

<https://doi.org/10.22519/21455333.508>

22

ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido para publicación: junio 17 de 2015
Aceptado en forma revisada: julio 28 de 2015.

Ciencia y Salud
Virtual

ISSN: 2145-5333

Estudio de morbilidad oral y representaciones de salud oral en niños maltratados en una fundación de Cartagena.

Study of oral disease and oral health representations in a population of maltreated children on a foundation in Cartagena.

[Patricia Inés Castro Villamizar](#)¹, [Natalia Fortich Mesa](#)², [Leslie Alzamora De La Rosa](#)³.

RESUMEN

Introducción: El negocio de explotación sexual comercial de la infancia en Cartagena de Indias ya no es un fenómeno pasajero y la oferta a los turistas nacionales y extranjeros ha crecido drásticamente en estos últimos años, diversificando sus servicios gracias al contexto social, económico y cultural. Dentro de este marco de explotación sexual de la niñez, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, ya que los padres o tutores no suelen llevarlos al mismo médico por la posibilidad de ser descubiertos; por tal razón será el odontólogo quien puede detectar la situación de maltrato en su consulta odontológica. **Objetivo:** Determinar la morbilidad oral, factores de riesgo y las representaciones de salud oral en los niños explotados sexualmente. **Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo con una muestra de 99 niños procedentes de una fundación sin ánimo de lucro de Cartagena, los cuales presentaron maltrato infantil y abuso sexual. Se realizó examen clínico intraoral y se indagó sobre conocimientos y creencias en salud oral. **Resultados:** se encontró que 20% presentaban algún tipo de hábito oral, siendo la onicofagia el más frecuente con un 33%, en cuanto a la morbilidad oral se detectó una prevalencia de caries dental del 87,9%, 81,8% de estas lesiones eran activas y 21,4% estaban comprometiendo la pulpa dental, el 66,7% se les diagnosticó gingivitis y

¹ Odontóloga, especialista en Odontopediatría Universidad el Bosque. Magister en Salud Pública Universidad del Norte. Directora de Programa Odontología Corporación Universitaria Rafael Núñez. patricia.castro@curn.edu.co

² Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Endodoncia Universidad de Cartagena. Magister en Epidemiología Clínica Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora de Investigación Programa Odontología Corporación Universitaria Rafael Núñez.

³ Odontóloga, Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia de Servicios Sociales. Docente coordinador de Proyección social Programa de Odontología. Corporación Universitaria Rafael Núñez.

): 22-30

22

39.4% presentaron Fluorosis dental. Un gran porcentaje de los menores presentaban creencias y conocimientos errados acerca de la salud oral. **Conclusiones:** La caries dental es altamente prevalente entre niños maltratados, siendo más propensos a tener caries dental y otro tipo de patologías orales así como pocos conocimientos y creencias erradas acerca de la salud oral.

Palabras Claves: Maltrato a los niños, abuso sexual infantil, salud Bucal, factores de riesgo (DecsBireme).

ABSTRACT

Introduction: The business of commercial sexual exploitation of children in Cartagena de Indias is no longer a temporary phenomenon and supply to domestic and foreign tourists has grown dramatically in recent years, diversifying their services through social, economic and cultural context. Within this framework of sexual exploitation of children, the dentist is able to see the child more often than the doctor, since parents or guardians do not usually take the kids to the same doctor about the possibility of being discovered; for that reason will be the dentist who can detect the situation of abuse in his dental practice. **Objective:** Determine the oral disease, risk factors and representations of oral health of maltreated children. **Method:** Descriptive study was conducted with a sample of 99 children from a nonprofit foundation of Cartagena, which showed child abuse and sexual abuse. It was found that 20% had some type of oral habit, the most common was onychophagia with 33%, 87.9% of dental caries prevalence, 81.8% of these lesions were active and 21.4% were compromising the dental pulp, 66.7% were diagnosed with gingivitis, and 39.4% had dental fluorosis. **Conclusions:** dental caries is highly prevalent among maltreated children, being more likely to have tooth decay and other oral diseases as well as little knowledge and mistaken beliefs about oral health.

Keywords: Child abuse, sexual abuse, oral health, risk factors (MeSH Database).

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema de tipo biopsicosocial que cobra cada día más importancia en la sociedad (1). En Colombia los antecedentes normativos como el código del menor, la Constitución Política de Colombia de 1991, la ley 12 de 1991 y en especial el código de la infancia y la adolescencia, ley 1098 de 2006, reconoce a los niños como sujetos de derecho, por lo tanto, cualquier atentado en su contra vulnera su derecho al crecimiento y desarrollo armónico, de tal manera que la identificación de maltrato infantil se hace imperante en el país (2).

Según el Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF), “El maltrato infantil se presenta en una amplia gama de modalidades en las que se incluyen el maltrato físico, el abuso sexual, la negligencia, el abandono y el maltrato emocional, hasta la explotación sexual, la explotación laboral, el tráfico, la pornografía y el turismo sexual” (3). De igual manera la reconocen otros autores como el continuo abuso que va desde la negligencia hasta llegar al abuso sexual, se puede hablar de abuso físico activo (abuso físico y sexual) y pasivo (abandono físico) (4, 5).

Durante los últimos veinte años, el aumento de abuso sexual es reconocido como un problema social con consecuencias para las víctimas, familias y sociedad (6, 7).

Este puede ser definido como un acto de padres y acudientes con niños o personas jóvenes con un desarrollo mental y físico menor; que incluye: quitar la ropa, tocar sexualmente o relacionarse entre personas de diferente edad y poder, física y psicológicamente; también se refiere a cualquier comportamiento inusual entre adultos y niños (8, 9).

El maltrato y el abuso sexual producen en los niños, niñas y adolescentes efectos deletéreos en su desarrollo físico, psicológico y social. Los efectos a largo plazo pueden ser dañinos y dolorosos. Las víctimas tienen un alto riesgo de convertirse en agresores violentos en la etapa adulta. Los sobrevivientes tienden a tener baja autoestima, depresión extrema y frecuentemente pueden presentar desórdenes alimenticios (10, 11).

Además es importante considerar, que el abuso sexual no es un evento, sino un proceso que ocurre a lo largo del tiempo, que en la mayoría de los casos puede durar más de un año y tiende a repetirse. El mayor número de veces es cometido por un sujeto conocido o un familiar o conocido de la familia, lo que aumenta los sentimientos de culpa y ambivalencia en el niño, la edad de mayor riesgo esta de 5 a 12 años (12).

En América Latina y el Caribe las estadísticas demuestran que se presentan del 70 al 80% víctimas de abuso sexual y se calcula que más de dos millones de niños, niñas y adolescentes son explotados sexualmente (13).

Los casos de abuso sexual de los niños menores de 10 años en el país aumentaron un 62,4% en los primeros seis meses del 2008, pasaron de 2.449 en el 2007 a 3.977 en el 2008 (11).

Teniendo en cuenta los altos índices de abuso sexual en el ámbito, local, regional, nacional e internacional se observa claramente la necesidad de crear estrategias para detectar tempranamente este tipo de maltrato.

Dentro de este marco de abuso sexual de la niñez, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño con más frecuencia que el médico de cabecera, ya que los padres o tutores no suelen llevar a los niños al mismo médico por la posibilidad de ser descubiertos; por tal razón será el odontólogo quien puede detectar la situación de maltrato en su consulta odontológica, requerirá entonces de los conocimientos de las manifestaciones físicas en especial de las orales y elaborar una historia clínica concienzuda del paciente (14-16).

Los odontólogos en Colombia a pesar de recibir preparación en el diagnóstico de las manifestaciones de abuso y sus implicaciones legales, en muy pocas ocasiones reportan los casos detectados en la consulta, por lo tanto es de vital importancia y responsabilidad de su rol como profesional de la salud, en la identificación de signos de todo tipo de violencia sexual, el conocimiento de las rutas de atención y reporte de casos a las Instituciones encargadas del bienestar de los niños (16).

Existe un vacío en el conocimiento de la situación en nuestra población y se demuestra la necesidad de desarrollar este tipo de investigaciones que permitirá detectar de manera temprana casos de abuso sexual, en beneficio de la población infantil vulnerada. Por lo

que con este trabajo se logró una visión objetiva de las representaciones de salud oral de los niños explotados sexualmente, se identificó los factores de riesgo sociales y biológicos, y por último se dio a conocer la morbilidad oral que padecía esta población, estableciendo un análisis crítico de la problemática de salud oral de los niños explotados sexualmente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, inicialmente se realizó la sensibilización y acercamiento con los niños, en donde se escogió la muestra que estuvo conformada por 99 menores de ambos sexos, que en el momento se encontraban en la fundación se realizaron exámenes clínicos intraorales y se aplicó la encuesta sobre representaciones sociales (ENSAB III), para todos los niños ingresados en la Fundación, los niños seleccionados para este estudio fueron todos los menores que fueron admitidos en la Fundación durante el periodo de tiempo, los datos sobre el estado de salud bucal se recogieron de la primera visita de referencia por el investigador principal realizando examen clínico intraoral completo y los datos fueron consignados en la historia clínica diseñada para el estudio, adicionalmente se realizó un diagnóstico participativo para conocer las expectativas de la población sobre las actividades que se cumplirían, finalmente se tabuló y analizó la información, para sistematizar y socializar los resultados. Se utilizó estadística descriptiva para resumir los datos y presentar la frecuencia de las distribuciones de las variables, utilizando el software para análisis estadístico SPSS versión 19. Todos los participantes asintieron su participación en el estudio, y se diligencio el formato de consentimiento informado, por parte de los tutores legales, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 008430 de 1993.

RESULTADOS

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 99 menores de edad pertenecientes a una Fundación para niños maltratados de la ciudad de Cartagena, 75.8%, eran de género femenino, 24.2% de género masculino, la edad promedio de los menores fue de 14.8 ± 2.1 DE.

Al indagar sobre hábitos de higiene oral se encontró que el 100% manifestó cepillarse. El 9% se cepilla una vez al día, el 72.7% se cepilla tres veces al día y el 18.3%, se cepilla 4 o veces o más. En cuanto al uso de seda dental el 84.8% no utiliza la seda, mientras que el 15.2% si la usa.

Al evaluar la presencia de hábitos orales tales como, succión digital, succión lingual, y onicofagia, el 24.2% tienen como hábito la succión digital, 21.2% succión lingual, y onicofagia con 33.3% siendo el hábito con mayor frecuencia. **(Ver Tabla 1. Resultados hábitos de higiene oral y hábitos orales de acuerdo a género).**

Tabla 1. Hábitos orales de acuerdo al género.

| | | Genero | |
|------------------|----|-----------|-----------|
| | | Masculino | Femenino |
| | | N (%) | N (%) |
| Cepillado dental | No | 0 | 0 |
| | Si | 24 (24,2) | 75 (75,8) |
| Seda dental | No | 18 (21,4) | 66 (78,6) |
| | Si | 6 (40) | 9 (60) |
| Succión digital | No | 21 (28) | 54 (72) |
| | Si | 3 (12,5) | 21 (87,5) |
| Succión labial | No | 21 (26,9) | 57 (73,1) |
| | Si | 3 (14,3) | 18 (85,7) |
| Onicofagia | No | 15 (22,7) | 51 (77,3) |
| | Si | 9 (27,3) | 24 (72,7) |
| Hábitos orales | No | 15 (27,8) | 39 (72,2) |
| | Si | 9 (20) | 36 (80) |

La morbilidad oral de la población estudiada fue evaluada de acuerdo con la presencia de caries dental, gingivitis, compromiso pulpar y Fluorosis dental, Se encontró una prevalencia de caries dental del 87,9%, se encontraron lesiones activas de caries en el 81.8% de los menores, de estas lesiones activas el 21,4% estaban comprometiendo la pulpa, el 39.4% se les diagnóstico caries detenida y 12.1% se encontraron sanos, el 66.7% se les diagnóstico gingivitis. Así mismo se exploró sobre la presencia de fluorosis, de lo que se pudo determinar que el 39.4% de los menores padecían de fluorosis dental. **(Ver Tabla 2. Resultados Morbilidad oral de acuerdo a género)**

Tabla 2. Morbilidad oral de acuerdo al género.

| | | Genero | |
|-----------------|----|-----------|-----------|
| | | Masculino | Femenino |
| | | N (%) | N (%) |
| Caries | No | 0 | 12 (100) |
| | Si | 24 (27,6) | 63 (72,4) |
| Caries Activa | No | 3 (16,7) | 15 (83,3) |
| | Si | 21(25,9) | 60 (74,1) |
| Caries Detenida | No | 18 (30) | 42 (70) |
| | Si | 6 (15,4) | 33 (84,6) |
| Gingivitis | No | 6 (15,4) | 27 81,8) |
| | Si | 18 (27,3) | 48 (72,7) |
| Comp Pulpar | No | 24 (30,8) | 54 (69,2) |
| | Si | 0 | 21 (100) |
| Fluorosis | No | 9 (15) | 51 (85) |
| | Si | 15 (38,5) | 24 (61,5) |

Para identificar las representaciones práctico sociales se aplicó encuesta, utilizando el cuestionario que utilizado en el ENSAB III (1998-1999).

Cuya primera pregunta fue En su opinión. Que es tener una boca sana? A la cual respondieron 33,3% tener los dientes blancos y/o parejos, 3% no tener dolor, 24,2% no tener caries, 9,1% tener los dientes completos, 3% es no tener mal aliento, 9,1% es no tener placa bacteriana, entre otros.

¿Hasta qué edad cree usted, le deben durar los dientes a una persona?, las personas respondieron muchos años 54,5%, toda la vida 42,4% y no sabe 3%.

A la tercera pregunta que dice. En su opinión ¿Por qué se pican los dientes (caries)? Los encuestados respondieron: 54,5% creen que por un mal cepillado o por no cepillarse, 30,3% piensan que es por consumir dulces, 6% cree que es por descalcificación, 3% por mala alimentación y 6% no saben.

En la pregunta 4 que indaga acerca de ¿Por qué se produce sangrado o inflamación de las encías?, a esta pregunta, 30,3% respondieron que por mal cepillado o no cepillarse, 45,5% creen que por cepillarse fuerte, 9,1% opinan que es por infección, 6,1% que es por debilidad en las encías, 3% opinan que existe otro motivo y 6,1% no saben.

¿Quién le enseñó a cepillarse los dientes? 45,5% respondieron, que los padres, 21,2% por odontólogo, 3% dicen que por radio y televisión, 15% manifiestan que nadie, que aprendieron solos y 15% que por otras personas tales como primas, abuelos y en la Fundación.

En cuanto a ¿Que utiliza para limpiar los dientes?, respondieron 93,9% usan cepillo y crema dental, 15% usan seda dental, 10% utilizan enjuague bucal, 3% usa palillos, con bicarbonato y 1% con sal.

Sobre si ¿Le sangran las encías con frecuencia? 48,5% respondieron que sí y 51,5% dicen que no. ¿Alguna vez le ha dolido un diente o muela?, a la que 51,5% respondieron que sí y 45,5% dijeron que no. Si ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? 57,6% respondieron que se encuentran satisfechos, 24,2% algo satisfechos y 18,2% están insatisfechos. ¿Cree usted que necesita atención del dentista u odontólogo? , 93,9% respondieron que sí y solo 6,1% cree que no necesita.

DISCUSIÓN

Similar a la caries dental, el maltrato infantil es el resultado de una combinación de múltiples factores asociados con el nivel socioeconómico, la pobreza, familias disfuncionales, y el comportamiento de los padres. A pesar del hecho de que estos dos problemas de salud pública son diferentes, comparten algunas características comunes importantes tales como altas prevalencias, factores de riesgo asociados y consecuencias a largo plazo. Sin embargo, se sabe muy poco acerca de la prevalencia de la caries dental en niños pequeños abusados / maltratados. Autores como Valencia y Cols, intentaron determinar la prevalencia de caries de infancia temprana en una población identificada de víctimas de abuso y niños abandonados, el estudio incluyó a 66 niños: 37 (56 por ciento) niños y 29 (44 por ciento) las niñas, con una edad media de 4,1 años (17), resultados que difieren a los de la presente investigación donde la población estuvo conformada por menores de edad entre los 10 y 17 años con un promedio de edad de 14.8 ± 2.1 , observaron una prevalencia de 58% de caries de infancia temprana en niños maltratados. De éstos, la media de dientes cariados fue de $5,63 \pm 4,17$ DE (n = 38), resultados similares a los reportados en la presente investigación donde el 87,9% de los menores presentaron caries dental, de estas el 81,8% se encontraban activas.

Otros estudios realizados entre niños abusados / descuidados de familias militares en los Estados Unidos (18, 19). Demostraron que los menores abusados / descuidados tienen 5.2 a 8 veces mayor probabilidad de tener dientes cariados sin tratar que los niños no abusados.

Sin embargo, Badger y Cols, no encontraron diferencias significativas en los niveles de CPOD al compararlos con la media nacional estadounidense (20). Otro estudio realizado en España encontró una prevalencia de caries de 50,4 por ciento en los niños maltratados hasta 12 años de edad y llegó a la conclusión que estos niños son más propensos a tener dientes cariados sin tratar que los niños no abusados (21).

Autores como Lozano Bailón y Cols, en México, permiten confirmar que el maltrato más generalizado es el de tipo físico-psicológico con mayor incidencia en varones, comprendidos en las edades de 6 a 9 años y que se desenvuelve en una estructura familiar incompleta, en donde falta la presencia del padre. Concluyen que la relación entre el maltrato y la odontología queda confirmada por los resultados obtenidos del estudio de la higiene bucal, el diagnóstico intraoral y extra oral y la identificación de las consecuencias odontológicas. Los efectos del maltrato en cara, cuello a nivel bucal, se evidencian por: Presencia de cicatrices y otro tipo de marcas demasiado notorias en el rostro; negligencia en el aseo bucal que provoca el depósito de placa bacteriana, lengua saburral y caries; desgastes incisales atribuidos al estrés; traumatismos, así como la

ausencia total de atención odontológica oportuna (22), resultados que coinciden con la presente investigación donde además de encontrar una alta prevalencia de caries dental, también se encontraron conocimientos y creencias erradas a la salud oral, lo que demuestra la negligencia de los cuidadores de estos menores maltratados.

CONCLUSIONES

La caries dental es altamente prevalente entre niños maltratados. A pesar de la limitación de la prevalencia estudios para demostrar relaciones de causalidad el presente este estudio muestra que los niños que han sido maltratados son más propensos a tener caries dental y otro tipo de patologías orales así como pocos conocimientos y creencias erradas acerca de la salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. [Acta Odontológica Venezolana. 2002;40\(3\):315-9.](#)
2. Alarcón-Palacio Y. Constitucionalismo y garantismo en los derechos de la infancia y la adolescencia en Colombia* guarantees and Constitutionalism and the rights of Children and. [Universitas. 2011\(122\):363-93.](#)
3. Benavides Delgado J, Miranda S. Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. [Universitas Psychologica. 2007;6\(2\):309-18.](#)
4. Carreño CI, Rey A. Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil. [Universitas Psychologica. 2010;9\(3\):807-22.](#)
5. Suarez MF. Maltrato infantil en Colombia. [Revista CES Medicina. 1996;10\(2\):13.](#)
6. González-Forteza C, Ramos-Lira L, Vignau-Brambila LE, Ramírez-Villarreal C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. [Salud Mental. 2001;24\(6\):16-25.](#)
7. Simarra J, de Paúl Jn, San Juan C. Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el caribe colombiano. [Child abuse & neglect. 2002;26\(8\):815-31.](#)
8. Díaz-Cerón II E, Allen-Leigh B, Poncel EL. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. [Rev Saúde Pública. 2009;43\(3\):506-14.](#)
9. Frías SM. Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de las encuestas. [Acta Sociológica. 2014;2014\(65\):11-36.](#)
10. Pereda N, Fornis M. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. [Child Abuse & Neglect. 2007;31\(4\):417-26.](#)
11. Castillo KMB. La intervención familiar del Trabajo Social en casos de violencia sexual en infantes y adolescentes. [Boletín. 2014;1\(2\).](#)
12. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. [Journal of dental education. 2006;70\(5\):55865.](#)
13. Estupiñán Torres DM, Fontanilla Duque GA. Papel del odontólogo en la detección y prevención del maltrato infantil. [Univ odontol. 2002;22\(50\):90-7.](#)
14. Morante-Sánchez CA, Irakawa CRK. El odontólogo frente al maltrato infantil. [Revista Estomatológica Herediana. 2014;19\(1\):50.](#)
15. Medrano García G, Perona Miguel de Priego G. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿ cómo debemos actuar los odontólogos. [Odontol Pediatr. 2010;9\(1\):78-94.](#)

16. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato infantil: actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. [International journal of odontostomatology. 2012;6\(1\):105-10.](#)
17. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. [J Public Health Dent. 2008;68\(2\):94-101.](#)
18. Greene PE CM, Aaron GR. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *Pediatr Dent.* 1994; 16. :41-5.
19. Greene P, Chisick MC. Child abuse/neglect and the oral health of children's primary dentition. *Mil Med.* 1995;160(6):290-3.
20. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. [Pediatr Dent. 1986;8\(1 Spec No\):101-2.](#)
21. Oliván G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. [Eur J Public Health. 2003;13\(1\):91-2.](#)
22. Lozano Bailón RE. Características bucales en los niños maltratados de la ciudad de Cuenca. [Cuenca2001.](#)