restos radiculares de 52, 51, 61, 62
- Inferior: (Fig. 5 E)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 85 (o), 84 (mod), 82 (l), 74 (mod), 75 (o).

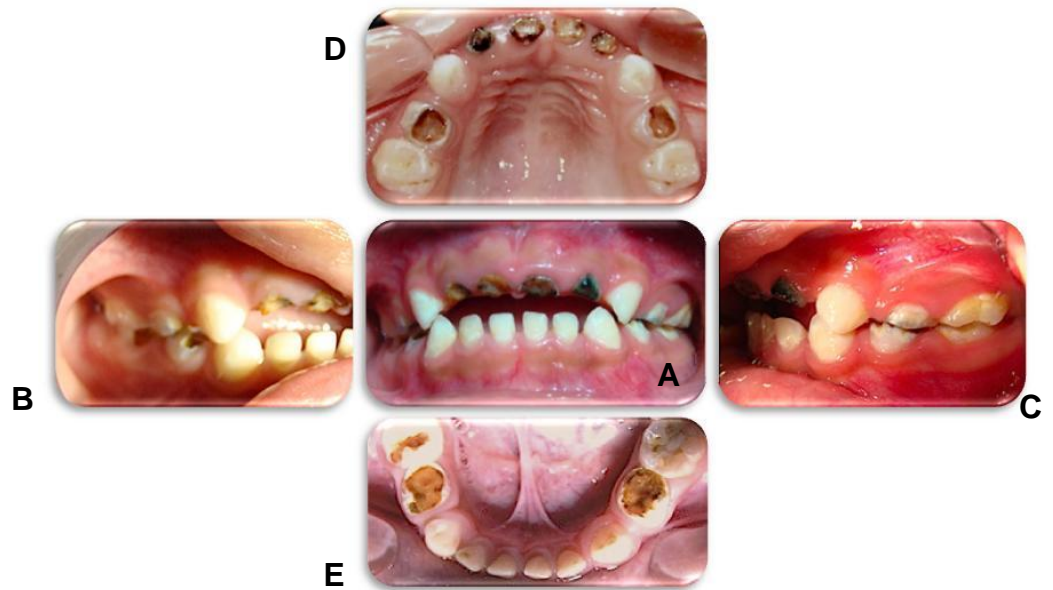


Fig. 5 Fotografías Intraorales Iniciales del 16/ 1/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

Estudio radiográfico Inicial

- *Coronal Derecha*: Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en oclusal del 54, 85, y ocluso-distal del 84. (Fig. 6 A)

- *Coronal Izquierda:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en oclusal del 64, 75, y ocluso-distal del 74. (Fig. 6 B)
- *Oclusal Superior:* Se observa pérdida de sustancia calcificada compatible con caries en los incisivos superiores con compromiso pulpar, donde también se puede evidenciar pérdida de la corona clínica, así como la reabsorción atípica externa e interna de los mismos, con presencia de imágenes apicales. Se observan imágenes radiopacas compatibles con los gérmenes de los permanentes superiores (centrales y laterales). (Fig. 6 C)
- *Oclusal Inferior:* Se observan imágenes radiopacas compatibles con estructuras las dentarias de los incisivos inferiores, así como la presencia de los gérmenes de los dientes permanentes. (Fig. 6 D)

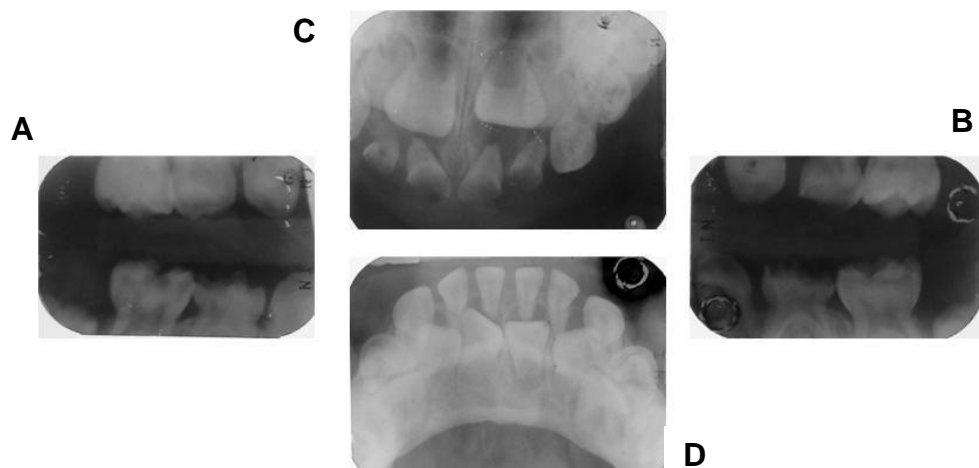


Fig. 6 Radiografías Iniciales del 16/ 1/ 09. (A) Lateral derecha. (B) Lateral izquierda. (C) Superior. (D) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

Diagnóstico

Diagnóstico Médico:

- Paciente aparentemente sano.

Diagnóstico Odontológico:

- Gingivitis leve asociada a placa dental.
- Mancas blancas: 53, 63, 73, 83.
- Caries simple: 55, 65, 82, 72, 81, 71.
- Caries negligente: 54, 64, 75, 74, 84, 85.
- Restos radiculares: 51, 52, 61, 62.
- Alteraciones pulpares:
 - Patología pulpar grado III: 75, 54, 64, 74, 84, 85
 - Patología pulpar grado V: 51, 52, 61, 62.
- Diagnóstico dentario: Neutroclusión, mordida abierta anterior, protrusión de incisivos inferiores.
- Hábitos: deglución atípica por protrusión lingual.

Características Psicológicas Iniciales

Paciente de 3 años y 11 meses de edad se presenta a consulta odontológica, en la sala clínica del Postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV, en el mes de enero de 2009, para el tratamiento de caries rampante. Al llegar a la consulta se pudo observar a una niña retraída, tímida, que entró agarrada de la mano de su mamá, no muy convencida de dónde estaba. En el momento que se le indica que se suba a la silla odontológica, se pone un poco aprehensiva. Al momento en que se logra subir se aplica la técnica Decir, Mostrar y hacer para presentarle todos los instrumentos y explicarle los procedimientos que serán realizados ese día. Una vez adaptada, al colocar el eyector en boca, la paciente se asusta por lo

cual se desadapta de tal manera que se convierte en una niña muy agresiva, dando patadas, gritando sin parar; gritaba: “no te quiero, eres mala, eres fea”. Una reacción fuera de lugar para lo que realmente estaba ocurriendo.

Se negoció con la niña para poder seguir trabajando y se le indicó que eso no le haría daño, además que se trató con mucho cariño. En las citas sucesivas persistieron las mismas actitudes negativa, desadaptándose de manera que se hacía muy difícil llevar a cabo cualquier tratamiento. En una de las citas, mientras se arreglaba todo para el tratamiento previsto, se le indica a la niña que realice un dibujo libre (ver anexo), donde se pudo observar un dibujo en forma de llamas amarillas con rojo, se le preguntó qué estaba dibujando, a lo que ella respondió que era fuego, era ella quemando su casa. Durante la realización del dibujo se le preguntó que por qué no pintaba una flor (algo menos agresivo), contestó que no, ya que las flores eran feas, ella no se veía representada en una flor porque ella era fea. Dejando en evidencia su baja autoestima.

En vista de que la actitud de la niña no concordaba con los estímulos recibidos, se le pregunta a la madre, si en casa, habían problemas entre los familiares. La madre solo responde que ella es tímida, no da mucho detalle. En otra cita sucesiva, el tío paterno comienza a llevar a la niña, en vista de que la actitud de ella no mejoraba, se le preguntó al tío si sabía de alguna situación irregular en el colegio de la niña o entre los familiares, fue allí cuando nos cuenta que los niños pasaban mucho tiempo solos en casa sin supervisión, niños de 5 y 3 años solos por largos periodos de tiempo, además que entre los padres habían peleas muy agresivas frente a los niños. Cabe destacar que la paciente se portaba mejor con el tío presente que con la madre, ya que con ella manipulaba mucho más la situación.

En una oportunidad la paciente se presentó a consulta con un hematoma en comisura labial del lado derecho y otro en la pantorrilla de la pierna, a la cual se le preguntó a qué se debían esos golpes, quien respondió que había sido su hermanito, deducimos que el hermanito imita la actitud de los padres y en vista de que no tienen supervisión, cualquier cosa entre ellos puede pasar. Por otro lado, la apariencia física de la niña es de varoncito, con ojeras marcadas, cara inexpresiva, retraída y poco sonriente, ya que no le gustaba mostrar sus dientes careados.

Todas estas actitudes, incongruencias entre los relatos de la madre y lo que nos comunicaba el tío; el hecho de que la paciente fue rechazada desde la concepción, las características cognitivas, emocionales y conductuales, nos llevaron a pensar de que algo más estaba ocurriendo en la niña que no estaba dando pie a su normal desarrollo para la edad que tiene. Ya que otros niños de la misma edad, quizás unos más rápidos que otros, pueden ser completamente adaptados a la consulta odontológica. Se sospecha entonces de maltrato psicológico, físico, verbal y de negligencia hacia la paciente por parte de padres y hermano.

**Cuadro Resumen de las Características Iniciales. Instrumento creado
por la Prof. María J. Ferro de Farisato**

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS PRESENTES	
Taquicardia	X
Palpitaciones	X
Opresión en el pecho	X
Temblores	
Falta de aire	X
Sudoración	X
Molestias digestivas	
Náuseas	X
Vómitos	
“Nudo” en el estómago	
Tensión y rigidez muscular	X
Cansancio	X
Hormigueo	
Sensación de mareo e inestabilidad	

Tabla 10. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes

SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	
Inquietud	X
Agobio	X
Sensación de amenaza o peligro	X
Ganas de huir o atacar	X
Inseguridad	X
Sensación de vacío	
Sensación de extrañeza o despersonalización	X
Temor a perder el control	
Recelos	X
Sospechas	
Incertidumbre y dificultad para tomar decisiones	

Tabla 11. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos

SIGNOS Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES	
Estado de alerta e hipervigilancia	X
Bloqueos	X
Torpeza o dificultad para actuar	
Impulsividad	X
Inquietud motora	X
Dificultad para estar quieto o en reposo	X
Interrupciones constantes (agarrándonos la mano)	X

Tabla 12. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales

SIGNOS Y SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Dificultades de atención	X
Concentración y memoria	X
Aumento de los despistes y descuidos	
Preocupación excesiva	X
Expectativas negativas	X
Pensamientos distorsionados e inoportunos	X
Incremento de las dudas y la sensación de confusión	X
Tendencia a recordar cosas desagradables	X
Sobrevalorar pequeños detalles desfavorables	X
Abuso de la prevención y de la sospecha	
Interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad	X

Tabla 13. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos

SIGNOS Y SÍNTOMAS SOCIALES	
Irritabilidad	X
Ensimismamiento	X
Dificultad para iniciar o seguir una conversación	X
Verborrea	
Bloqueo o se queda en blanco a la hora de preguntar o responder	X
Dificultad para expresar sus propias opiniones o hacer valer los propios derechos	
Temor excesivo a posibles conflictos	

Tabla 14. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales

Tratamiento Realizado

<p>Adaptación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para la adaptación se utilizaron las técnicas conductistas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Decir, Mostrar, Hacer ○ Modelamiento ○ Desensibilización Sistemática ○ Tiempo fuera <ul style="list-style-type: none"> ▪ De aislamiento ○ Estabilización Protectora (solo en los momentos que la paciente perdió el control para su protección) ○ Reforzamiento Positivo • Se aplicó la técnica del dibujo libre (Fig. 2 D) donde se evidenció características de agresividad, impulsividad.
<p>Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de técnica de cepillado. • Controles de placa y profilaxis. • Modificaciones en dieta para disminuir alimentos cariogénicos. • Aplicación tópica de Barniz fluorado en dientes afectados. • Aplicación tópica de fluoruro en gel cada 6 meses.
<p>Restaurador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de caries simples obturadas con resina compuesta en 55, 65, 82, 72, 81, 71. • Realización de pulpotomías en 54, 64, 75, 74, 84, 85, obturadas con óxido de Zinc y Eugenol + base de Vidrio Inomérico + resina compuesta. • Tallado, adaptado y cementado de coronas de acero inoxidable en 74 y 84. • Toma de radiografías finales.
<p>Mantenedor de Espacio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de impresión para el diseño y confección de mantenedor de espacio superior el cual consta de: bandas lisas para 55 y 65, botón de Nance con frente estético para antero-superiores. • Se dieron pautas para el mantenimiento del mantenedor.
<p>Controles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan controles del mantenedor cada 3 semanas. • Profilaxis cada 3 semanas, ya que paciente presenta un alto riesgo cariogénico y alto índice de placa.

Tabla 15. Cuadro Resumen del Tratamiento realizado por residente del último año del Postgrado de Odontología Infantil.

Características Finales

- *Extraorales, Intraorales y Radiográficas:*



Fig. 7 Fotografías Extraorales Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil



Fig. 8 Fotografías Intraorales Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

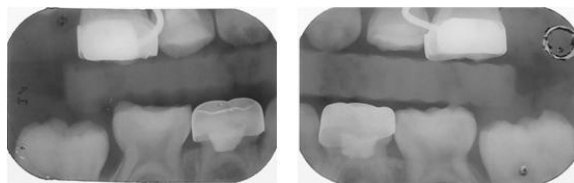


Fig. 9 Radiografías Finales del 5/ 2/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

- *Psicológicas:*

Durante la realización del tratamiento odontológico, se lograron percibir cambios positivos en el comportamiento de la paciente. Una vez restaurada la salud bucal, la paciente no se quejaba de dolor y podía comer mejor, además física y emocionalmente era otra niña, pues el mantenedor estético le devolvió los dientes anteriores que le faltaban impulsando su autoestima. Mejoró su socialización en la sala clínica, al momento de llegar era diferente, ya que se sentía en confianza con las personas alrededor, saludaba a los demás niños y otros residentes del postgrado de Infantil. Ya no se desadapta al momento de la profilaxis o al momento de la eliminación de caries, se cansa rápido, pero coopera con la realización del tratamiento. Se dio cuenta que el tratamiento odontológico le proporcionaba resultados positivos y que nadie le haría daño durante el proceso.

❖ CASO 2

Datos Personales

- Nombres y apellidos: J. I. P. M.
- Lugar y fecha de nacimiento: Los Teques, 31-10-2005
- Nivel Socioeconómico: Graffar IV
- Edad con la que se inició el Tratamiento: 4 años y 8 meses
- Representante: I.M.
- Edad: 27 años
- Profesión: Obrera

Motivo de consulta

- Para "arreglarle los denticos"

Antecedentes Familiares

Antecedentes Médicos:

- Por parte de los familiares de la rama materna:
 - Madre: VPH (controlada)
 - Abuela: Hipertensa (controlada con Nifedipina)
- Por parte de los familiares de la rama paterna:
 - Madre no refiere información sobre el padre y sus familiares.

Antecedentes Odontológicos:

- Madre refiere que todos los familiares han tenido caries; abuelo paterno portador de prótesis dental debido a exodoncias. A otros familiares también le han tenido que realizar exodoncias.

Antecedentes Personales

- *Enfermedades durante el embarazo:* Madre refiere haber tenido infección de orina, la cual fue controlada con antibióticoterapia.
- Embarazo controlado donde la madre afirma haber tomado vitaminas, hierro y ácido fólico para el desarrollo efectivo del bebé.
- *Complicaciones postnatales:* No hubo complicaciones postnatales. Parto número 1, el cual fue a término, por cesárea, madre no indica la causa.
- La paciente es una niña aparentemente sana, que tiene sus vacunas al día, pero la madre refiere que a los 2 años y 9 meses se cayó y se golpeó en la cabeza, por lo que estuvo hospitalizada, pero no hubo complicaciones; le cuesta evacuar, ha padecido de anorexia debido a dolor dental y por depresión infantil. Ha asistido a control con el pediatra regularmente.

Historia Odontológica

- La edad de la erupción de los dientes primarios fue a los 7 meses.
- El paciente no ha tenido traumatismos dentarios
- Madre refiere no ser la primera vez en el odontólogo, cuyo comportamiento observado ha sido de manipulación, agresividad y aprehensión.
- Se cepilla 2 veces al día con ayuda de familiares.

Hábitos Parafuncionales

- No presenta.

Características Físicas Iniciales

- **Extraorales**

- *Frente:* La forma de la cara es redondeada. Las orejas presentan una inserción normal con respecto al plano bipupilar. Al evaluar la simetría, en reposo se observa un rostro asimétrico, donde el lado izquierdo es un poco más ancho que el derecho. En cuanto a la regla de los quintos faciales, se se observa diferencia entre el lado izquierdo del derecho, siendo los quintos del primer lado un poco más anchos que el segundo. El ancho nasal corresponde con la distancia entre los cantos internos oculares, es una nariz de tamaño mediana. Al evaluar el balance todos los tercios se ven simétricos. Presenta una cicatriz en la frente que coincide con la historia de trauma e la cabeza, por lo cual estuvo hospitalizada, pero sin complicaciones. (Fig. 10 A)
- *Sonrisa:* Se puede observar una sonrisa invertida, exponiendo los dientes superiores e inferiores de canino a canino. (Fig. 10 B)
- *Perfil:* Convexo a nivel de los tejidos blandos. (Fig. 10 C)



Fig. 10 Fotografías Extraorales Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil.

Fotos: Postgrado de Odontología Infantil.

- **Intraorales**

- *Frente:* (Fig. 11 A)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 51, 52, 61, 62, 63.
 - Línea media inferior desviada a la derecha 2 mm
 - Sobremordida vertical normal de 2 mm.
- *Lateral Derecha:* (Fig. 11 B)
 - Relación Molar Primaria: Plano terminal recto
 - Relación Canina Primaria: Distoclusión
- *Lateral Izquierda:* (Fig. 11 C)
 - Relación Molar Primaria: Plano terminal recto
 - Relación Canina Primaria: Normoclusión
- *Superior:* (Fig. 11 D)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 55 (o), 54 (o), 53 (d), 52 (md), 51 (mvd), 61 (mvd), 62 (m), 64 (od), 65 (o).
- *Inferior:* (Fig. 11 E)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 75 (o).
 - Resto radicular del 74.
 - Restauración provisional del 85 (od).

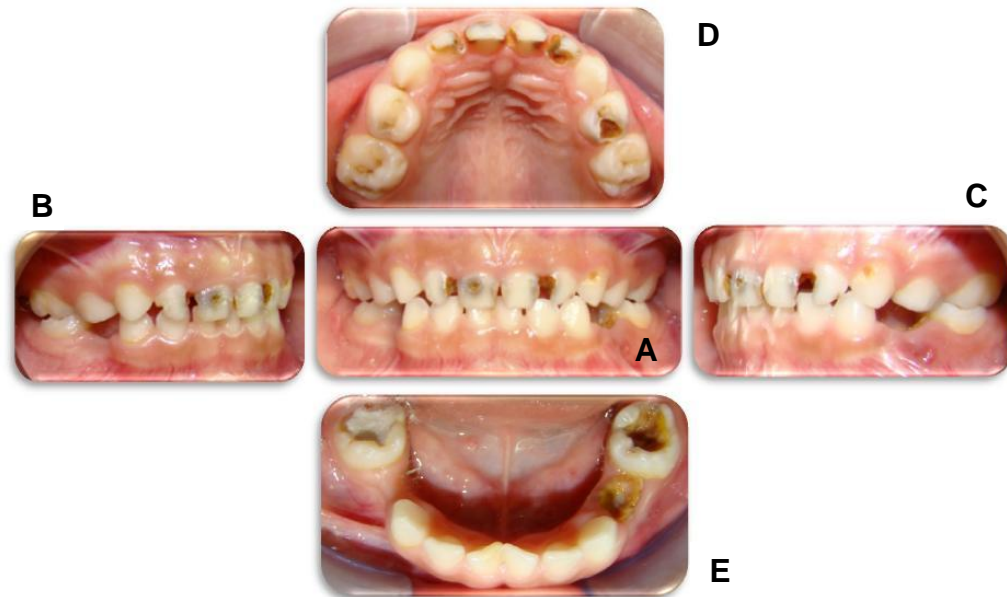


Fig. 11 Fotografías Intraorales Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (E) Inferior. Fotos: Postgrados de Odontología Infantil.

Estudio radiográfico Inicial

- *Coronal Derecha:* Se observa imagen radiopaca compatible con tratamiento endodóntico obturado con material provisional en 85. Imagen radiolúcida compatible con ausencia del 84, pérdida de sustancia calcificada oclusal del 55 y 54. (Fig. 12 A)
- *Coronal Izquierda:* Se observa imagen radiopaca compatible con material provisional en 75. Imagen radiolúcida compatible con ausencia de la corona clínica del 74 (resto radiculares), pérdida de sustancia calcificada oclusal del 65 y 64 con compromiso pulpar. (Fig. 12 B)

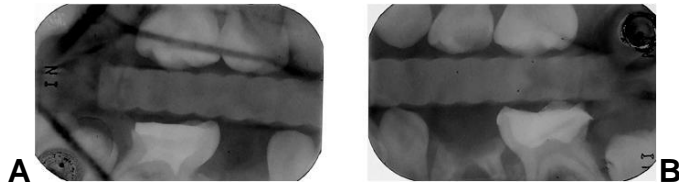


Fig. 12 Radiografías Iniciales del 2/ 7/ 09. (A) Coronal derecha. (B) Coronal Izquierda

Diagnóstico

Diagnóstico Médico:

- Paciente aparentemente sano.

Diagnóstico Odontológico:

- Gingivitis leve asociada a placa dental.
- Caries simple: 65, 63, 53.
- Caries negligente: 55, 54, 52, 51, 61, 62, 64, 75.
- Restos radiculares: 74.
- Pérdida prematura: 84.
- Alteraciones pulpares:
 - Patología pulpar grado III: 64, 75.
 - Patología pulpar grado IV: 51, 52, 61, 62.
 - Patología pulpar grado V: 74.
- Diagnóstico dentario: Neutroclusión

Características Psicológicas Iniciales

Paciente femenina de 4 años y 8 meses de edad que se presenta a consulta odontológica, en la sala clínica del Postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV, en el mes de junio de 2009, para el tratamiento de caries negligente. La paciente viene acompañada de su

abuela, a quien, como representante, se le realiza la historia médica-odontológica. A la niña se le indica que se suba sobre el sillón odontológico y se le aplica la técnica de Decir, Mostrar y Hacer para la adaptación, antes de la profilaxis. La abuela indica que la paciente ha pasado mal las noches por dolor en una muela, por lo que se decide realizar la emergencia de ese molar. Durante la realización de la historia clínica, la abuela nos refiere que no es la primera vez que la niña asiste al odontólogo, la cual ha presentado conductas agresivas, aprehensivas y de manipulación.

Antes de comenzar el tratamiento, se le explica a la paciente que es necesario arreglar de inmediato el molar afectado para que no haya una infección mayor, se le explica que debemos colocar aislamiento absoluto, a través de las técnicas de decir, mostrar y hacer y modelamiento, donde pudo observar a otros niños utilizando el dique de goma para la realización de sus tratamientos. En el momento en el que se le coloca la anestesia tópica para la aplicación de la anestesia infiltrativa en el vestíbulo correspondiente al 75 (molar que será atendido), la paciente comenzó a gritar: “me voy a morir, tú me estás matando, eres mala, no te quiero”. Reacción que no correspondía con lo que realmente estaba sucediendo. También se evidenciaron síntomas físicos como: taquicardia, opresión en el pecho, sudoración excesiva, falta de aire, tensión y rigidez muscular; por lo que se decidió parar el tratamiento y conversar con la abuela sobre la situación presente.

Por experiencias pasadas con la paciente en el caso #1, cuyas características físicas y nivel de desadaptación fueron muy similares, se le preguntó a la abuela si existe alguna situación irregular en la casa, en la escuela o en algún otro ambiente. En ese momento, la abuela, muy conmovida, afirma que tenían muchos problemas en casa, ya que ella misma

había rescatado a sus nietas del padrastro, quien había abusado sexualmente y físicamente de la paciente. Esta información fue corroborada luego que la madre logró venirse del interior, con quien se logró conversar un poco más sobre la situación de la niña. Debido a los hechos ocurrido a la paciente, la abuela demandó al padrastro ante el CIPC, la LOPNA, FONDEMIA (Hospital JM de los Ríos) y PTJ, para que se hiciera justicia por lo que había sucedido.

En las citas sucesivas se observaron diferentes características psicológicas como: inseguridad, sensación de agobio, sensación de amenaza o peligro. Ante estas características siempre se mantuvo un diálogo constante con la paciente, tratando que se diera cuenta, que no estaba sola, y que era un ambiente seguro, donde el objetivo era devolverle la salud bucal. A parte de esas características también se evidenció un estado de alerta constante, bloqueos, perdiendo la noción de donde se encontraba, sobre todo cuando se desadaptaba; era muy inquieta, lo que producía interrupciones constantes del tratamiento.

**Cuadro Resumen de las Características Iniciales. Instrumento creado
por la Prof. María J. Ferro de Farisato**

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS PRESENTES	
Taquicardia	X
Palpitaciones	X
Opresión en el pecho	X
Temblores	X
Falta de aire	X
Sudoración	X
Molestias digestivas	
Náuseas	X
Vómitos	
“Nudo” en el estómago	X
Tensión y rigidez muscular	X
Cansancio	X
Hormigueo	
Sensación de mareo e inestabilidad	X

Tabla 16. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes

SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	
Inquietud	X
Agobio	X
Sensación de amenaza o peligro	X
Ganas de huir o atacar	X
Inseguridad	X
Sensación de vacío	X
Sensación de extrañeza o despersonalización	X
Temor a perder el control	
Recelos	X
Sospechas	
Incertidumbre y dificultad para tomar decisiones	

Tabla 17. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos

SIGNOS Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES	
Estado de alerta e hipervigilancia	X
Bloqueos	X
Torpeza o dificultad para actuar	
Impulsividad	X
Inquietud motora	X
Dificultad para estar quieto o en reposo	X
Interrupciones constantes (agarrándonos la mano)	X

Tabla 18. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales

SIGNOS Y SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Dificultades de atención	X
Concentración y memoria	X
Aumento de los despistes y descuidos	
Preocupación excesiva	X
Expectativas negativas	X
Pensamientos distorsionados e inoportunos	X
Incremento de las dudas y la sensación de confusión	X
Tendencia a recordar cosas desagradables	X
Sobrevalorar pequeños detalles desfavorables	X
Abuso de la prevención y de la sospecha	X
Interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad	X

Tabla 19. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos

SIGNOS Y SÍNTOMAS SOCIALES	
Irritabilidad	X
Ensimismamiento	X
Dificultad para iniciar o seguir una conversación	X
Verborrea	
Bloqueo o se queda en blanco a la hora de preguntar o responder	X
Dificultad para expresar sus propias opiniones o hacer valer los propios derechos	
Temor excesivo a posibles conflictos	

Tabla 20. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales

Tratamiento Realizado

Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Para la adaptación se utilizaron las técnicas conductistas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Decir, Mostrar, Hacer ○ Modelamiento ○ Desensibilización Sistemática ○ Contrato de Contingencia ○ Reforzamiento Positivo ○ Estabilización Protectora (solo en los momentos que la paciente perdió el control para su protección) • Se aplicó la técnica del dibujo libre (ver Fig. 2 B y C) donde se evidenció características de: baja autoestima, recuerdos del pasado.
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de técnica de cepillado. • Controles de placa y profilaxis. • Modificaciones en dieta para disminuir alimentos cariogénicos. • Aplicación tópica de Barniz fluorado en dientes afectados. • Aplicación tópica de fluoruro en gel cada 6 meses.
Restaurador	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de caries simples obturadas con resina compuesta en 65, 63, 53. • Eliminación de caries negligente obturadas con resina compuesta en 55, 54, 62 y 52. • Obturación final de 85 con resina compuesta. • Realización de pulpotomías en 64 y 75, obturadas con óxido de Zinc y Eugenol + base de Vidrio Inomérico + resina compuesta. • Tallado, adaptado y cementado de coronas de acero inoxidable en 85, 75 y 64 • Exodoncia de 74, 51 y 61 (estos últimos por presentar reabsorciones atípicas en el momento de la realización del tratamiento). • Exfoliación natural del 82. • Toma de radiografías finales.
Mantenedor de Espacio	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de impresión para el diseño y confección de mantenedor de espacio superior el cual consta de: bandas lisas para 55 y 65, botón de Nance con frente estético para 51 y 61. • Toma de impresión para el diseño y confección de mantenedor de espacio inferior el cual consta de: bandas lisas para 75 y 85 para arco lingual. • Se dieron pautas para el mantenimiento de los mantenedores.
Controles	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan controles de los mantenedores cada 3 semanas. • Profilaxis cada 3 semanas, ya que paciente presenta un alto riesgo cariogénico y alto índice de placa.

Tabla 21. Resumen del tratamiento realizado

Características Finales

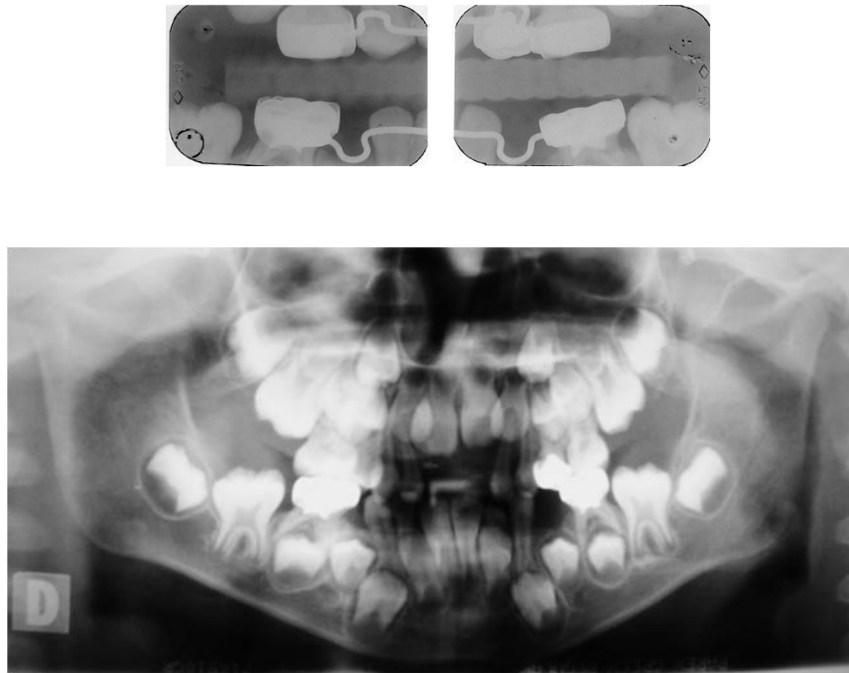
- *Extraorales, Intraorales y Radiográficas*



Fig. 13 Fotografías Extraorales Finales del 11/ 11/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil.



Fig. 14 Fotografías Intraorales Finales del 11/ 11/ 10. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil.



**Fig. 15 Radiografías coronales finales y panorámica control del 11/ 11/ 10.
Fotos: Postgrado de Odontología Infantil**

- *Psicológicas:*

Durante la realización del tratamiento odontológico, se lograron percibir cambios positivos en el comportamiento de la paciente. Una vez restaurada la salud bucal, la paciente no se quejaba de dolor y podía comer mejor. Además de ello, presenta un notable mejoramiento de la condición bucal, pues el mantenedor estético le devolvió los dientes anteriores que le faltaban, incidiendo positivamente en su autoestima. Mejoró su socialización en la sala clínica, al momento de llegar, era diferente, ya que se sentía en confianza con las personas alrededor, saludaba a los demás niños y otros residentes del postgrado de Infantil.

Sin embargo, en los controles sucesivos, todavía se evidencia cierta inseguridad al momento de subir en el sillón odontológico. A pesar de que ya el tratamiento fue completado y que la paciente está más tranquila y contenta durante las profilaxis, aún se puede escuchar llanto mezclado con risas como método de compensación.

❖ CASO 3

Datos Personales

- Nombres y apellidos: A. H. R. G
- Lugar y fecha de nacimiento: Caracas, 22-10-2004
- Nivel Socioeconómico: Graffar III
- Edad con la que se inició el Tratamiento: 5 años y 4 meses
- Representante: C. G.
- Edad: 26 años
- Profesión: Casino

Motivo de consulta

- “Porque la niña tiene las muelas muy picadas”

Antecedentes Familiares

Antecedentes Médicos:

- Por parte de los familiares de la rama materna:
 - Madre: Hipertensa (controlada).
 - Abuela: Hipertensa fallecida debido a infarto a los 54 años de edad.
 - Abuelo: Hipertenso controlado (vivo).
- Por parte de los familiares de la rama paterna:
 - Abuela: Lupus (viva).
 - Abuelo: aparentemente sano (vivo).

Antecedentes Odontológicos:

- Madre refiere que todos los familiares han tenido caries. Madre y hermana actualmente en control odontológico. Todos han tenido

exodoncias. Padre actualmente tiene aparatos. Abuelo materno, portador de DPR.

Antecedentes Personales

- *Enfermedades durante el embarazo:* Madre refiere haber hemoglobina baja.
- Embarazo controlado donde la madre afirma haber tomado vitaminas, hierro y ácido fólico para el desarrollo efectivo del bebé.
- *Complicaciones postnatales:* No hubo complicaciones postnatales. Parto número 2, el cual fue a término, por cesárea, madre no indica la causa.
- La paciente es una niña aparentemente sana, que tiene sus vacunas al día, pero la madre refiere que al año se cayó y se golpeó en la cabeza, pero no hubo complicaciones. La paciente nació con espina bífida por lo cual fue operada a los 4 meses y estuvo en control hasta los 4 años en el Pérez Carreño, actualmente se encuentra bajo control con su pediatra. Ha padecido de anorexia debido a dolor dental. Ha asistido a control con el pediatra regularmente. En julio de 2009 fue desparasitada por indicación del pediatra. En octubre de 2009 tuvo infección urinaria por lo que tomó antibióticos recetados por su pediatra.

Historia Odontológica

- La edad de la erupción de los dientes primarios fue a los 8 meses.
- El paciente ha tenido traumatismos dentarios a los 2 años de edad el cual no fue tratado.
- Madre refiere no ser la primera vez en el odontólogo, cuyo comportamiento observado ha sido muy malo.
- Se cepilla 1 vez al día con ayuda de la madre.

Hábitos Parafuncionales

- Utilizó chupón hasta los 3 años de edad. Actualmente no presenta ningún hábito.

Características Físicas Iniciales

- **Extraorales**
 - *Frente:* La forma de la cara es ovalada. Las orejas presentan una inserción normal con respecto al plano bipupilar. Al evaluar la simetría, en reposo se observa un rostro simétrico. En cuanto a la regla de los quintos faciales, se observan bastante simétricos. El ancho nasal no corresponde con la distancia entre los cantos internos oculares, es una nariz de tamaño mediana. Al evaluar el balance todos los tercios, el tercio inferior se observa un poco disminuido con respecto a los demás. (Fig. 16 A)
 - *Sonrisa:* Se puede observar una sonrisa amplia, en media luna, exponiendo tanto los incisivos superiores como los inferiores de molar a molar. (Fig. 16 B)
 - *Perfil:* Convexo a nivel de los tejidos blandos. (Fig. 16 C)

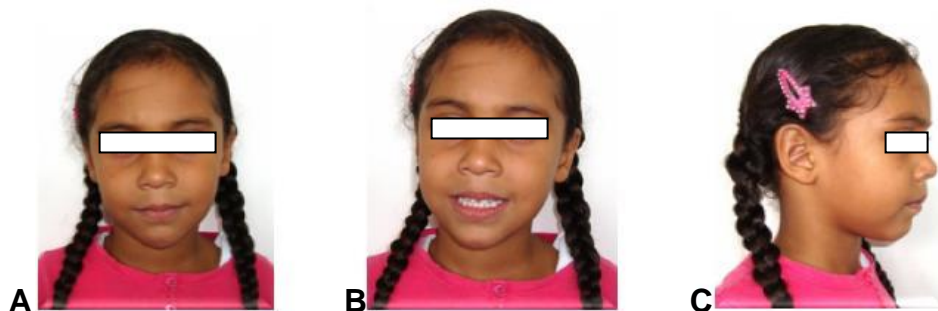


Fig. 16 Fotografías Extraorales Iniciales del 11/ 12/ 09. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año.

- **Intraorales**

- *Frente:* (Fig. 17 A)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 51, 52, 61, 62.
 - Manchas blancas en caninos superiores e inferiores.
 - Línea media normal.
 - Sobremordida vertical normal de 2 mm.
- *Lateral Derecha:* (Fig. 17 B)
 - Relación Molar Primaria: Plano terminal recto
 - Relación Canina Primaria: Normoclusión
- *Lateral Izquierda:* (Fig. 17 C)
 - Relación Molar Primaria: Plano terminal recto
 - Relación Canina Primaria: Normoclusión
- *Superior:* (Fig. 17 D)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 55 (o), 52 (v), 51 (mv), 61 (mv), 62 (v), 65 (o).
 - Manchas blancas en: 54 y 64 (v).
- *Inferior:* (Fig. 17 E)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 74,75, 84 y 85 (o).
 - Manchas blancas en: 73 y 83 (v).

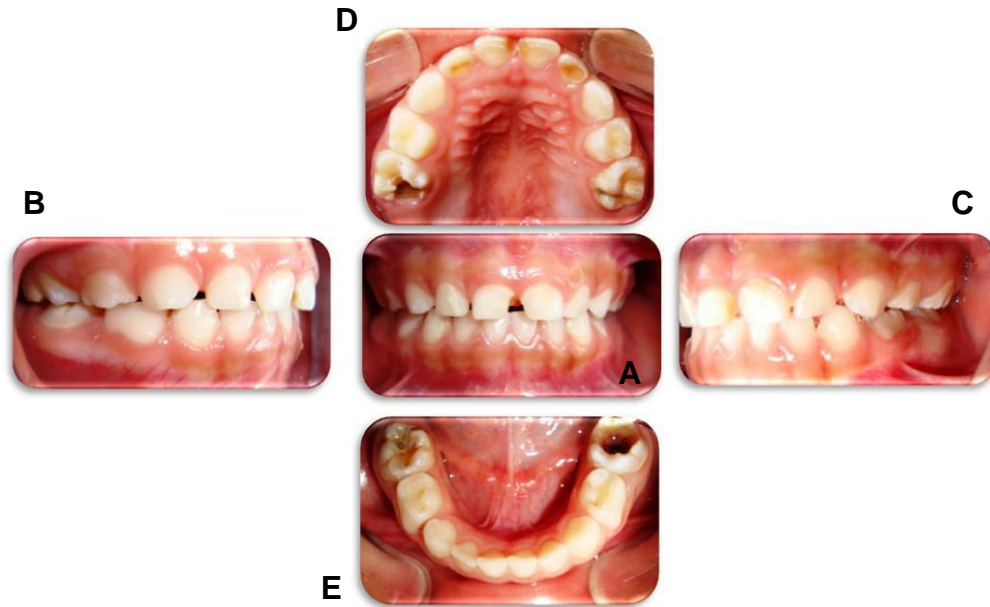


Fig. 17 Fotografías Intraorales del 11/ 12/ 09. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año.

Estudio radiográfico Inicial

- *Coronal Derecha:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en oclusal del 54, 85, y ocluso-distal del 84. (Fig. 18 A)
- *Coronal Izquierda:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en oclusal del 64, 75, y ocluso-distal del 74. (Fig. 18 B)
- *Oclusal Superior:* Se observa pérdida de sustancia calcificada compatible con caries en los incisivos superiores Se observan imágenes radiopacas compatibles con los gérmenes de los permanentes superiores (centrales y laterales). (Fig. 18 C)
- *Oclusal Inferior:* Se observan imágenes radiopacas compatibles con estructuras las dentarias de los incisivos inferiores. (Fig. 18 D)

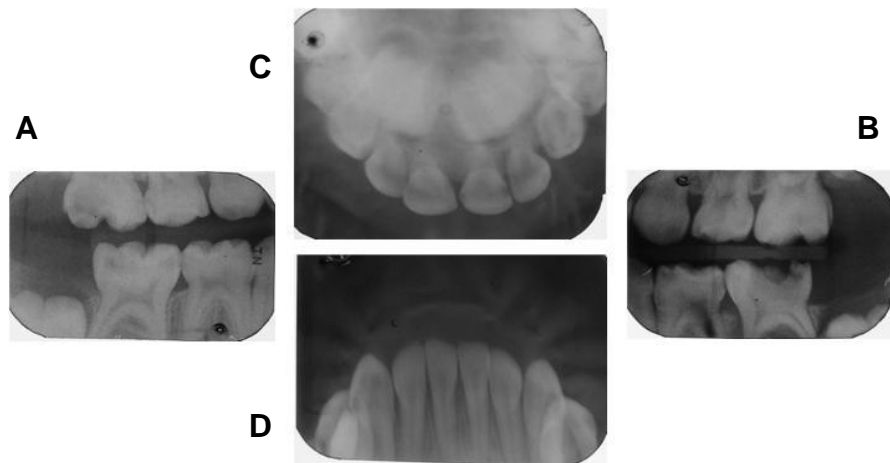


Fig. 18 Radiografías iniciales del 11/ 12/ 09. (A) Lateral derecha. (B) Lateral izquierda. (C) Superior. (D) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente del 3er año

- *Panorámica* (Fig. 19): Se puede observar imágenes radiolúcidas compatibles con la presencia de los gérmenes por erupcionar, así como también los dientes afectados por caries. Se observan vías aéreas despejadas y los huesos maxilares se observan en buen estado. Las áreas apicales centrales superiores e inferiores se observan pequeñas.

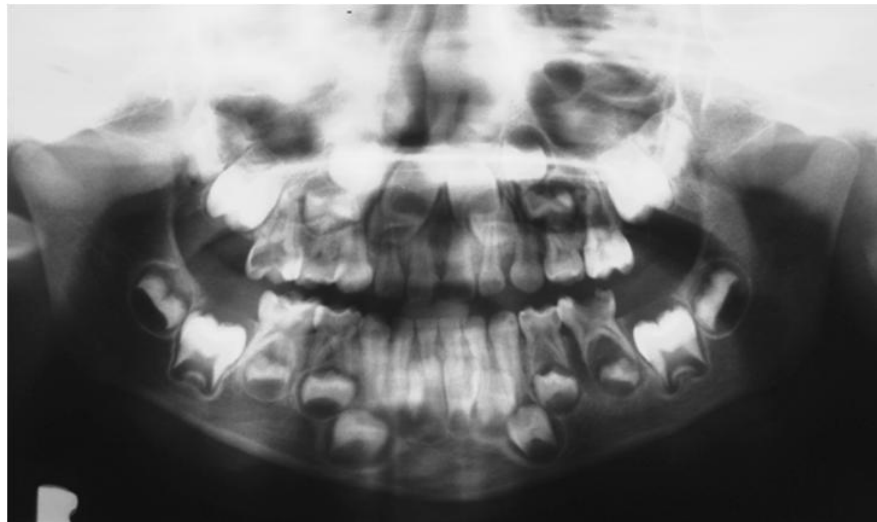


Fig. 19 Radiografía Panorámica Inicial del 11/ 12/ 09. Foto: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año.

Diagnóstico

Diagnóstico Médico:

- Paciente aparentemente sano.

Diagnóstico Odontológico:

- Gingivitis leve asociada a placa dental.
- Manchas blancas: 51, 52, 53, 54, 55, 61, 63, 64, 65, 73 y 83.
- Surcos y fosas profundas: 54 y 64.
- Caries negligente: 55, 52, 51, 61, 62, 65, 75, 74, 85 y 84.
- Alteraciones pulpares:
 - Patología pulpar grado IV: 55, 75, 84.
- Diagnóstico dentario: Neutroclusión,

Características Psicológicas Iniciales

Paciente femenina de 5 años y 4 meses de edad que se presenta a consulta odontológica, en la sala clínica del Postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV, en el mes de diciembre de 2009, para el tratamiento de caries negligente, la cual fue atendida por una residente de 3er año, del Postgrado de Infantil. La primera impresión de la paciente fue de una niña alegre, extrovertida, que le gustaba socializar con los demás. Durante el tratamiento odontológico se aplicaron las técnicas de Decir, Mostrar y Hacer, modelamiento, desensibilización sistemática y reforzamiento positivo para la adaptación a la consulta. Sin embargo, se evidenció que la paciente era una niña muy inquieta con dificultad para la atención, despistada, con preocupaciones excesivas, abusaba de la prevención y la sospecha, presentaba inquietud motora e interrumpía constantemente el tratamiento.

El tratamiento odontológico fue realizado sin mayores obstáculos, la paciente a pesar de ser hiperactiva cooperaba con la realización del mismo. Durante las consultas de control la paciente se presentó con lesiones costrosas, redondeadas en la mano y la pierna derecha. Se le preguntó el origen de dichas lesiones, cuya respuesta fue: “me quemaron con un cigarrillo”. Tanto el origen como la causa de estas lesiones no fueron ratificadas con la madre, ya que para el momento fue su abuelo quien la llevó a la consulta y no pudo dar referencia sobre las mismas.

Cuadro Resumen de las Características Iniciales. Instrumento creado por la Prof. María J. Ferro de Farisato

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS PRESENTES	
Taquicardia	
Palpitaciones	
Opresión en el pecho	
Temblores	
Falta de aire	
Sudoración	X
Molestias digestivas	
Náuseas	
Vómitos	
“Nudo” en el estómago	
Tensión y rigidez muscular	X
Cansancio	
Hormigueo	
Sensación de mareo e inestabilidad	

Tabla 22. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes

SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	
Inquietud	X
Agobio	
Sensación de amenaza o peligro	X
Ganas de huir o atacar	
Inseguridad	
Sensación de vacío	
Sensación de extrañeza o despersonalización	
Temor a perder el control	
Recelos	
Sospechas	X
Incertidumbre y dificultad para tomar decisiones	X

Tabla 23. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos

SIGNOS Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES	
Estado de alerta e hipervigilancia	X
Bloqueos	
Torpeza o dificultad para actuar	
Impulsividad	
Inquietud motora	X
Dificultad para estar quieto o en reposo	X
Interrupciones constantes (agarrándonos la mano)	X

Tabla 24. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales

SIGNOS Y SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Dificultades de atención	X
Concentración y memoria	
Aumento de los despistes y descuidos	
Preocupación excesiva	X
Expectativas negativas	
Pensamientos distorsionados e inoportunos	
Incremento de las dudas y la sensación de confusión	X
Tendencia a recordar cosas desagradables	
Sobrevalorar pequeños detalles desfavorables	
Abuso de la prevención y de la sospecha	X
Interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad	

Tabla 25. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos

SIGNOS Y SÍNTOMAS SOCIALES	
Irritabilidad	
Ensimismamiento	
Dificultad para iniciar o seguir una conversación	
Verborrea	X
Bloqueo o se queda en blanco a la hora de preguntar o responder	
Dificultad para expresar sus propias opiniones o hacer valer los propios derechos	
Temor excesivo a posibles conflictos	

Tabla 26. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales

Tratamiento Realizado

Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Para la adaptación se utilizaron las técnicas conductistas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Decir, Mostrar, Hacer
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza de técnica de cepillado. • Controles de placa y profilaxis. • Modificaciones en dieta para disminuir alimentos cariogénicos. • Aplicación tópica de Barniz fluorado en dientes afectados. • Aplicación tópica de fluoruro en gel cada 6 meses.
Restaurador	<ul style="list-style-type: none"> • Sellantes de fosas y fisuras en oclusal de 54 y 64. • Eliminación de caries negligentes obturadas con resina compuesta en 65, 51, 61, 84, 52, 62, 54 (d). • Eliminación de caries negligente en oclusal de 85 obturado con amalgama. • Realización de pulpotomías en 55, 84, obturadas con óxido de Zinc y Eugenol + base de Vidrio Inomérico + resina compuesta. • Tallado, adaptado y cementado de coronas de acero inoxidable en 55. • Exodoncia de 75. • Toma de radiografías finales.
Mantenedor de Espacio	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de impresión para el diseño y confección de mantenedor de espacio inferior removible para el espacio de 75, con gancho Adams en el 85. • Se dieron pautas para el mantenimiento de los mantenedores.
Controles	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan controles de los mantenedores cada 3 semanas. • Profilaxis cada 3 semanas, ya que paciente presenta un alto riesgo cariogénico y alto índice de placa.

Tabla 27. Resumen del Tratamiento odontológico realizado por la Residente de 3er año del Postgrado de Odontología Infantil

Características Finales

- *Extraorales, Intraorales y Radiográficas*



Fig. 20 Fotografías Extraorales Finales del 21/ 06/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de residente de 3er año.



Fig. 21 Fotografías Intraorales Finales del 14/ 07/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año.

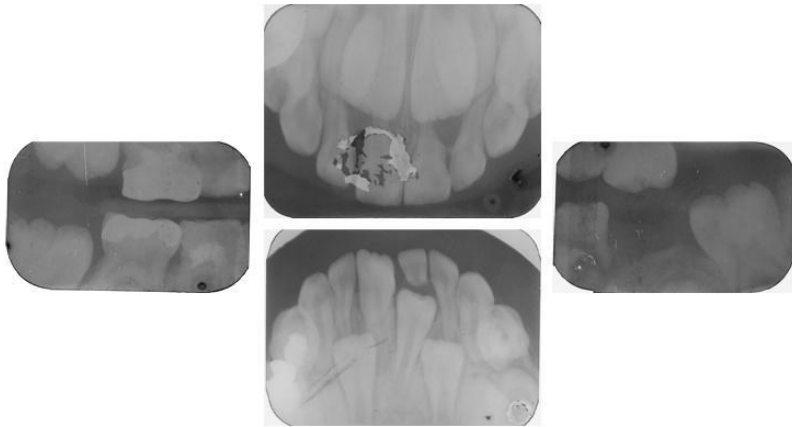


Fig. 22 Radiografías Finales del 12/ 05/ 11. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 3er año.

- *Psicológicas:*

Restaurada la salud bucal, la paciente estaba muy contenta con los resultados obtenidos. Para el momento de presentarse a consulta de control, se observó un cambio positivo a nivel conductual, ya que su comportamiento era más tranquilo, menos alerta. Sin embargo, fue al final cuando se observaron lesiones en piel, evidencia de maltrato físico, que no había ocurrido antes.

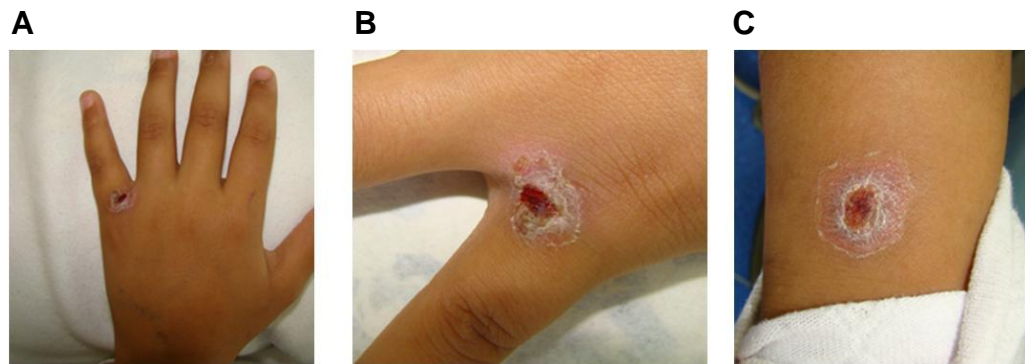


Fig. 23 Fotografías de quemaduras producidas por cigarrillos en dorso de mano izquierda y pantorrilla, cerca del tobillo, en la pierna izquierda (14/ 07/ 11). (A) Foto de la mano completa. (B) Acercamiento de la lesión. (C) Lesión en pierna. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil

❖ CASO 4

Datos Personales

- Nombres y apellidos: B. J. R. S
- Lugar y fecha de nacimiento: Caracas, 03-11-2005
- Nivel Socioeconómico: Graffar III
- Edad con la que se inició el Tratamiento: 5 años y 5 meses
- Representante: V. R
- Edad: 28 años
- Profesión: Mecánico

Motivo de consulta

- Por todas las caries que tiene.

Antecedentes Familiares

Antecedentes Médicos: Información proporcionada por la madrastra del niño.

- Por parte de los familiares de la rama materna:
 - Madre: actualmente embarazada, se desconoce su estado de salud actual. Drogadicta y alcohólica.
 - Abuela: Hipertensa (controlada) vive.
 - Abuelo: aparentemente sano.
- Por parte de los familiares de la rama paterna:
 - Abuelo: aparentemente sano.
 - Abuela: alérgica al polvo y olores fuertes

Antecedentes Odontológicos:

- Madrastra refiere que todos los familiares han tenido caries; abuelo paterno y abuela materna son portadores de prótesis dental debido a exodoncias. Al padre le han realizado exodoncias por caries, padece de sangramiento gingival durante el cepillado.

Antecedentes Personales

- *Enfermedades durante el embarazo:* se desconoce.
- La madre durante el embarazo del niño consumió bebidas alcohólicas y sustancias citotóxicas.
- *Complicaciones postnatales:* parto fue a término, natural. El paciente tuvo bajo peso al nacer, además le tuvieron que realizar transfusiones sanguíneas por lo que pasó hospitalizado en incubadora las 3 primeras semanas debido a haber tenido Hepatitis.
- El paciente es un niño que presenta hidrocele, síndrome de déficit de atención con hiperactividad, desnutrición, alto riesgo biopsicosocial y síndrome de niño maltratado por omisión.

Historia Odontológica

- La edad de la erupción de los dientes primarios fue a los 9 meses.
- El paciente no ha tenido traumatismos dentarios.
- Es la primera vez en el odontólogo.
- Se cepilla 2 veces al día con ayuda de la madrastra.

Hábitos Parafuncionales

- Respirador bucal
- Queilofagia del labio inferior.

Características Físicas Iniciales

- **Extraorales**

- *Frente:* La forma de la cara es ovalada. Las orejas presentan una inserción baja con respecto al plano bipupilar. Al evaluar la simetría, en reposo se observa un rostro simétrico. En cuanto a la regla de los quintos faciales, se observa simetría. El ancho nasal no corresponde con la distancia entre los cantos internos oculares, es una nariz de tamaño mediana. Al evaluar el balance el tercio inferior se observa aumentado con respecto a los demás. Presenta una cicatriz en el borde bermellón del labio inferior, lesión costrosa debajo de la fosa nasal izquierda y sobre la punta de la nariz. Además evaluando otras zonas corporales también se puede observar lesión costrosa de la palma de la mano izquierda. (Fig. 24 A)
- *Sonrisa:* Se puede observar una sonrisa amplia, exponiendo los dientes superiores de molar a molar. (Fig. 24 B)
- *Perfil:* Convexo a nivel de los tejidos blandos. (Fig. 24 C)

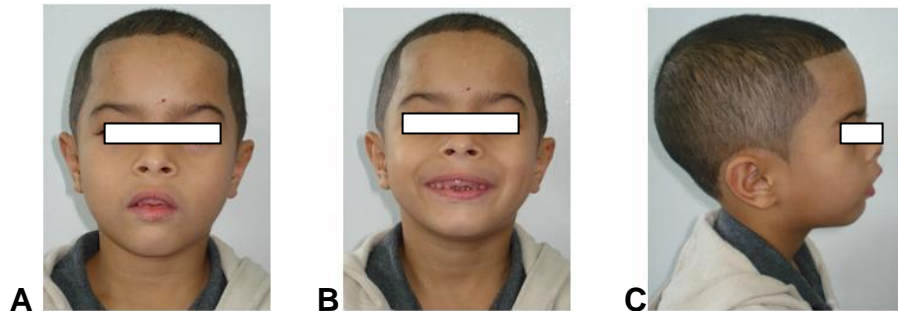


Fig. 24 Fotografías Extraorales Iniciales del 5/ 5/ 11. (A) Frente. (B) Sonrisa. (C) Perfil. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 2do año.

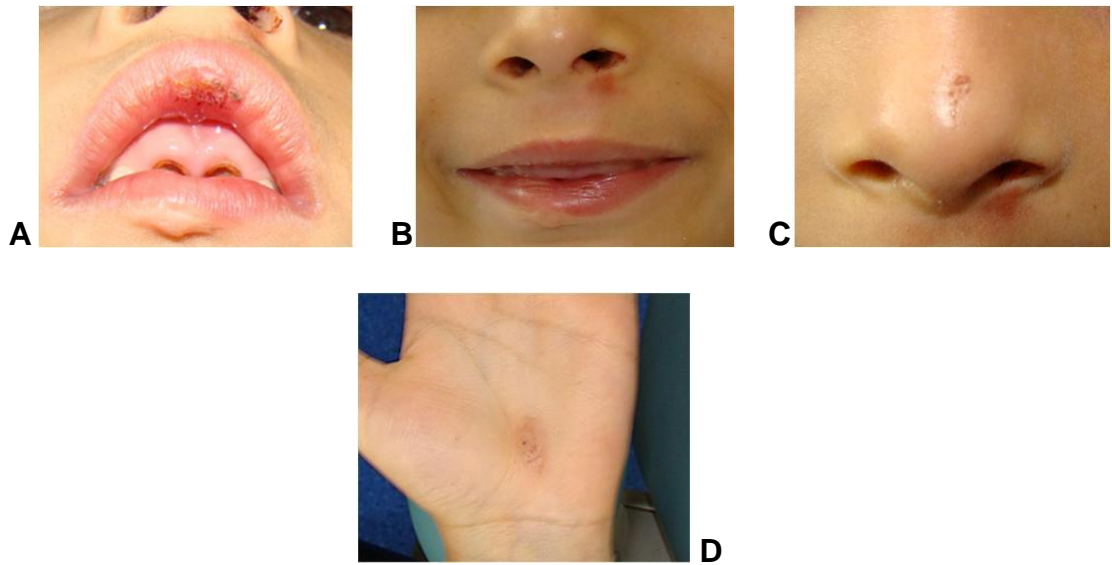


Fig. 25 Otros hallazgos del 5/ 5/ 11. (A) Lesión costrosa en labio superior. (B) Cicatriz en borde inferior de la fosa nasal izquierda. (C) Cicatriz en punta de la nariz. (D) Cicatriz en palma de la mano izquierda.

- **Intraorales**

- *Frente:* (Fig. 26 A)
 - Caries rampante con pérdida de la corona clínica de incisivos centrales.
 - Línea media normal.
 - Mordida profunda completa en paladar.
- *Lateral Derecha:* (Fig. 26 B)
 - Relación Molar Primaria: N/A
 - Relación Canina Primaria: N/A
- *Lateral Izquierda:* (Fig. 26 C)
 - Relación Molar Primaria: N/A
 - Relación Canina Primaria: N/A

- *Superior.* (Fig. 26 D)
 - Pérdida de sustancia calcificada en 55 (o), 54 (o), 53 (m), 52 (md), 62 (m), 63 (m), 64 (modp), 65 (o).
 - Resto radicular de 51 y 61.
- *Inferior.* (Fig. 26 E)
 - Pérdida de sustancia calcificada 85 (o), 84 (od), 83 (d), 82 (m), 81 (mvd), 71 (mvd), 72 (md), 73 (d), 74 (mod)
 - Resto radicular del 75.

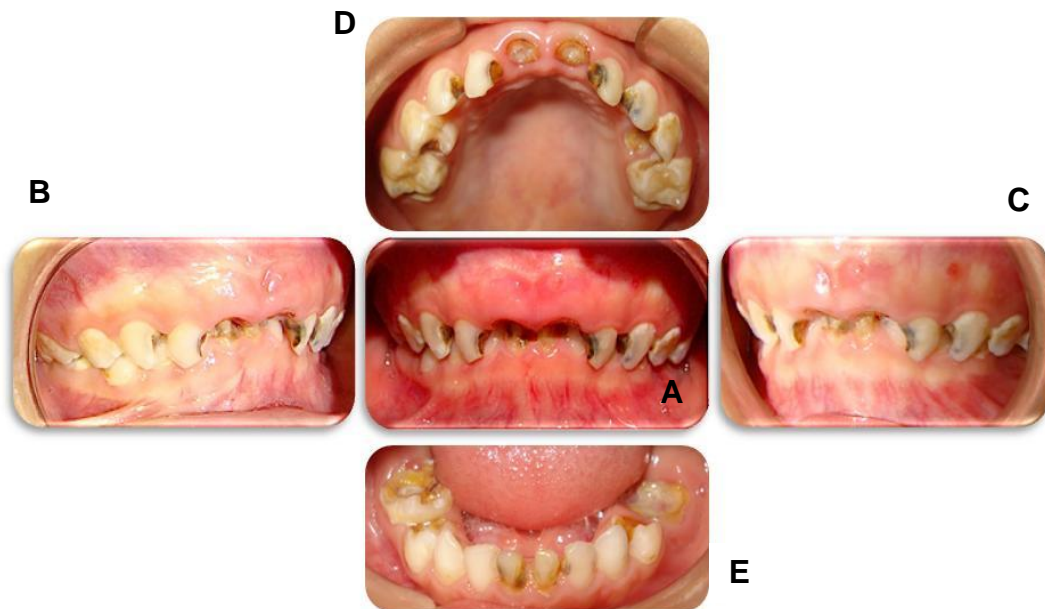


Fig. 26 Fotografías Intraorales Iniciales. (A) Frente. (B) Lateral derecha. (C) Lateral izquierda. (D) Superior. (E) Inferior. Fotos: Postgrado de Odontología Infantil cortesía de Residente de 2do año.

Estudio radiográfico Inicial

- *Periapical Superior Derecha:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en 55 y 54. (Fig. 27 A)
- *Periapical Inferior Derecha:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en 85 e imagen radiopaca del germen del 46 por erupcionar. (Fig. 27 B)
- *Periapical Superior Izquierda:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar del 64 y 65. En 64 se observa reabsorción interna y externa del mismo. (Fig. 27 C)
- *Periapical Inferior Izquierda:* Se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia calcificada con compromiso pulpar en 74, resto radicular de 75 e imagen radiopaca del germen del 36 por erupcionar. (Fig. 27 D)
- *Oclusal Superior:* Se observa pérdida de sustancia calcificada compatible con caries en los incisivos superiores con compromiso pulpar, donde también se puede evidenciar pérdida de la corona clínica de los centrales, así como la reabsorción atípica externa e interna de los mismos, con presencia de imágenes apicales. Se observan imágenes radiopacas compatibles con los gérmenes de los permanentes superiores (centrales y laterales). (Fig. 27 E)
- *Oclusal Inferior:* Se observan imágenes radiolúcidas compatibles con pérdida de sustancia calcificada en los incisivos inferiores e imágenes radiopacas compatibles con los gérmenes de los incisivos por erupcionar. (Fig. 27 F)

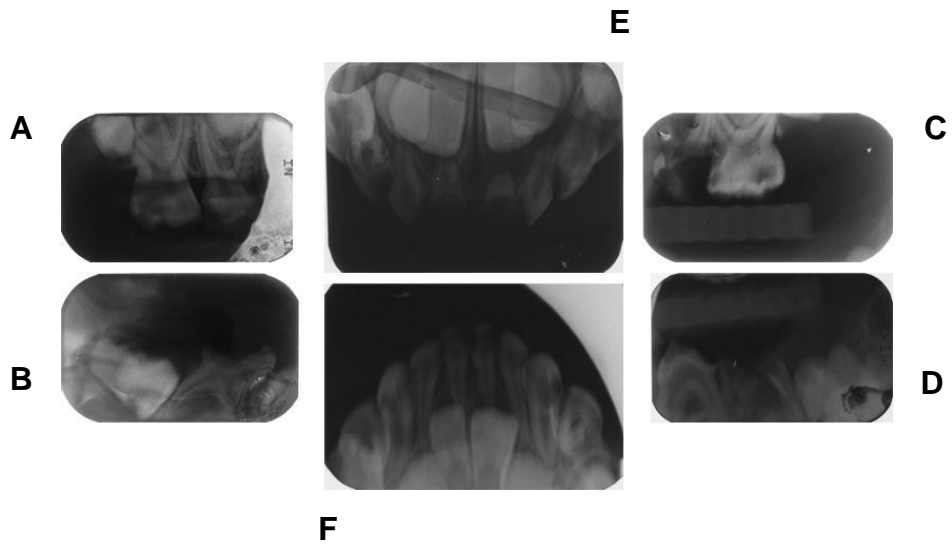


Fig. 27 Radiografías Iniciales. (A) Periapical superior derecha. (B) Periapical inferior derecha. (C) Periapical superior izquierda. (D) Periapical inferior izquierda. (E) Oclusal superior. (F) Oclusal inferior. Fotos: Postgrado de Infantil cortesía de Residente de 2do año.

Diagnóstico

Diagnóstico Médico

- Paciente aparentemente sano.

Diagnóstico Odontológico

- Gingivitis leve asociada a placa dental.
- Caries simple: 65, 72, 83.
- Caries negligente: 55, 54, 53, 52, 62, 63, 65, 74, 84, 71, 81.
- Restos radiculares: 64, 75, 51, 61, 85.
- Alteraciones pulpares:
 - Patología pulpar grado III: 55, 54, 53, 52, 62, 63, 65, 74, 84
 - Patología pulpar grado V: 51, 61, 64, 85, 75.
- Diagnóstico dentario: N/A

Características Psicológicas Iniciales

Paciente masculino de 5 años y 5 meses de edad que se presenta a consulta odontológica en la sala clínica del Postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV, en el mes de abril de 2011, para el tratamiento de caries rampante. Este paciente es atendido actualmente por una residente de 2do año del Postgrado de Infantil.

La residente de 2do año del Postgrado de Infantil explica que se trata de un niño que acude a la consulta con su madrastra. El niño fue maltratado por su madre biológica desde el nacimiento. Refiere la madrastra que el paciente a los 4 años de edad fue hospitalizado por desnutrición, mientras estuvo allí la madre biológica fue conseguida consumiendo drogas en el baño. Las madres de los demás niños hospitalizados que compartían en el mismo sitio, denunciaron a la madre a la LOPNA, otorgándole la custodia del niño al padre biológico que vive con la madrastra. Actualmente, su madrastra se ha encargado de alimentar, cuidar, educar y mantener al paciente.

La madre biológica ha intentado en varias oportunidades contactar a su hijo acercándose a la casa donde vive actualmente. La última vez que fue a verlo, la madrastra lo dejó solo con la madre, esta última en un intento de forzar al niño a realizar alguna actividad que no quería lo tiró al piso, golpeándole el labio superior contra un muro, como se pudo observar en la fotografía de las características extraorales iniciales. En vista de la agresión, la madrastra salió a buscar al niño inmediatamente echando a la madre biológica.

Cuando el paciente se presenta a la consulta por primera vez se evidencia que tiene un percentil de peso y de estatura por debajo del normal para un niño de 5 años; también presenta retraso psicomotor, en el cual su desarrollo cognitivo no concuerda con el desarrollo de un niño para su edad. Pronuncia pocas palabras, no es capaz de completar una oración, se limita a decir “no” cuando no quiere o no le gusta algo, tampoco es capaz de responder a instrucciones o entender lo que se le está explicando. Para la adaptación de este paciente se comenzó con la técnica de Decir, Mostrar y Hacer, pero no dio buenos resultados debido a la incapacidad del paciente de seguir instrucciones.

En las primeras citas fue necesario sostener al paciente con *pediwrap* para su seguridad. En ellas se observaron algunas reacciones físicas como: falta de aire, sudoración, tensión y rigidez muscular. Cuando la residente logró colocar el aislamiento absoluto para la realización del tratamiento correspondiente, el paciente seguía forcejeando en negación a lo que se le realizaba, debido a que no le gusta el sonido de la turbina. Sin embargo, se controló la situación y a pesar de que el paciente se mantenía un poco más tranquilo, siempre presentaba un llanto compensatorio. De esta manera, se le indicaron 4 goteros de flores de Bach (Rescate) por dos meses y se le pidió a la madrastra llevar el frasco a la consulta, para así, disminuir la ansiedad y la intranquilidad que producían constante interrupción del tratamiento.

El paciente aún mantiene la conducta de las primeras citas; sin embargo, ya no es necesario utilizar el *pediwrap* y en ocasiones se ha quedado dormido hacia el final del tratamiento del día. Pero, de igual manera, persiste su estado de alerta e intranquilidad, ya que la residente

refiere que el paciente siempre está pendiente de los instrumentos y materiales que serán utilizados durante el tratamiento, también se queja en el momento que ve que la residente colocar la turbina en la unidad, pues el sonido lo incomoda.

Cuadro Resumen de las Características Iniciales. Instrumento creado por la Prof. María J. Ferro de Farisato

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS PRESENTES	
Taquicardia	X
Palpitaciones	X
Opresión en el pecho	X
Temblores	
Falta de aire	X
Sudoración	X
Molestias digestivas	
Náuseas	
Vómitos	
“Nudo” en el estómago	
Tensión y rigidez muscular	X
Cansancio	X
Hormigueo	
Sensación de mareo e inestabilidad	

Tabla 28. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Físicos Presentes

SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	
Inquietud	X
Agobio	
Sensación de amenaza o peligro	
Ganas de huir o atacar	
Inseguridad	X
Sensación de vacío	X
Sensación de extrañeza o despersonalización	
Temor a perder el control	
Recelos	
Sospechas	
Incertidumbre y dificultad para tomar decisiones	X

Tabla 29. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Psicológicos

SIGNOS Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES	
Estado de alerta e hipervigilancia	X
Bloqueos	X
Torpeza o dificultad para actuar	X
Impulsividad	X
Inquietud motora	X
Dificultad para estar quieto o en reposo	
Interrupciones constantes (agarrándonos la mano)	X

Tabla 30. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Conductuales

SIGNOS Y SÍNTOMAS COGNITIVOS	
Dificultades de atención	X
Concentración y memoria	X
Aumento de los despistes y descuidos	
Preocupación excesiva	
Expectativas negativas	X
Pensamientos distorsionados e inoportunos	X
Incremento de las dudas y la sensación de confusión	
Tendencia a recordar cosas desagradables	
Sobrevalorar pequeños detalles desfavorables	
Abuso de la prevención y de la sospecha	
Interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad	X

Tabla 31. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Cognitivos

SIGNOS Y SÍNTOMAS SOCIALES	
Irritabilidad	
Ensimismamiento	X
Dificultad para iniciar o seguir una conversación	X
Verborrea	
Bloqueo o se queda en blanco a la hora de preguntar o responder	X
Dificultad para expresar sus propias opiniones o hacer valer los propios derechos	X
Temor excesivo a posibles conflictos	

Tabla 32. Características Psicológicas Iniciales. Signos y Síntomas Sociales

Plan de Tratamiento

Adaptación	<ul style="list-style-type: none">• Para la adaptación se utilizaron las técnicas conductistas:<ul style="list-style-type: none">○ Decir, Mostrar, Hacer○ Modelamiento○ Desensibilización○ Durante la consulta el paciente realizó 2 dibujos en los cuales se pudo evidenciar: retardo en desarrollo psicomotor, baja autoestima (Fig. 2 E).
Prevención	<ul style="list-style-type: none">• Enseñanza de técnica de cepillado.• Controles de placa y profilaxis.• Modificaciones en dieta para disminuir alimentos cariogénicos.• Aplicación tópica de Barniz fluorado en dientes afectados.• Aplicación tópica de fluoruro en gel cada 6 meses.
Restaurador	<ul style="list-style-type: none">• Eliminación de caries simples en 72 y 83 obturadas con resina compuesta.• Eliminación de caries negligente en 55, 65, antero-inferiores y caninos obturados con resina compuesta.• Tratamiento endodóntico, sea pulpotomía o pulpectomía, en 54, 53, 52, 62, 63, 74 y 84.• Exodoncias de 51, 61, 64, 75 y 85.
Mantenedor de Espacio	<ul style="list-style-type: none">• Toma de impresión superior e inferior para el diseño y confección de mantenedores de espacio para 51, 61, 64 y 75 y 85, respectivamente. Se darán pautas para el mantenimiento de los mantenedores.
Controles	<ul style="list-style-type: none">• Se realizan controles de los mantenedores cada 3 semanas.• Profilaxis cada 3 semanas, ya que paciente presenta un alto riesgo cariogénico y alto índice de placa.

Tratamiento actualmente llevado a cabo

Adaptación	<ul style="list-style-type: none">• Para la adaptación se utilizaron las técnicas conductistas:<ul style="list-style-type: none">○ Decir, Mostrar, Hacer○ Reforzamiento positivo○ Estabilización protectora• Técnica alternativa:<ul style="list-style-type: none">○ Flores de Bach (Rescate) para disminuir la ansiedad del paciente a la consulta. Se le indicaron 4 goteros diarios por 2 meses.
Prevención	<ul style="list-style-type: none">• Enseñanza de técnica de cepillado.• Controles de placa y profilaxis.• Modificaciones en dieta para disminuir alimentos cariogénicos.• Aplicación tópica de fluoruro en gel cada 6 meses.
Restaurador	<ul style="list-style-type: none">• Eliminación de caries negligente obturadas con base de vidrio ionomérico y resina compuesta en 55 y 65.• Realización de cura formocresolada en 54, obturadas con óxido de Zinc y Eugenol y Vidrio Inomérico.

DISCUSIÓN

Hoy en día no se ha logrado obtener a un consenso sobre la definición del maltrato infantil debido a que el concepto ha evolucionando a través del tiempo mientras que se va conociendo más sobre este fenómeno ¹¹. Muchos autores afirman que un niño maltratado es aquel que tiene amenazada o perjudicada su salud física, mental o su felicidad, por acción u omisión de sus cuidadores ^{2, 9,11,46,47}.

Según Herrera-Basto ⁵, el maltrato infantil es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape de él, y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vía de desarrollo. Sin embargo para otros autores, este fenómeno sí tiene que ver con problemas de desarrollo económico, ya que muchas veces las carencias que impiden la obtención de recursos, sean alimenticios, como de vivienda, o de educación se convierten en detonantes del perpetrador del abuso, debido a la falta de capacidad de canalizar sus frustraciones. Sumado a esto, estas personas, en su mayoría, en algún momento también fueron abusadas ^{2,13,18,19,44,79}. Con respecto a los casos reportados no se pudo confirmar de ninguno si los abusadores fueron abusados o no durante su crecimiento o infancia.

En Venezuela, así como en otros países de Latinoamérica, no es solo un problema de clase social, también es considerado un problema cultural, ya que el castigo físico es considerado una práctica habitual y aceptada por muchas sociedades como una forma de disciplina. Si se tiene en cuenta que la mayoría de los actos de violencia contra los niños los llevan a cabo

personas que ellos quieren y en las que deberían confiar, como son sus propios padres, el problema se hace más difícil y se profundiza. Durante la realización del reporte de casos, se pudo evidenciar que los casos provienen de clases sociales medias-bajas y obreras con pobreza relativa, pues tres de los casos 1, 2 y 4 pertenecen al nivel socioeconómico, denominado por Graffar, estrato social III, como clase media baja; y el caso 3 de estrato social IV, como clase obrera con pobreza relativa; lo que coincide con lo descrito por los diferentes autores en sus investigaciones.

A nivel odontológico no existen muchos trabajos que hablen sobre el maltrato infantil y su relación con la odontología, sobre todo en cuanto a la adaptación de estos niños a la consulta, pero en la literatura encontrada sobre la misma existe una afirmación importante, siendo esta, que siempre debe tomarse en cuenta que dentro del marco que caracteriza al maltrato y al abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, pediatra u otros profesionales de la salud, ya que los padres o cuidadores responsables no suelen llevar a los niños al mismo médico o centro de salud más de una vez para no ser descubiertos ^{4,18,20,47}. De los casos expuestos se puede decir que los casos que coinciden en este aspecto con la literatura son los casos 1 y 3, debido a que los representantes de los mismos, del cual se sospechó que pueden ser los perpetradores del abuso, no imaginaron que a través de la consulta odontológica se pudiese pensar que sus hijos fueran maltratados. A diferencia de los casos 2 y 4 que no se toman en cuenta para este aspecto, ya que una de las razones por las cuales acudieron al servicio del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV fue por la incapacidad de los niños de adaptarse a la consulta odontológica por los problemas psicológicos debido al maltrato infantil.

Varios autores coinciden que en cuanto a las características físicas, las lesiones encontradas en cara y cuello se ubican en primer lugar, ya que entre 50 y el 70% de casos se presentan en estas áreas ⁴⁷, lo que para los odontólogos es muy importante, ya que es su zona de trabajo. Entre las lesiones más comunes están la de los tejidos blandos y lesiones en piel, así como las quemaduras y los traumatismos dentales. También se pueden observar contusiones, hematomas, arañazos y equimosis ^{4,46}. Normalmente no se ve un solo tipo de lesión, la mayoría se presentan en conjunto donde se pueden observar más de un tipo de ellas. En segundo lugar aparecen los golpes o quemaduras en las extremidades, costillas y cráneos, pudiendo llegar a su fractura cuando los golpes son muy fuertes. Según los casos reportados, dos de ellos, coinciden con los autores en cuanto a la aparición de lesiones en piel ubicados en extremidades y cara, en el caso 3 se pudo evidenciar lesiones por quemaduras de cigarrillos en mano y pierna izquierda (Fig. 23); y en el caso 4 se observaron lesiones en labio superior, y cicatrices debajo de la ala izquierda de la nariz, así como también en la palma de la mano izquierda, pero no se pudo determinar la causa de las lesiones (Fig. 25). Según lo que refiere su cuidadora, son cicatrices de golpes pasados, realizados por la madre biológica del paciente ^{4,20,47}.

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dejan consecuencias psicológicas notables en la conducta y en desarrollo del individuo. La severidad y cronicidad de estas secuelas va a depender de: la intensidad y la frecuencia del maltrato, de las características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, las habilidades sociales, entre otros), el uso o no de la violencia física, la relación del niño con el agresor, el apoyo intrafamiliar a la víctima infantil, y el acceso y capacidad de los servicios de ayuda médica, psicológica y social. De los

casos reportados, los casos 1, 2 y 4 presentaron características psicológicas comunes, las cuales afectaron la adaptación a la consulta odontológica de los mismos, pudiéndose notar un retraso por detención de su proceso normal de desarrollo, ansiedad, temor, preocupación excesiva, constante estado de alerta, poco o nada capacidad de socializar con otras personas, bloqueos, hiperactividad, entre otras características, como lo reportan la mayoría de los autores. A pesar de que el caso 3 solo arrojó conductas de hiperactividad, dichas características no son concluyentes para eliminar la sospecha de que la paciente es maltratada debido a las lesiones en piel presentadas. Más bien su hiperactividad puede ser un indicador de riesgo para ella, porque puede lograr que el representante se desespere y actúe quemándola como castigo para mejorar su conducta, así como lo reportan varios autores ^{5,24}.

Luego de evaluar las características físicas, conductuales, emocionales y sociales, de los diferentes casos, los tipos de maltrato que se pudieron apreciar fueron:

- Caso 1: combinación de maltrato físico psicológico, por omisión y negligencia, además de haber sido un parto no deseado, como lo refirió la madre durante la anamnesis.
- Caso 2: abuso sexual.
- Caso 3: maltrato físico por quemaduras.
- Caso 4: maltrato físico, negligencia, omisión, siendo este el caso más complejo, ya que este paciente es el que tiene mayores consecuencias en cuanto a desarrollo.

Cabe destacar que los únicos casos con diagnóstico médico y psiquiátrico son los casos 2 y 4, ya que en los otros dos casos, una vez observadas las características mencionadas anteriormente se sospechó lo

ocurrido. De esta manera, es importante aclarar que no es responsabilidad del odontólogo hacer el diagnóstico de un niño maltratado, porque este no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecer diferencias entre los signos del maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Sin embargo, durante la exploración, se puede reconocer o sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente por las heridas o lesiones que presente en la cavidad bucal, así como también por las conductas observadas.

En cuanto a los tipos de maltrato descritos por los autores mencionados en esta investigación, el tipo predominante fue el maltrato físico. La Dra. Mercedes Castro, pediatra del grupo de trabajadores de FONDENIMA, afirma en su informe sobre el maltrato físico en niños que este tipo de maltrato es la primera causa de muerte alrededor del mundo, considerando que mueren al menos 3 niños diariamente, de los cuales el 90% del total son menores de 5 años y de ellos el 50% son menores de 1 año ⁴⁶. También, Larraín en su estudio realizado en el 2010, reporta que el 35% de los casos manifestaron haber sido víctima del maltrato físico y el 13% expresó haber vivido violencia psicológica ⁹. Asimismo en Venezuela estos datos coinciden según las estadísticas proporcionadas por FONDENIMA para el 2010, donde muestran que el mayor porcentaje lo obtuvo el maltrato físico, seguido por el maltrato psicológico, abuso sexual, negligencia, y por último con el menor porcentaje el maltrato social y el Síndrome de Munchausen, que solo representaron el 1% del total de casos reportados.

Cuando se habla de edad y sexo, de los casos reportados, el mayor porcentaje afectado fue el sexo femenino y las edades más afectadas fueron

entre los 4 y 6 años de edad. FONDENIMA reportó, que del total de casos de maltrato que pudieron observar, el sexo femenino predominó con un 56% de los casos, en tanto el masculino solo fue del 44%. Según las edades, el grupo más afectado fue el comprendido entre los 0 y 5 años, luego se destacaron las edades entre los 6 y 10 años ⁸. Pero la Dra. Castro, como otros autores, desglosan un poco más los datos obtenidos en su estudios donde reportan que la edad está asociada al tipo del maltrato recibido y a la edad que se presenta siendo así que el maltrato físico es más frecuente entre la lactancia y la edad preescolar, con predominio del sexo masculino, mientras que en abuso sexual predomina el sexo femenino y es más frecuente desde la edad preescolar hasta la adolescencia. Cuando se comparan estos datos con los casos reportados podemos observar que sí se evalúa solo el sexo, los datos coinciden con las estadísticas de FONDENIMA, mas no lo hacen con los demás estudios. Por otra parte, cuando evaluamos el sexo según el tipo de abuso, si coincide esta investigación con las demás, ya que el sexo femenino predominó en el abuso sexual y al cual la edad también corresponde con la bibliografía citada ^{9,10}.

Los odontopediatras, utilizando las herramientas proporcionadas en esta investigación, pueden detectar cambios anormales en la personalidad del niño. Al abordar a un paciente que ha sido víctima del maltrato infantil, las técnicas del manejo de la conducta se pueden considerar un arte a través del cual se establece la comunicación, se fomenta la educación y se construye una relación de confianza entre el niño y su odontopediatra. Es imprescindible tener en cuenta que la gama de técnicas para la adaptación de estos niños a la consulta no es limitada, existe un gran conjunto de técnicas que pueden ser aplicadas desde diferentes puntos de vistas psicológicos. Con respecto a las técnicas de adaptación utilizadas para la adaptación de los casos reportados, se puede demostrar que coinciden con

las técnicas referentes a los cambios de conducta que se describen en la bibliografía por varios autores. También se aplicaron técnicas psicoanalíticas y de la Gestalt como el dibujo libre y la relajación, respectivamente, para lograr una mejor adaptación cuando el cambio de conducta no era suficiente, además esto permitió ver el mundo interior del niño afectado que no sabe cómo exteriorizar lo que le ha ocurrido, dando una perspectiva más amplia de su problema que lleva a entender mejor su situación.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación se puede concluir lo siguiente:

Con respecto al objetivo general:

- La adaptación de un paciente maltratado es un reto para el odontopediatra, por ello es importante la presentación de herramientas que permitan a los mismos adaptar a los pacientes maltratados permitiendo la realización de los tratamientos pertinentes que el paciente requiera.
- Los odontopediatras normalmente buscan el cambio conductual del paciente, pero a través de esta investigación se consiguen conocer muchas más técnicas desde diferentes puntos de vista psicológicos que pueden ser empleadas cuando la falta de herramientas para la adaptación lo requiera, dándole al odontopediatra otras alternativas.

Con respecto a los objetivos específicos:

- Los índices de maltrato infantil aumentan excesivamente todos los años, sobre todo en países como Venezuela debido a las condiciones socioeconómicas y culturales que presentan, es por ello que el odontopediatra juega un papel muy importante para la detección del maltrato infantil, porque tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico pediatra u otros profesionales de la salud, ya que los padres o cuidadores que maltratan a los niños no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos. Sin embargo, no suelen tomar estas precauciones con los odontólogos.

- Dentro de las características iniciales descritas de cada caso, se pudo observar que muchos de los síntomas y signos, tanto físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales, fueron comunes para todos los casos y además en todos ellos, la mayoría de las características se encontraban presentes.
- Gracias a la conducta inadecuada inicial observada durante la consulta clínica, la cual impedía la adaptación del paciente a la misma, se logró identificar su causa, permitiéndonos conocer que dichas conductas estaban relacionadas con maltrato infantil, por esto la importancia de reconocerlas en los pacientes quienes se sospeche de maltrato.
- Luego de la realización del tratamiento y la implementación, mantenimiento y reducción de las conductas deseadas y no deseadas se pudo evidenciar el cambio positivo del paciente en cuanto a su adaptación a la consulta odontológica permitiéndonos realizar todos los tratamientos pautados para cada paciente.
- Dentro de las técnicas aplicadas a los niños maltratados que forman parte de esta investigación se evidenció que a través de la aplicación de otras técnicas que profundizan un poco más sobre las características psicológicas del mismo cuando presentó una conducta inadecuada y no se sabía la razón de dicha conducta, el psicoanálisis fue de gran ayuda, ya que a través del análisis de dibujos e interpretación de ideas se consiguió detallar características de los pacientes que a simple vista no eran visibles. Por otra parte, muchas veces, los odontopediatras no identifican a la relajación como parte de la terapia Gestalt, técnica muy útil para estos pacientes cuyo rango de ansiedad es sumamente alto, y esta al ser aplicada se puede conseguir la disminución de la ansiedad del paciente.
- Durante la adaptación de cada paciente no se trabajó con una técnica específica, se trabajó con una combinación de todas ellas, pues

depende de cada caso las técnicas que serán empleadas, ya que como seres individuales, a pesar de tener características psicológicas similares cada individuo tiene una manera diferente de reaccionar a los estímulos proporcionados, por lo cual una sola técnica o un orden en el cual deben ser aplicados no es viable. Para ello, se deben utilizar las técnicas más apropiadas para cada caso en el orden que se requiera y lo demande la situación. Por eso, el odontopediatra debe capacitarse para reconocer a un paciente maltratado para saber cuáles técnicas de adaptación son las más apropiadas para cada caso, ya que la identificación de los factores e indicadores del maltrato le permitirán plantear estrategias adecuadas para su atención en la consulta. Además, es importante hacer una evaluación exhaustiva de los datos dados por los padres y por el niño, observar su conducta, su vestimenta y determinar si presenta lesiones físicas características del maltrato.

RECOMENDACIONES

- Es importante destacar que no es responsabilidad del odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, porque no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos para poder establecerlo. Pero, si puede alertar y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado como resultado de las características físicas y conductuales que presente.
- El saber reconocer a un niño maltratado no debe quedarse solo en ello, como ley a los odontólogos se les exige denunciar los presuntos casos ante las autoridades protectoras de los menores. Denunciarlos no solo tiene la finalidad de acusar o penalizar al perpetrador, es algo más complejo, ya que esos casos deben ser manejados por un equipo multidisciplinario, porque el niño agredido necesita ayuda urgente tanto por sus lesiones físicas como para las emocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. (2010). Maltrato Infantil. Centro de Prensa, 150.
2. Beltrán, L. (2006). Violencia contra niñas, niños y adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Informe
3. Larraín, S., & Bascuñán, C. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, Organización de las Naciones Unidas (ONU); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Chile.
4. Morales, M. (2009). Rol del Odontopediatra en el Diagnóstico de Maltrato Infantil. Act. Odont. Venez., 47 (2).
5. Herrera-Basto, E. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. Salud Pública de México- Actualizaciones , 41 (5).
6. Medrano, G., & Perona, G. (2010). Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? Odontol Pediatr , 9 (1), 78-94.
7. Francisco, J. (1998). Abuso Sexual Infantil. Fundación Patronato, Caracas, Venezuela.
8. Coordinación de Trabajo Social. (2010). Estadísticas. Fundación Oficina nacional de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA), Caracas, Venezuela.
9. Larraín, S. (2010). Estudio sobre el maltrato Infantil en el ámbito familiar- Paraguay. Documento de Trabajo, Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Chile.
10. Castro, M. (2004). Maltrato Infantil: Pensar lo Impensable. Archivos Venezolanos de Puricultura y Pediatría , 67 (3), 136-142.

11. Crotti, E. (2006). Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile. Análisis Comparativo 1994-2000-2006. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Chile.
12. Muñoz, Y. (2007). El abuso y el maltrato no siempre presentan huellas físicas fácilmente visibles, pero siempre dejan su marca en la conducta. Obtenido de El Maltrato Infantil: http://elmaltratoinfantilenvzla.blogspot.com/2011_01_01_archive.html
13. Cornieles, C., Guerra, J., Morales, C., Pachano, C., Pocaterra, M., Vegas, L., y otros. (1997). Caso de Maltrato Infantil. Trabajo de Grado, Universidad Católica Andrés Bello, Maestría en Desarrollo Infantil y sus Desviaciones, Caracas, Venezuela.
14. Loredó, A. y. (2010). Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estado y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. Salud Mental , 33 (3), 281- 290.
15. Pinheiro, P. (2006). La Violencia contra los niños y niñas. Informe Mundial, Organización de las Naciones Unidas (ONU).
16. Fernández, G., & Perea, J. (2004). Síndrome del Niño Maltratado.
17. CEPAL-UNICEF. (2009). El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas de Venezuela.
18. Zamudio, Y. (1994). El maltrato infantil y su relación con la odontología. Trabajo de Grado, Facultad de Odontología-UCV, Postgrado de Odontología Infantil.
19. FECS, & Beltrán, L. (2005). Problemas Sociales en Venezuela. Violencia contra niños, niñas y adolescentes. Recuperado el 2011, de Gobierno Bolivariano de Venezuela.: http://fecs.msinfo.info/opac/php/documento_presentar_imprimir.php?base=documentos&cipar=documentos.par&Formato=i&Mfn=2
20. Gallegos, L., Miegimolle, M., & Planells, P. (13 de 3 de 2002). Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado. Act. Odont. Venez.

21. Matamoros, D., & Coello-Cortés, R. (1986). Síndrome de Munchausen. *Revista Médica Hondur.* , 54, 233-236.
22. Rodríguez, J., & Carvajal, E. (2011). Síndrome de Munchausen por sustitución- Caso clínico. Recuperado el 29 de agosto de 2011, de [mapsicologia.com/](http://maspsicologia.com/) Psicología contemporánea con un toque fresco y ecléctico: <http://maspsicologia.com/2011/04/sindrome-de-munchausen-por-sustitucion-caso-clinico.pdf>
23. López, A. (2001). Indicadores de Maltrato infantil, dirigido a defensores de las niñas/niños y adolescentes, además de otros miembros del Sistema de Protección. Fundación Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado (FONDENIMA), Escuela para Padres de FONDENIMA, Caracas, Venezuela.
24. Sánchez, C. (2004). Mesa técnica sobre procedimientos para la prevención y detección de maltrato de niños y niñas menores de 5 años en el contexto de la Estrategia AIEPI. FONDENIMA, Caracas, Venezuela.
25. Ferro, M. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la Clínica Odontológica. *Acta Odontol. Venez* , 43 (2).
26. DeMar, G. (1988). *El Conductismo. Sobreviviendo a la Universidad Exitosamente: Un Manual Completo para los Rigores del Combate Académico* . Primero Resources.
27. Medina, P. (1998). Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Act Odont Vzla* , 2.
28. Figueroa de Garzón, M. (1996). Adaptación del niño a la consulta odontológica. En R. Sogbe, & A. Gracia-Flores, *Conceptos Básicos de Odontología Pediátrica* (págs. 20-36). Caracas, Venezuela: Disinlimed, C.A.
29. Sandia, N., & Soto, R. (2006). Técnica Time-Out. Universidad Central de Venezuela, Postgrado de Odontología Infantil, Caracas.

30. Furman, E. (2004). Hacia la construcción de una Clínica Odontológica agradable para los Niños de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. Tesis, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina- Especialización en Prevención de Maltrato Infantil, Bogotá, Colombia.
31. Vásquez, C. (2004). Psicoterapia Gestalt: Conceptos, principio y técnicas. Recuperado el 2011, de espacioLogopédico.com: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=567
32. Salama, H. (2008). Acercamiento al origen de la psicología Gestalt. En H. Salama, Psicoterapia Gestalt (págs. 19-24). Barcelona, España: Amat, S.L.
33. Santacruz, S., Valiente, X., Velásquez, L., & Lazcano, P. (1999). Introducción a la Terapia Gestalt. Universidad Internacional SEK, UAHC y Universidad de Concepción, Chile.
34. Colina, L., & Behrens, S. (1994). Terapia Cognitiva. Cómo manejar la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico y las fobias. (2da ed.). Caracas, Venezuela: Gremeica Editores C.A.
35. Marsellach, G. (2011). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Recuperado el 2011, de Galeon.com: <http://ugt-aena.galeon.com/cognitivas.html>
36. Biografías y Vidas. (2004). Recuperado el 2011, de Sigmund Freud: <http://www.biografiasyvidas.com/monografia/freud/psicoanalisis.htm>
37. Ward, I., & Zárate, O. (2006). Psicoanálisis Para Principiantes. Buenos Aires, Argentina: Era Naciente SRL.
38. Calvo, I. (2011). Asociación Libre. Recuperado el 13 de Septiembre de 2001, de PortalPsicológico- psicología en red: <http://www.portalpsicologico.org/traatamientos-psicoanalisis/asociacion-libre.html>

39. Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis (6 ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
40. Tank, R., & Fazani, A. (2009). La Asociación Libre. Recuperado el 13 de Septiembre de 2011, de VisiónPsicológica- Juntos para una visión 2010: <http://visionpsicologica.blogspot.com>
41. De Faria, L. M., & Pérez, M. C. (1995). Características de los Dibujos de Niños con Enfermedades Crónicas. Trabajo de Investigación, Escuela de Psicología/ Universidad Católica Andrés Bello, Facultad de Humanidades y Educación, Caracas, Venezuela.
42. González, R. (2006). Análisis del Dibujo Infantil. I+ E, Revista Digital "Investigación y Educación" .
43. Banús, S. (2011). Psicología Clínica Infantil. Una aproximación a su conocimiento. Recuperado el 2011, de Psicodiagnosis.es: <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/significado-del-color-en-los-dibujos-de-los-nios/index.php>
44. Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación (Vol. 5). Caracas, Venezuela: Episteme.
45. Hernández, R. y. (2006). Metodología de la Investigación (Vol. 4). México: McGraw-Hill Interamericana.
46. Castro, M. (1998). El Maltrato Físico en Niños. Hospital "J.M de los Ríos", FONDENIMA, Caracas, Venezuela.
47. Ferro, M., Maldonado, A., Montiel, Y., & Rivas, M. (2010). Implicaciones Psicológicas del Paciente Odontológico con Maltrato Infantil. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" (1317-5823).