

TÍTULO: Participación del odontopediatra en la detección de maltrato infantil y en el seguimiento de pacientes víctimas de este problema.

SEUDÓNIMO: 226169

RESUMEN:

Introducción: El maltrato infantil es uno de los problemas más graves y complejos de nuestra sociedad en la actualidad, y el odontopediatra puede ser el primer profesional de la salud interviniente que reconozca las lesiones generadas como producto de la violencia activa ejercida sobre los menores de edad. Pese a ello, los odontólogos, frecuentemente no cumplen con su deber ético profesional y no denuncian los casos de maltrato. Teniendo en cuenta esta problemática, el objetivo general de este trabajo fue evaluar la participación del odontopediatra en la detección, denuncia y seguimiento de pacientes que sufren maltrato infantil en el Hospital Materno Infantil Argentina Diego, de la ciudad de Azul.

Materiales y Métodos: En primer lugar, se llevó a cabo un estudio observacional transversal en el que se incluyeron los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital, desde enero de 2017 a septiembre de 2019 y se evaluó la frecuencia de intervención del servicio de Odontopediatría como primer efector de denuncia. En una segunda instancia, se realizó un estudio de casos y controles, para analizar la asociación entre el maltrato infantil y la asistencia a los turnos odontológicos programados. Se incluyeron como casos a la totalidad de pacientes maltratados del servicio de odontopediatría (n=15), y como controles se seleccionaron aleatoriamente a pacientes no maltratados del servicio (n=15). El análisis estadístico de esta segunda etapa, se realizó mediante una tabla de contingencia y el test de Chi-cuadrado con corrección de Yates. A su vez, se confeccionaron una guía de detección de posibles casos de maltrato y un protocolo a seguir para el Odontopediatra.

Resultados: En la primera etapa de estudio, se encontró un total de 62 casos de maltrato infantil en el hospital, 15 de los cuales eran pacientes del servicio de odontopediatría, siendo este servicio el primer efector de solo 1 de estas denuncias. A partir del análisis efectuado en la segunda etapa, se obtuvo como resultado una asociación significativa entre el maltrato infantil y la asistencia a los turnos odontológicos programados, concurriendo los niños maltratados en menor medida que los no maltratados ($p < 0,005$).

Conclusiones: El servicio de odontopediatría posee un bajo nivel de detección de casos maltrato infantil, a pesar de atender a un 25% de los pacientes maltratados. Esto puede deberse a que estos niños tienen una menor concurrencia a los turnos programados en comparación con los no maltratados. Por este motivo, es fundamental que el odontopediatra se capacite para la detección y denuncia de los casos de maltrato y el seguimiento de los niños víctimas de este problema.

PALABRAS CLAVES: maltrato infantil, odontopediatra, detección, concurrencia, turnos.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es uno de los problemas más graves y complejos de nuestra sociedad en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato hacia niños o adolescentes abarca “toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contacto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Fierro Monti et al., 2012). El maltrato y el abandono afectan negativamente tanto a corto como largo plazo la salud mental y física del niño, su capacidad de aprendizaje, rendimiento académico, su desarrollo en el ámbito social y el comportamiento.

El estudio de los casos de situaciones de maltrato comienza en el año 1868, cuando Ambrosio Tardieu, un médico legista francés, hizo sus primeras observaciones de niños maltratados al encontrar lesiones poco frecuentes en 32 niños, 19 de los cuales fueron quemados o asfixiados. Años más tarde, John Caffey, un radiólogo pediatra, encontró una asociación entre las fracturas múltiples y alteraciones anormales de huesos largos con la presencia de hematomas subdurales crónicos, edema de tejidos blandos, equimosis o excoriaciones en niños, estableciendo a partir de estos hallazgos los primeros signos clínicos que pueden observarse en casos de maltrato infantil (Gómez De Terreros et al., 2006). La teoría de Caffey, la cual postulaba que estos hallazgos clínicos, sumados a las radiografías como método diagnóstico auxiliar debían asociarse con maltrato infantil, fue sostenida por el pediatra Henry Kempe, quien en 1962 introdujo el término “síndrome del niño apaleado o golpeado”, el cual fue definido como el uso de fuerza física, no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño. (Castro & Criscuolo, 2014)

En la actualidad, el maltrato puede dividirse en dos tipos: el maltrato pasivo, que incluye el abandono físico y emocional, la omisión y la negligencia; y el maltrato activo, que incluye el abuso sexual, el abuso emocional, la explotación laboral y el abuso físico, siendo este último el aspecto estudiado inicialmente por los autores previamente detallados (Requena Mendoza et al., 2014).

La violencia física es el tipo de maltrato más común tanto en adultos como en niños. Más del 50 % de las injurias ocurren en la cabeza y zona facial, incluyendo cavidad oral, y más del 70 % de las muertes se atribuye al abuso causado por lesiones en el área orofacial, cabeza y cuello (Doria Martínez & Navarro Chong, 2016). Según UNICEF, 7 de cada 10 niños padecen métodos de disciplina violenta en sus hogares (UNICEF Argentina, 2019), y de acuerdo a datos obtenidos del programa de Ministerio de la Nación “Las víctimas contra la violencia 2018-2019”, la mayor cantidad de víctimas de violencia sexual atendidas por el programa son niñas, niños y adolescentes, quienes comprenden el 59,2% del total, y el 52,7% del total de llamados recibidos por violencia familiar se tratan también de niños y adolescentes, agravándose la situación de maltrato en este grupo poblacional por su mayor grado de vulnerabilidad (Observatorio de Violencia contra las Mujeres- INAM, 2017)

Entre los distintos profesionales de la salud que atienden a estos niños, víctimas de maltrato, cuando asisten a hospitales o centros de salud, el odontopediatra puede ser el primer profesional interviniente que reconozca las lesiones generadas como producto de la violencia activa ejercida sobre los menores de edad. Por este motivo, el personal del sector de odontopediatría debería estar capacitado para la detección, el diagnóstico y el reporte de casos de maltrato infantil.

Detectar implica reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil, considerándose primordial para poder intervenir y asistir a la familia y al menor de edad. Se debe detectar lo más precozmente posible, basándose en la identificación de las señales de sospecha. Todos los profesionales de la salud, incluidos los odontólogos, están obligados éticamente, por sus códigos y leyes, a denunciar si se sospecha de abuso o abandono infantil. En caso de detectarse indicadores de abuso en un paciente y no realizar la denuncia correspondiente, esto debería ser considerado un acto de negligencia médica (Heit et al., 2014). La negligencia en el ámbito familiar, consiste en la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor, por parte de sus padres o cuidadores, y usualmente se produce junto a otras situaciones como el maltrato físico infantil y otras formas de violencia familiar (Fierro Monti et al., 2012).

Según la evidencia científica, los odontólogos, frecuentemente no cumplen con su deber ético profesional y son malos denunciadores de maltrato. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre 246 odontopediatras americanos, se verificó que sólo el 9 % había realizado alguna vez alguna denuncia de maltrato. A su vez, otro estudio reveló que, de 1.332 odontólogos de un estado americano, menos de 45 sabían que como profesionales de la salud tenían responsabilidad penal (Fernandez Delgado et al., 1999). En ambos casos, se puede observar una actitud pasiva por parte del área odontológica en relación al tema en cuestión.

Para hacer efectiva la denuncia, en el caso de la provincia de Buenos Aires, se cuenta con el Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y Asistencia a las Víctimas que se establece a partir de la Ley de Violencia Familiar de la Pcia. de Bs. As. Nº 12.569.

Al ser los odontopediatras, profesionales que poseen una alta probabilidad de identificar lesiones que pueden ser compatibles con maltrato infantil, en comparación con otros actores del sistema de salud, es de suma importancia el reconocimiento de los signos clínicos específicos por parte de ellos, y conocer a su vez, su responsabilidad tanto legal como ética de informar a las autoridades competentes sobre estas situaciones, para detectar a tiempo posibles casos registrarlos adecuadamente durante la consulta odontológica y denunciarlos oportunamente .

Asimismo, es imprescindible que el odontopediatra pueda asociar la falta de cuidado de la salud bucal del niño, y el no cumplimiento a los turnos programados, con un acto de negligencia por parte de los padres, y vincularla a una forma de maltrato infantil, teniendo en cuenta la estrecha relación que existe entre estas situaciones.

Considerando que el odontopediatra es un actor del sistema de salud de primordial importancia para la detección y denuncia de casos de maltrato infantil, como así también para el seguimiento activo de la salud bucal de estos niños, el objetivo general de este trabajo fue evaluar la participación del odontopediatra en la detección, denuncia y seguimiento de pacientes que sufren maltrato infantil en el Hospital Materno Infantil Argentina Diego, de la ciudad de Azul, provincia de Buenos Aires. Para ello, se propusieron los siguientes objetivos específicos:

1) Determinar la cantidad de casos de maltrato detectados en el Hospital Materno Infantil Argentina Diego en los últimos 3 años.

2) Calcular la frecuencia con la que el Servicio de odontopediatría del Hospital Materno infantil Argentina Diego es el primer efector de denuncias de maltrato infantil.

3) Establecer si existe una asociación entre el maltrato infantil y la concurrencia a turnos programados al servicio de odontopediatría.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que, según la búsqueda bibliográfica realizada, no existen en Argentina herramientas orientadas a la práctica odontológica en particular para la detección de casos de maltrato infantil, y que contar con una podría reducir daños y atenuar o revertir los factores de riesgo presentes, se propuso como último objetivo específico:

4) Confeccionar una guía de detección de maltrato infantil para el odontopediatra y un protocolo de actuación ante casos de maltrato.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Determinación de la cantidad de casos de maltrato y de la frecuencia con la que el Servicio de odontopediatría es el primer efector de denuncias.

Para determinar la cantidad de casos de maltrato detectados en el Hospital Materno Infantil Argentina Diego en los últimos 3 años y calcular la frecuencia con la que el Servicio de odontopediatría del Hospital Materno infantil Argentina Diego es el primer efector de denuncias de maltrato infantil (objetivos específicos 1 y 2), se llevó a cabo un estudio observacional transversal en el que se incluyeron todos los casos de maltrato detectados en el Hospital Materno infantil Argentina Diego de Azul, desde enero de 2017 a septiembre de 2019, los cuales habían sido registrados en planillas de denuncia del servicio de Asistencia Social. Mediante el registro de historias clínicas de los pacientes involucrados, se investigó en primer lugar el número total de casos de maltrato detectados en el hospital durante el periodo

planteado, y luego se calculó como porcentaje del total aquellos casos en los que el servicio de odontopediatría fue el primer efector de denuncia.

Asociación entre el maltrato infantil y la concurrencia a turnos odontológicos programados.

Para ejecutar el objetivo específico 3, en el cual se planteó establecer la asociación entre el maltrato infantil y la concurrencia a turnos programados al servicio de odontopediatría, se realizó un estudio de casos y controles, en el cual se incluyeron como casos al total de niños maltratados registrados como pacientes del servicio de odontopediatría (n=15) y, como controles, una muestra al azar de niños no maltratados registrados también como pacientes del servicio (n=15).

Para la selección de la muestra del grupo de casos, se aisló del total de casos de maltrato denunciados en el hospital la muestra correspondiente a niños de 0 a 15 años de edad (franja etaria que podría atenderse en el servicio de Odontopediatría) y de ésta, solo se incluyó a los niños registrados como pacientes del Servicio de Odontología; mientras que la selección de la muestra de controles se realizó aleatoriamente entre aquellos niños no maltratados que se encontraban registrados como pacientes del servicio de odontopediatría.

Con el fin de analizar la concurrencia tanto de los casos como de los controles a los turnos programados por el servicio de odontopediatría, se solicitaron al servicio de Estadística del hospital las historias clínicas pertenecientes a cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, y se registró el número de pacientes maltratados y no maltratados que asistieron a menos del 50% de los turnos programados por el servicio de odontopediatría, y el número de pacientes maltratados y no maltratados que asistieron al 50% o más de los turnos programados por el servicio.

El análisis estadístico para determinar la asociación entre los casos de maltrato infantil y la asistencia a los turnos odontológicos programados se realizó mediante una tabla de contingencia y el test de Chi-Cuadrado con corrección de Yates.

Confección de la guía de detección de maltrato infantil y del protocolo de actuación.

Por último, para realizar la confección de la guía de detección de maltrato infantil para el odontopediatra y protocolo de actuación ante casos de maltrato, establecida como objetivo específico 4, se procedió a la búsqueda bibliográfica de artículos que incluyeran las características y signos clínicos más frecuentemente reportados en casos de maltrato infantil y que pudieran ser observadas en la consulta odontológica, y situaciones de alerta durante la anamnesis que darían indicios del mismo, datos que fueron incluidos dentro de la guía de detección de maltrato. (Doria Martínez & Navarro Chong, 2016; Emilio Herrera-Basto, 1999; Oliván Gonzalvo, 2002).

Adicionalmente, la confección del protocolo de actuación por parte del odontopediatra, se llevó a cabo en base a la información obtenida a través de una entrevista personal a los profesionales del Servicio de Asistencia social del nosocomio local, quienes forman parte del Comité de Violencia del Hospital Materno infantil Argentina Diego, dentro del marco de las actividades académicas de la Residencia de Odontopediatría, y del Protocolo Provincial correspondiente (Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje Del Abuso Sexual Hacia Niños, Niñas o Adolescentes, 2019).

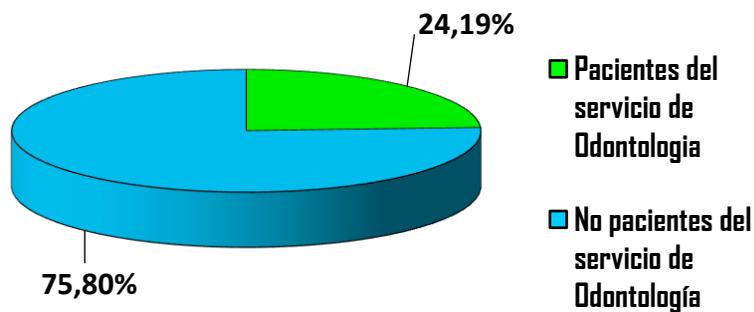
RESULTADOS:

Casos de maltrato infantil y frecuencia del Servicio de Odontopediatría como primer efector de denuncia.

Desde enero de 2017 a septiembre de 2019 el total de denuncias por maltrato en el Hospital materno infantil Argentina Diego de Azul fue de 78 casos; 62 de los mismos correspondientes a menores de 15 años (franja etaria que se atiende en el servicio de odontología).

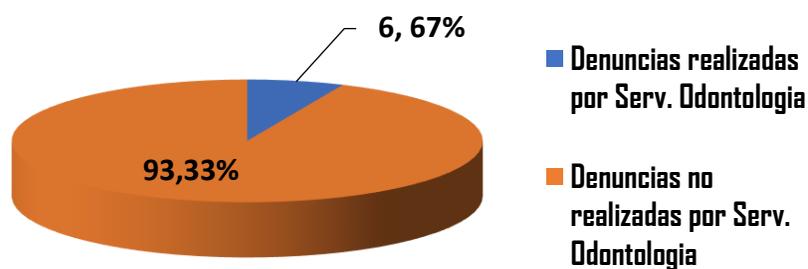
De los 62 niños víctimas de maltrato infantil, 15 correspondieron a pacientes del servicio de odontología, mientras que 47 no fueron pacientes del mismo. El porcentaje correspondiente a los mismos se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Porcentaje de niños víctimas de maltrato que asisten al servicio de odontopediatría



De las 15 denuncias correspondientes a los pacientes maltratados que se atienden en el servicio de odontopediatría del hospital materno infantil Argentina Diego, solo 1 fue realizada por este servicio, lo que corresponde a un 6,67% de las mismas, tal como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Porcentaje de denuncias correspondientes a pacientes del servicio de odontopediatría efectuadas por este servicio.



Al analizar la asistencia a turnos programados de los 15 pacientes del servicio de odontología víctimas de maltrato, se pudo observar que solo 3 de ellos concurren periódicamente a los turnos programados, mientras que 12 no lo hicieron.

Asociación entre maltrato infantil y asistencia a turnos odontológicos programados.

Del total de pacientes del servicio de odontología no víctimas de maltrato seleccionados al azar para el estudio de casos y controles, el 93,33% de los mismos concurrió a un 50% o más de los turnos programados, mientras que del total de pacientes maltratados del servicio solo un 20% concurrió a un 50% o más de los turnos programados.

A partir del análisis estadístico, se obtuvo una asociación significativa entre el maltrato infantil y la concurrencia a los turnos odontológicos programados, siendo menor la asistencia por parte de los niños víctimas de maltrato en comparación con los niños no maltratados ($p < 0,005$). En la Tabla 1 se presenta la tabla de contingencia realizada analizar estadísticamente la asociación entre las variables anteriormente nombradas.

Tabla 1. Asociación entre el maltrato infantil y la concurrencia a los turnos odontológicos programados.

	Niños maltratados	Niños no maltratados	Total
Asisten a menos del 50% de los turnos odontológicos	12	1	13
Asisten al 50% o más de los turnos odontológicos	3	14	17
Total	15	15	30
<i>P-valor sin corrección de Yates: 0,000051. ($p < 0,05$)</i>			
<i>P-valor con corrección de Yates: 0,000229. ($p < 0,05$)</i>			

Guía de detección de casos de maltrato.

El formato final de la guía de detección de casos de maltrato en la consulta odontopediátrica se presenta en la Figura 3.

Figura 3. Guía para la detección de casos de maltrato infantil en la consulta odontopediátrica.

<u>GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA</u>	
PACIENTE:	HC:
1. INSPECCIÓN VISUAL GENERAL:	
-LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS	✓ X
-VESTIMENTA INADECUADA PARA LA CONDICIÓN CLIMÁTICA	✓ X
-SIGNOS DE MALNUTRICIÓN (PÉRDIDA DE PESO Y DE MASA MUSCULAR, DEBILIDAD, PIEL SECA Y ESCAMOSA, EDEMA, CABELLO FRÁGIL Y FINO, UÑAS QUEBRADIZAS Y MALFORMADAS, ETC.)	✓ X
2. EXAMEN CLÍNICO CORPORAL: LESIONES COMPATIBLES CON MALTRATO	
- QUEMADURAS DE CIGARRILLO	✓ X
- CONTUSIONES	✓ X
- RASGUÑOS	✓ X
- ALOPECIA TRAUMÁTICA	✓ X
- MORDEDURAS	✓ X
- MAGULLADURA DE OÍDOS	✓ X
- LESIONES EN CUELLO POR ESTRANGULAMIENTO	✓ X
- HEMORRAGIA RETINIANA	✓ X
- DISLOCACIÓN DE BRAZOS	✓ X
- MARGAS DE DEDOS EN MEJILLAS	✓ X
- HEMATOMAS PERIORBITALES	✓ X
- MARGAS EN MUÑECAS POR ATADURAS	✓ X
EXAMEN CLÍNICO INTRARUCAL:	
- LACERACIÓN O DESGARRAMIENTOS DE FRENILLO LABIAL O LINGUAL	✓ X
- LACERACIÓN/ CONTUSIÓN DE MUCOSA DE LABIO SUPERIOR O PISO DE BOCA POR ALIMENTACIÓN FORZADA	✓ X
- FRACTURAS MAXILARES	✓ X
- CONTUSIONES O ABRASIONES EN COMISURAS LABIALES POR AMORDAZAMIENTO	✓ X
- FRACTURAS, LUXACIONES, SUBLUXACIONES O AVULSIONES EN PDS POSTERIORES	✓ X
- QUEMADURAS EN MUCOSA	✓ X
LESIONES INTRARUCALES POR ETS:	
- ÚLCERAS, PÚSTULAS VESICULARES O LESIONES PSEUDOMEMBRANOSAS EN LABIOS, LENGUA O PALADAR (GONORREA)	✓ X
- ELEVACIÓN PEDUNCULADA CON FORMA DE COLIFLOR (CONDILOMA ACUMINADO)	✓ X
- PÁPULAS, ÚLCERAS (SIFILIS)	✓ X
- ÚLCERAS (CLAMIDIASIS)	✓ X

3. ANAMNESIS

SITUACIONES DE ALERTA:

- NO HAY CONCORDANCIA E/ LA LESIÓN Y LA HISTORIA RELATADA POR LOS PADRES Y/O ENTRE LA HISTORIA DEL NIÑO Y PADRES ENTRE SÍ ✓ X
- HISTORIA O SIGNOS DE TRAUMATISMOS PREVIOS O REPETIDOS ✓ X
- HAY COMPORTAMIENTO ANORMAL EN PADRES/NIÑO ✓ X
- SE BUSCÓ ASISTENCIA SANITARIA CON RETRASO ✓ X
- EL RESPONSABLE MANIFIESTA VENERACIÓN Y SOBREPOTECCIÓN HACIA EL MENOR ✓ X
- CONSULTAS FRECUENTES CON SERVICIOS DE URGENCIAS ✓ X

DETALLAR:

- ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO:
- CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE SE PRODUJO LA LESIÓN (RELATO DEL RESPONSABLE):
- CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE SE PRODUJO LA LESIÓN (RELATO DEL MENOR):
- TAMAÑO, COLOR Y UBICACIÓN DE LA LESIÓN:

INTERCONSULTAS:

- MÉDICO ✓ X
- PSICÓLOGO ✓ X
- ASISTENTE SOCIAL ✓ X

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES ACTUANTES

Protocolo de actuación ante la sospecha de casos de maltrato infantil.

En la Figura 4 se presenta el formato final del protocolo de actuación ante sospecha de casos de maltrato infantil en la consulta odontopediátrica.

Figura 4. Protocolo de actuación ante sospecha de casos de maltrato infantil en la consulta odontopediátrica.

PROTOCOLO A SEGUIR POR EL ODONTOPEDIATRA ANTE LA SOSPECHA DE CASO DE MALTRATO INFANTIL

1: PRIMERAS INTERVENCIONES

-El odontólogo efectuará una breve inspección y registro de todos los antecedentes, hallazgos, apoyos diagnósticos (radiografías, fotografías y dibujos anatómicos) y las respuestas que reciban al indagar sobre la causa de las lesiones siguiendo la guía de detección de casos de violencia.

Si el hospital cuenta con una planilla de registro de maltrato, será completada en esta instancia.

Luego se continuará con el protocolo Provincial ya establecido de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes:

2. FORMACIÓN DE EQUIPO DE SALUD Y ELABORACIÓN DE INFORME:

Se formará a continuación un equipo de Salud que trabaje interdisciplinaria y articuladamente para el correcto abordaje y seguimiento integral de las situación de violencia. Se sugiere que preferentemente el equipo que aborde la situación esté integrado como mínimo por un/a médico/a, enfermero/a, psicólogo/a y trabajador/a social u otras profesiones.

3. DENUNCIA ANTE AUTORIDADES JUDICIALES O POLICIALES

La denuncia se realiza como equipo de salud en lo que al ámbito hospitalario concierne. Es importante informar en esta instancia la ubicación física del menor para su resguardo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A partir de los datos obtenidos por medio del presente estudio, se puede concluir que los niños víctimas de maltrato no se incluyen de manera activa dentro del servicio de salud. Estos hallazgos concuerdan con los precedentes, en donde se encontró que estos niños frecuentemente concurren a distintos médicos ante la necesidad de atención sanitaria, lo cual no permite el correcto diagnóstico y seguimiento de lesiones; y que además asisten a los centros de salud solo por urgencias, por lo general con retraso, si se tiene en cuenta el tipo y la magnitud de los problemas (Oliván Gonzalvo, 2002). En consecuencia, tampoco son llevados periódicamente a los turnos odontológicos programados en comparación con los niños no maltratados, tal como se comprobó con significancia estadística en este trabajo de investigación. En base a ello, sería sumamente importante a la hora de la detección de casos de maltrato, prestar mayor atención a signos que den indicio del mismo en niños que no cumplan regularmente con sus citas programadas.

Implementar la guía realizada para la detección de casos sospechosos de maltrato en los servicios de guardias odontopediátricas de manera rutinaria y obligatoria podría ser una buena forma de lograr que el odontopediatra tome conciencia de la alta tasa de maltrato infantil que existe, y de la importancia de involucrarse en la detección y denuncia como efector del sistema de salud.

Menos del 10% de las denuncias de pacientes que asisten al servicio de odontología, fueron realizadas por éste, quizá por la falta de conocimiento acerca del tema, o miedo a la confección de una denuncia y posible toma de represalias por parte de los responsables. Estos datos refuerzan los resultados obtenidos en estudios previos, en los cuales se sostiene que los odontólogos son unos pésimos denunciadores (Fernandez Delgado et al., 1999; Fierro Monti et al., 2012). El protocolo de actuación para odontopediatras ante casos de sospecha de maltrato infantil podría facilitar y orientar a estos profesionales de la salud en la toma de la decisión de actuar, y de esta manera contribuir en la búsqueda del bienestar del menor. Como expresó Elie Wiesel, premio Nobel de la Paz y sobreviviente de guerra: "Ante las atrocidades, tenemos que tomar partido. La posición neutral siempre ayuda al opresor, nunca a la víctima. El silencio protege al verdugo, nunca

al que sufre" (Morante-Sánchez & Kanashiro Irakawa, 2014). La inclusión de los odontopediatras, como miembros indispensables del equipo interdisciplinario de salud, en capacitaciones sobre maltrato infantil, podría motivar a dichos profesionales a tomar una postura más activa y responsable ante el tema en cuestión.

Al haber escasa participación de los odontopediatras en lo que a denuncias de maltrato infantil concierne, las lesiones bucales más frecuentemente encontradas no han sido descritas clínicamente ni estadísticamente en detalle. Si se revirtiera la situación, sería de gran importancia registrar estos datos en futuras investigaciones para que el diagnóstico sea más exacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Castro, D., & Criscuolo, E. (2014). Síndrome del niño maltratado. *IntraMed*, 3(1).
http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/280
- Doria Martínez, A. M., & Navarro Chong, M. I. (2016). La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil / Dentistry and Child Abuse Diagnosis. *Universitas Odontologica*, 35(74). <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo35-74.odmi>
- Emilio Herrera-Basto, M. . (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de Mexico. Vol 41. N°5*.
<https://scielosp.org/pdf/spm/1999.v41n5/420-425/es>
- Fernandez Delgado, F., Vallejo Bolaños, E., & López Trujillo, J. (1999). Diagnóstico odontológico-forense en el reconocimiento de niños maltratados. *Quintessence: Publicación Internacional de Odontología*, 12(4), 287–291.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4542977>
- Fierro Monti, C., Salazar Salazar, E., Ruiz Salazar, L., Luengo Machuca, L., & Pérez Flores, A. (2012). Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 6(1), 105–110. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2012000100015>
- Gómez De Terreros, I., Serrano Urbano, I., & Martínez Martín, M. C. (2006). Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43–44, 21–37. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062006000100002>
- Heit, O., Martínez Garbino, V., Arcushin, A., Virginia, M., Paolo, D. I., & Resumen, O. / O. (2014). Maltrato infantojuvenil: rol del odontólogo. *Colegio de Odontólogos de Entre Ríos*, 3. www.coer.org.ar
- Morante-Sánchez, C. A., & Kanashiro Irakawa, C. R. (2014). El odontólogo frente al maltrato infantil. *Revista Estomatológica Herediana*, 19(1), 50.
<https://doi.org/10.20453/reh.v19i1.1817>

Observatorio de Violencia contra las Mujeres- INAM. (2017). *Informe estadístico de casos. Línea 144. Periodo anual 2017.*

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/144informeanual2017.pdf>

Oliván Gonzalvo, G. (2002). *Guías clínicas en atención primaria. Indicadores de maltrato infantil.*

https://files.sld.cu/prevemi/files/2015/08/9_bb9_indicadores_del_mi.pdf

Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes, (2019).

http://www.abc.gov.ar/sites/default/files/protocolo_prevencion_deteccion_abordaje_abuso_sexual_hacia_ninos_ninas_y_adolescentes_-_if-2019-40648778-gdeba-dgcye_-_firmado_2-12-19.pdf

Requena Mendoza, A., Robles Bermeo, N. L., & Lara Carrillo, E. (2014).

Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *International Journal of Odontostomatology*, 8(1), 167–173.

<https://doi.org/10.4067/s0718-381x2014000100023>

UNICEF Argentina. (2019). *Un análisis de los datos del programa “Las Víctimas Contra las Violencias” 2018-2019.*

https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2019-11/SerieLasViolencias7_FINAL.pdf