

Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 16 años

Dental Clenching as a Sign of Child Abuse in 6-to-16-year-old Institutionalized Children

Ana Milena Doria Martínez

Odontóloga, especialista en Odontología Legal y Forense, especialista en Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesional universitaria forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Noroccidente, Medellín, Colombia.

Melissa Ivette Navarro Chong

Cirujana dental. Especialista en Odontología Legal y Forense, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Licenciada en Criminológica y Ciencias Forenses, Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (Umecit), Panamá. Especialista en Docencia Superior, Universidad de Panamá. Especialista en Gerencia Superior, Columbus University, Panamá. Docente universitaria, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Panamá.

Sandra Lorena Garzón Panesso

Odontóloga, especialista en Odontología Legal y Forense, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Práctica privada.

Martha Cecilia Herrera Vivas

Odontóloga, especialista en Rehabilitación Oral, docente de la Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Gloria Cristina Moreno Abello

Odontóloga, magistra en Microbiología, profesora asistente, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Edgar Manuel Furman Kahn

Odontólogo, especialista en Odontopediatría, profesor asistente, Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Leonardo Ayala Muñoz

Médico, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Psiquiatría, Universidad El Bosque. Profesional forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Antecedentes: El maltrato infantil afecta a niños y adolescentes de todas las clases sociales, grupos étnicos y religiones. En Colombia, según las cifras dadas a conocer por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el maltrato físico severo afecta más a la población infantil de 5 a 14 años de edad. El 75 % de las lesiones producto de esta situación abarca el área craneofacial. Por lo tanto, el odontólogo desempeña un papel importante en su detección temprana. *Objetivo:* Analizar si existe relación entre el maltrato infantil y el bruxismo y el apretamiento dental en niños con aparente maltrato infantil y sin este. *Método:* Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 104 niños (52 niños con diagnóstico previo de maltrato infantil y 52 niños sin maltrato infantil aparente), con un rango de edad de 6 a 16 años. Se realizó examen clínico con valoración muscular, presencia de facetas, articulación temporomandibular, hábitos y prueba de Beck como orientadora del grado de ansiedad. *Resultados:* La presencia de bruxismo no tuvo relación significativa entre los dos grupos; mientras que el apretamiento dental se reflejó en un 57,7 % en los niños maltratados, y un 32,7 % de estos presentaron grados de ansiedad leve o moderada. *Conclusiones:* Existe un riesgo 16,4 veces mayor en maltratados de presentar apretamiento dental nocivo y en el futuro desarrollar trastornos temporomandibulares.

PALABRAS CLAVE

abuso; ansiedad; apretamiento dental; articulación temporomandibular; bruxismo; maltrato infantil

ÁREAS TEMÁTICAS

epidemiología oral; odontología pediátrica

ABSTRACT

Background: Child battered syndrome affects children and adolescents from all ethnic groups, socioeconomic backgrounds, and religions. In Colombia, according to the Colombian Family Welfare Institute, physical abuse affects children between 5-14 years. 75 % of injuries are located in the head and neck region. Therefore, the dentist plays an important role in the early detection of abuse. *Purpose:* To analyze the correlation between child abuse and dental bruxism and clenching in children with and without apparent sign of abuse. *Methods:* A cross-sectional descriptive study was carried out with 104 children (52 diagnosed with child abuse and 52 children without that diagnosis). The age range was 6 to 16 years. Both groups underwent clinical examination of habits, muscles, dental facets, temporomandibular joint and the Beck test for anxiety levels. *Results:* Bruxism did not show a statistical association between the two groups, while dental clenching was observed in a 57.7 % of the case of which 32.7 % presented slight-to-moderate levels of anxiety in abused children. *Conclusions:* There is a 16.4-time-greater risk factor among abused children to present dental clenching and develop temporomandibular disorders in the future.

KEYWORDS

abuse; anxiety; bruxism; battered child syndrome; dental clenching; temporomandibular joint

THEMATIC FIELDS

oral epidemiology; pediatric dentistry

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Doria AM, Navarro MI, Garzón SL, Herrera MC, Moreno GC, Furman E, Ayala L. Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 18 años. Univ Odontol. 2016 Ene-Jun; 35(74): 65-74. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.adsm>

Recibido para publicación: 30/06/2015

Aceptado para publicación: 26/06/2016

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

En 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia evaluó 10.402 casos de maltrato infantil, que ocupó el tercer lugar entre los casos de violencia intrafamiliar, después de la violencia por pareja y por otros familiares. El rango de edad más afectado fue el de 12 a 17 años, con marcada tendencia hacia el sexo femenino (1). En el contexto de maltrato y abuso físico, el odontólogo tiene la posibilidad de ver al niño(a) 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 menores no suelen llevarlos al mismo médico o al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos (2).

El odontólogo debe sospechar cuando el niño llegue al consultorio con hematomas en sus brazos, escondidos debajo de su ropa, o un retraso prolongado para iniciar el tratamiento de una lesión, que pueda llevar a pensar en múltiples viejas heridas o en fase de cicatrización. La exploración de la cabeza, el cuello y las extremidades debe bastar para confirmar cualquier sospecha de abuso y seguir el trámite correspondiente (3-6). En odontología, la literatura que asocie el bruxismo y apretamiento dental, consecuencia de un estado de depresión o de estrés infantil originado por maltrato infantil es muy escasa, por lo que son necesarios estudios que corroboren dicha relación.

El maltrato infantil tiene un componente emocional o psicológico que se manifiesta en el niño, y que afecta tanto su desempeño escolar como su desarrollo psicosocial. Los signos apreciables o indicadores de este síndrome son: autoestima disminuida, ansiedad, inestabilidad emocional, intento de suicidio, regresión del lenguaje y trastornos del sueño (7). La depresión infantil se refiere al conjunto de síntomas que, como mínimo, debe durar alrededor de un mes e incluye: incapacidad por parte del niño para encontrar disfrute en actividades que antes gozaba; en el aspecto psicomotor, se cansa sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados; y en el aspecto cognoscitivo, se aprecia que sus pensamientos están distorsionados, parece haberse alterado la capacidad de comprensión y la capacidad de atención.

Al trastorno que se desarrolla después del abuso sexual y del maltrato físico se le conoce con el nombre de *estrés postraumático*, el cual consiste en experimentar un suceso traumático a través de

regresiones, dificultades para expresarse emocionalmente, alteraciones cognitivas y del ánimo, problemas de aprendizaje, dificultad para dormir y concentrarse, sensación nerviosa e irritabilidad, entre otras (8). Dicho estado se produce con un periodo de latencia variable luego de un acontecimiento inusual de la experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia. Según las características del factor causante, el trastorno de estrés postraumático en la infancia se clasifica en dos tipos: el trauma tipo I, resultado de un evento brusco, repentino y único, cuyas consecuencias más comunes son: alteraciones de la memoria, auto-cuestionamiento y alteraciones de la percepción; y el trauma tipo II, donde el niño víctima de un evento brusco, prolongado y repetitivo desarrolla una serie de características defensivas, como negación masiva, disociación, insensibilidad psíquica o anestesia emocional y ansiedad anticipada (9).

El bruxismo y el apretamiento dental cursan como un conjunto de signos y síntomas que comparte con otros procesos patológicos que afectan al aparato estomatognático. La etiología del bruxismo y del apretamiento dental no se ha podido esclarecer de forma precisa, sino que se ha atribuido a factores psicógenos, como la depresión; pero Ramfjord y Ash (10) plantean que los hábitos oclusales tienen un fondo psicógeno bien definido y sirven como desahogo de la tensión emocional. El apretamiento dental, por su parte, se ha definido como una parafunción que se refiere a apretar en un punto determinado ambas arcadas dentarias con movimientos verticales; puede ser consciente o inconsciente de los dientes y habitualmente ocurre durante el día. Por otro lado, el bruxismo se define como un hábito parafuncional nocturno de rechinar dental, caracterizado por contactos rítmicos e intensos de las superficies oclusales y movimiento mandibular excéntrico; es el desgaste anormal de los dientes. La movilidad dental causada o agravada por este predispone a contactos abiertos y acumulación de irritantes locales en los espacios interdentes.

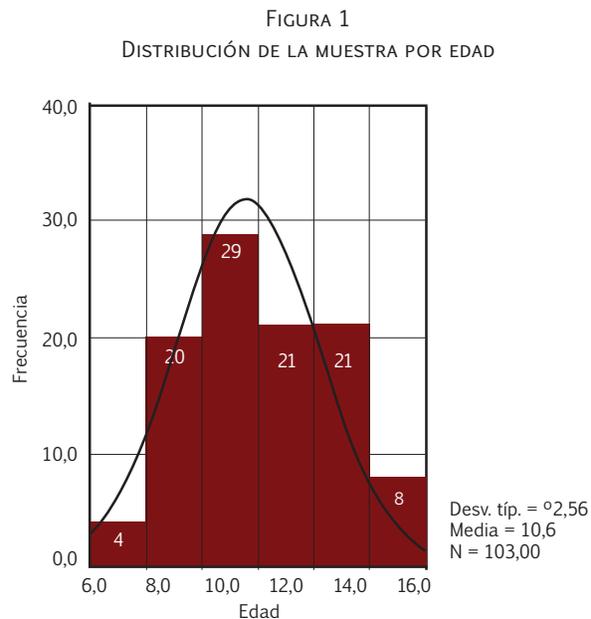
La etiología del bruxismo en niños la han discutido y analizado diversos autores, quienes han planteado que la causa de dicha afección está relacionada con las siguientes condiciones: factores psicosociales y sistémicos, alteraciones oclusales, sistema nervioso central y genética. Estudios en niños han encontrado que la depresión y los trastornos nerviosos están asociados con mayor frecuencia en niños con facetas de desgaste dental atípicas (11,12). En la articulación

temporomandibular (ATM) se observa dolor o fatiga muscular. También se ha reportado la presencia de cefalea, consecuencia del bruxismo en niños (13,14).

El objetivo de este estudio fue analizar si existe relación entre maltrato infantil y el bruxismo y el apretamiento dental, en niños entre 6 y 16 años, uno con diagnóstico previo de maltrato infantil e institucionalizado y otro grupo aparentemente sin este síndrome.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó por medio de un estudio descriptivo de corte transversal, cuya muestra estaba conformada por 104 niños(as) de edades entre 6 y 16 años, con una edad promedio de $10,6 \pm 2,6$ años (figura 1), de los cuales 52 representaban el grupo de estudio diagnosticado con maltrato infantil por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar e institucionalizados en la Fundación Hogares Club Michin. El resto de la muestra lo conformaba el grupo control, constituido por 52 niños sin maltrato infantil aparente, seleccionados en un colegio privado de la ciudad de Bogotá, denominado Instituto Henao y Arrubla, con un nivel socioeconómico similar a la fundación de los niños diagnosticados con maltrato.



Para el grupo de estudio se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: niños(as) diagnosticados con maltrato infantil, con edades de 6 a 16 años, y los siguientes criterios de exclusión: niños(as) que no deseen participar en el estudio, con patologías de sistema nervioso, con alergias, anodoncia secundaria a un síndrome y niños con alteraciones del desarrollo dental como amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y odontodisplasia regional. Mientras que para el grupo control los criterios de inclusión fueron: niños(as) sin aparente maltrato infantil, con edades de 6 a 16 años. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: niños(as) que no desearan participar en el estudio, con patologías de sistema nervioso, con alergias, anodoncia

3. Examen articular

Examen clínico articular: Marcar (+ o -). D = Derecho I = Izquierdo L = Lateralidad										Examen							
ATM = articulación temporomandibular. Ap. = Apertura C = Cierre. Ch. = Chasquido. Articu. = Articular										ATM		Sup. = Superior. Inf. = Inferior					
										D	I	Movimientos	Rango	Desviación		Deflexión	
													mm	D	I	D	I
DOLOR Sí __ No __	Espontáneo																
	Palpación lateral											Apertura					
	Manipulación post de la mandíbula											Protrusión					
												Lateralidad derecha					
											Lateralidad izquierda						
Ruidos articulares	Derecho Sí				No	Izquierdo Sí				No							
	Ap	C	LD	LI		Ap	C	LD	LI								
Chasquido											mm		%				
Ch. múltiples											Tipo Angle. I. __ __		SMH	__		__	
Crepitación											II. __ III. __		SMV	__		__	
Brinco articular																	
Malposición dental: Sí __ No __																	
Facetas de desgaste: Sí __ No __																	
Ar. estrecho: Sí __ No __																	

Se realizaron cuatro visitas tanto a la fundación de niños maltratados como a los niños del grupo control del colegio, donde se efectuaron las siguientes actividades. En la primera se reconoció el sitio, se seleccionó la muestra de forma aleatoria, se revisaron historias clínicas y se obtuvo el consentimiento informado. En la segunda visita se calibraron los investigadores y se describieron los hallazgos en la ficha de recolección de datos. En la tercera y cuarta visitas se observaron los niños(as) y se describieron los hallazgos en la ficha de recolección de datos.

Análisis estadístico

En el estudio se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: 1) χ^2 de Pearson, que es una distribución de probabilidad continua con un parámetro k que representa los grados de libertad de la variable aleatoria. Para esta investigación se utilizó, con el fin de estimar la media en una población normalmente distribuida. 2) U de Mann-Whitney: esta prueba utilizada en la investigación consiste en comparar cada individuo del primer grupo con cada individuo del segundo grupo, registrándose cuántas veces sale favorecido en esa comparación. Esta prueba es un método no paramétrico aplicado a dos muestras independientes, cuyos datos han sido medidos al menos en una escala de nivel ordinal. 3) *Odds ratio* (OD): representa la probabilidad de ocurrencia de un evento, mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra.

RESULTADOS

Al analizar la composición de los grupos “maltrato infantil” y “no maltrato infantil”, se encontró una distribución proporcional como aparece en la

figura 3, donde se puede ver que entre estos no existen diferencias significativas en cuanto a edad se refiere. Con respecto al sexo, se procedió de la misma manera y se halló la distribución que aparece en la figura 4; se aprecia que no existen diferencias significativas. Con base en lo anterior se afirma que los dos grupos de estudio están balanceados en cuanto a edad y sexo.

FIGURA 3
GRUPO ETARIO SEGÚN MALTRATO INFANTIL

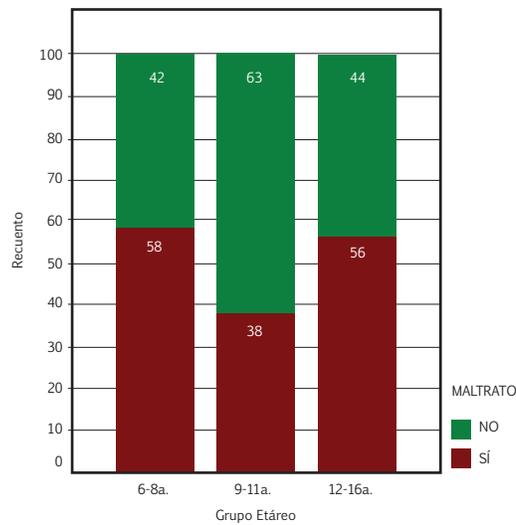
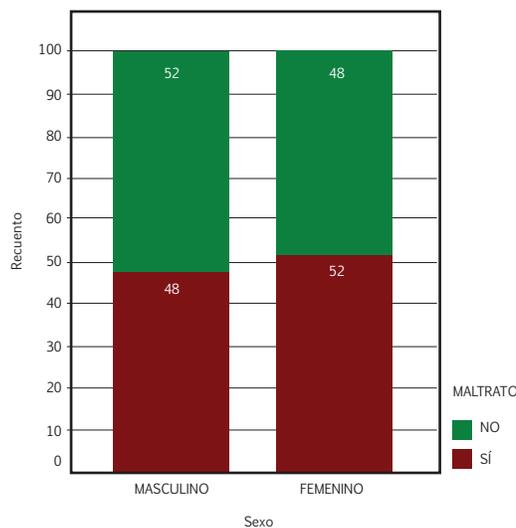
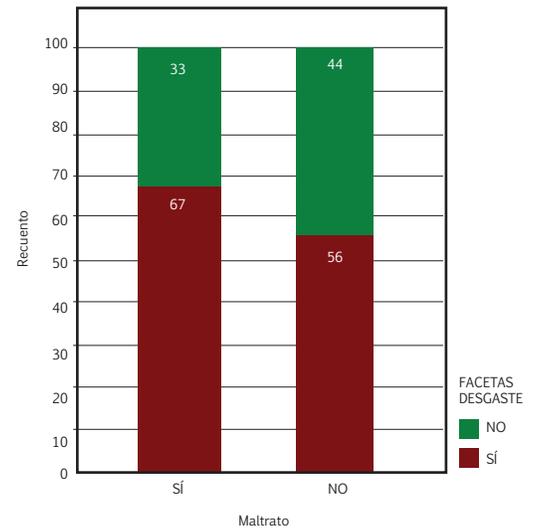


FIGURA 4
SEXO DE LOS NIÑOS SEGÚN MALTRATO INFANTIL



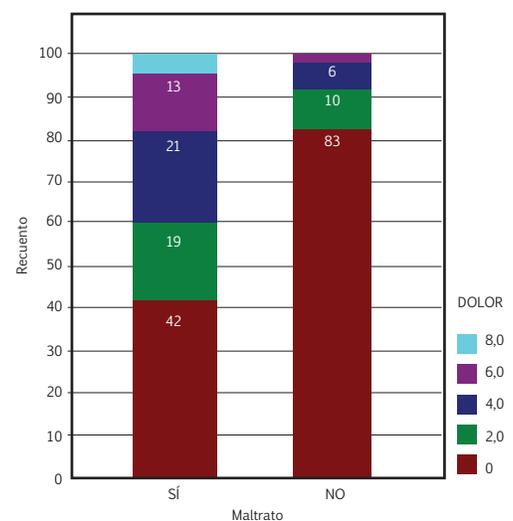
Dado el interés particular de este estudio sobre las facetas de desgaste, se puede apreciar que mientras en los niños maltratados estas se dan en el 67,3 %, en los no maltratados se ve en un 55,8 %. La prueba de χ^2 ($p = 0,227$) muestra que la relación no es significativa, por lo que no se afirma que los niños con maltrato tuviesen mayor o menor presencia de facetas de desgaste (figura 5).

FIGURA 5
FACETAS DE DESGASTE SEGÚN MALTRATO



Asociado con lo anterior, la presencia de dolor orofacial se registró utilizando la Escala Análoga Visual. En la figura 6 se muestra la distribución proporcional y de la ocurrencia de la intensidad del dolor. En el grupo con antecedente de maltrato hay frecuencias superiores y los niveles de mayor dolor; mientras que en el grupo de no maltrato se concentran en los niveles de no dolor. Al tratar esta variable, ya no en términos categóricos, sino en ordinales, la prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias significativas entre los respectivos promedios ($p < 0,001$), de manera que los niños con maltrato presentaron un promedio del 2,3 % de dolor; entre tanto los no maltratados llegaron al 0,54 %.

FIGURA 6
INTENSIDAD DE DOLOR SEGÚN MALTRATO



Al comparar los hallazgos en los músculos maseteros derecho e izquierdo se aprecia que el 71,2 % de los niños con antecedente de maltrato muestra sintomatología positiva en el masetero derecho, y el 53,8 %, en el masetero izquierdo; mientras que en los no maltratados la sintomatología fue del 34,6 % y el 26,9 %, respectivamente. Las razones OR fueron de 4,7 para el masetero derecho y de 7,8 para el masetero izquierdo.

Con respecto a los músculos temporales, la relación solo fue significativa en el temporal izquierdo OR = 3,4 (1,2; 9,6) y no en el derecho ($p = 0,22$).

Finalmente, al comparar los grupos según la presencia de apretamiento dental y bruxismo en la (tablas 1 y 2), en los casos de maltrato, el 57,7 % presentaba apretamiento dental, y el 19,2 %, bruxismo. En los no maltratados solo se observaron estas condiciones en el 7,7 % y el 21,2 % de los casos, respectivamente.

TABLA 1
APRETAMIENTO DENTAL SEGÚN MALTRATO INFANTIL

Maltrato	Apretamiento dental-recuento (porcentaje)		
	Sí	No	Total
Sí	30 (57,7 %)	22 (42,3 %)	52 (100 %)
No	4 (7,7 %)	48 (92,3 %)	52 (100 %)
Total	34 (32,7 %)	70 (67,3 %)	104 (100 %)

TABLA 2
BRUXISMO SEGÚN MALTRATO INFANTIL

Maltrato	Bruxismo-recuento (porcentaje)		
	Sí	No	Total
Sí	10 (19,2)	42 (80,8)	52 (100)
No	4 (21,2)	48 (78,8)	52 (100)
Total	14 (13,5)	90 (86,5)	104 (100)

Así, la relación entre maltrato y apretamiento fue estadísticamente significativa; mientras que con el bruxismo no hubo relación significativa. Con respecto al apretamiento, el OR fue de 16,4 (5,1; 52,1), lo que indica que el maltrato se comporta como factor de riesgo del apretamiento dental, donde los niños maltratados tienen una probabilidad 16 veces mayor de presentar el hábito nocivo de apretamiento dental.

Para terminar, se evaluó la relación entre maltrato y ansiedad en la que se encontró que los niños no maltratados presentan ausencia de ansiedad (tabla 3). El 32,7 % de los niños maltratados presentó niveles

que se catalogan en ansiedad leve o moderada, como lo muestran las figuras 2 y 3, asociación que fue significativa ($p = 0,000$).

TABLA 3
ANSIEDAD SEGÚN MALTRATO

Maltrato	Ansiedad-recuento (porcentaje)			
	0-9 No	10-18 Leve	19-25 Moderada	Total
Sí	35 (67,3)	15 (28,8)	2 (3,8)	52 (100)
No	52 (110)	0 (0)	0 (0)	52 (100)
Total	87 (83,7 5)	15 (14,4)	2 (1,9)	104 (100)

DISCUSIÓN

Este estudio analizó la relación entre maltrato infantil, bruxismo y apretamiento dental entre dos grupos de niños de 6 a 16 años, para determinar si el bruxismo y el apretamiento dental están asociados con este fenómeno. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, conductuales y sociocognitivos y déficit emocional, que imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad (20). Diversos estudios asocian el sexo y la edad a este síndrome, por la vulnerabilidad del infante que no sabe defenderse ante las agresiones de adultos agresivos o negligentes. Este estudio arrojó en la variable sexo que las niñas son las que más sufren de maltrato. Esto puede deberse a factores como el abuso sexual por parte de familiares y conocidos y su condición de sumisión dentro del ámbito familiar (21,22). También factores psicosociales y cambios hormonales durante la pubertad las hacen más propensas de sufrir trastornos temporomandibulares (DTM) (23,24). Esto ratifica lo observado en un estudio publicado en el 2000 y realizado en población colombiana, donde las adolescentes menores de 18 años estaban más afectadas por maltrato infantil (25).

Hábitos comunes, por ejemplo, morderse los labios, colocar objetos extraños entre los dientes (como esferos), masticar chicle o hielo y comerse las uñas, fueron equitativos en ambos grupos de estudio para evitar sesgos (variables intervinientes no controladas). La presencia de alguna condición sistémica como alergias, desbalances enzimáticos en la digestión que causan distrés abdominal crónico, disfunciones urológicas crónicas persistentes y parasitosis intestinal, entre otras, que se han asociado al bruxismo y el apretamiento dental, se consideraron criterios de exclusión. La revisión de las historias clínicas previa al estudio mostró que los niños institucionalizados

por maltrato infantil presentaron mayor registro de antecedentes médicos, posiblemente por los seguimientos multidisciplinarios completos realizados desde el momento en que el niño ingresa a la institución.

Por otra parte, para el odontólogo el abandono o descuido dental es un factor determinante para el diagnóstico de maltrato infantil por negligencia. Estupiñán y Fontanilla (26) refieren que este tipo de maltrato se manifiesta en la cavidad oral con caries rampante, dientes no tratados y pobre higiene oral. Se encontraron hallazgos similares en un estudio en un grupo de niños institucionalizados, cuando se analizó la existencia de rehabilitaciones dentales. En los casos de no negligencia, las actividades de promoción y prevención cumplen un papel importante.

Las emociones se manifiestan psicósomáticamente en procesos inconscientes como el bruxismo y el apretamiento dental (27). Flores y colaboradores (28) definen el apretamiento dental como el hábito de apretar los dientes sin realizar deslizamientos o desplazamientos mandibulares. Lo diferencian del bruxismo, principalmente, en cuanto a que el apretamiento dental se ejerce de manera consciente. Asimismo, la dirección de los movimientos mandibulares, ya que mientras el bruxismo involucra excursiones laterales forzadas, el apretamiento se realiza en una dirección vertical, lo cual produce más cansancio muscular que desgaste dental (28-30).

En este estudio de corte transversal un 19 % del grupo de estudio mostraba bruxismo, y un 57 %, apretamiento dental, con el correspondiente componente muscular. Resultados similares obtuvieron Van Selms (30) en un estudio observacional en el que las situaciones de estrés generaron mayor actividad de apretamiento matutino, diurno y vespertino y, por consiguiente, mayor dolor miofascial, que es una disfunción temporomandibular de tipo muscular crónico. Glaros y colaboradores (31), por su parte, concluyeron que el apretamiento es una parafunción crónica que podría causar dolor por trastornos en la ATM. Posteriormente, el mismo grupo de investigación reportó que los comportamientos parafuncionales, sobre todo aquellos que incrementan la tensión muscular y los estados emocionales, son buenos predictores de los grados de dolor en pacientes con DTM (32). La presencia de facetas de desgaste asociada a bruxismo fue similar en ambos grupos. Esto puede explicarse por la situación de presión que puede desencadenar un estado emocional por actividades típicas, como tareas escolares, desacuerdos

entre compañeros y diferentes responsabilidades que tenga el menor. En el hogar hay factores como la separación conyugal o conflictos constantes entre sus padres. Asimismo, las relaciones sentimentales a temprana edad tienen un peso, sin dejar aparte la posible influencia de los medios de comunicación en la tranquilidad del menor (33-35).

Negoro y colaboradores (36) se refieren a las facetas de desgaste que no necesariamente indican bruxismo activo, pero sí historia de este. Muestran deslizamientos por excursiones laterales; pero las facetas de desgaste no se asociaron con apretamiento dental. En una medición por medio de actividad electromiográfica, se halló que el bruxismo raramente involucra los músculos maseteros y temporales; mientras que en máxima intercuspidad voluntaria ocurre el apretamiento dental.

Más del 50 % de los casos de maltrato físico ocurre en el área facial y la cabeza, con signos como quemaduras, laceraciones orales, y fracturas dentales, maxilares o mandibulares permiten al odontólogo como profesional dentro del equipo multidisciplinario de salud detectar el maltrato infantil a temprana edad (36). Debe obtenerse una impresión general del niño en aspectos como higiene, hábitos orales nocivos, estrés emocional, desarrollo, estatura, relación con los padres y adecuación de la vestimenta. También se deben observar superficies expuestas de la piel de las extremidades en busca de marcas inusuales o laceraciones y posibles limitaciones de los movimientos del niño, que pueden generar sospechas de lesiones más importantes de las que el padre o tutor manifiestan. Del mismo modo, existen factores etiológicos y de riesgo de DTM para instaurar las medidas terapéuticas correspondientes y otras medidas profilácticas para la prevención de estos (37). Es obligación moral y legal del odontólogo, como de todo profesional de la salud, informar a las autoridades acerca de la sospecha de maltrato infantil (38-40). Para el odontólogo clínico como para el especialista en odontología legal y forense, cuyo papel abarca el manejo de casos de maltrato infantil, es importante valorar el apretamiento dental y su sintomatología clínica en el componente dental y muscular del área orofacial y corporal (41,42).

CONCLUSIONES

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el apretamiento dental y maltrato infantil; no con el bruxismo.

Los niños maltratados tienen un factor de riesgo 16,4 veces mayor que los niños no diagnosticados con maltrato infantil para presentar apretamiento dental nocivo.

Se encontró asociación del bruxismo, el apretamiento dental y la ansiedad en los niños diagnosticados con maltrato infantil, mas no en los niños no diagnosticados con maltrato.

RECOMENDACIONES

Continuar con la línea de investigación que relacione el apretamiento dental y el desarrollo de DTM con el maltrato infantil.

Se deben incorporar a la evaluación clínica el examen del bruxismo, el apretamiento dental y los DTM en los pacientes que acuden a la consulta de odontopediatría, con seguimientos mínimos cada dos años.

REFERENCIAS

1. Ricaurte A. Violencia contra niños, niñas y adolescentes: Colombia, 2014. Forensis [internet]. 2014; 16(1): 181-200. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
2. Needleman H. Odontología pediátrica del adolescente. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 1990. p. 33-43.
3. Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatr*. 1991 Jan; 148(1): 10-20.
4. Jesse SA. Risk factors as determinant of dental neglect in children. *ASDC J Dent Child*. 1998; 65(1): 17-24.
5. Rivera M, Furman E. Hallazgos clínico-dentales en niños sugestivos de maltrato infantil. *Univ Odontol*. 1998; 17(36): 59-64.
6. Barrera A, Gutiérrez J, Furman E. Comportamiento de pacientes con maltrato infantil durante la consulta odontológica. *Univ Odontol*. 2000; 20(42): 33-8.
7. Bueno M, Durán V. Frecuencia de bruxismo en 120 pacientes de Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. [Trabajo de pregrado para optar al título de Doctor en Odontología]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2005. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20664/1/ODON015.pdf>.
8. Anxiety and Depression Association of America (ADAA). Posttraumatic stress disorders (PTSD) [internet]. Silver Spring, MD: ADAA; 2016. Disponible en: <http://www.adaa.org/understanding-anxiety/posttraumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms>.
9. Gallego L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. *Acta Odontol Venez*. 2002; 40(3): 1-7.
10. Ramfjord S, Ash M. Occlusion. London, England: Saunders; 1966. p. 100-1.
11. Vallejo E, González E, Del Castillo R. El bruxismo infantil. *Odontol Pediatr*. 2002; 10(3): 135-41.
12. Weideman C, Bush D, Yan Go F, Clark G, Gornbein J. The incidence of parasomnias in child bruxers versus nonbruxers. *Pediatr Dent*. 1996; 18(7): 456-60.
13. García G. Bruxismo en niños. 16 de Abril: *Rev Estuds Cienc Med Cuba* [internet]. 2005; 222. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/222/profe.html>.
14. Arenas M, Bloise A, Carvajal M, Forero C, Rodríguez A, Herrera M. Signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en niños entre los 6 y los 13 años de edad: serie de 50 casos. *Univ Odontol*. 2013 Jul-Dic; 32(69): 161-8.
15. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP). Evaluación del inventario BDI-II [internet]. Madrid, España: COP; 2011. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.
16. Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, Thode HC Jr. Validation of the Wong-Baker FACES pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2010 Jan; 17(1): 50-4.
17. Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [internet]. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva; 2012. p. 7-12. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>.
18. Serrano M, Caballero J, Cañas A, García P, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor* [internet]. 2002 Mar; 9(2): 94-108. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf.
19. Álvarez E, Arango M, Arbeláez D, González C, Roldán A, Villegas L. Diseño y aplicación de un instrumento para la medición del desgaste dental en pre-escolares de 3 a 5 años del Municipio de Sabaneta. *CES Odontol*. 1998; 11(1): 20-3.
20. Bernet W. Child maltreatment. In: Kaplan BJ, Kaplan VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Volume 2, 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 2004. p. 3412-24.
21. Garrido V, Strangeland P, Redondo S. El maltrato y el abuso sexual en niños: principios de criminología. 3ª ed. Madrid, España: Tirant Lo Blanch; 2006. p. 580-99.

22. Huang G, LeResche L, Critchlow C, Martin M, Drangsholt M. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders. *J Dent Res.* 2002; 81(4): 284-8.
23. Pahkala R, Qvarnstrom M. Can temporomandibular dysfunction signs be predicted by early morphological or functional variables? *Eur J Orthod.* 2004; 26(4): 367-73.
24. Tuerlings V, Limme M. The prevalence of temporomandibular joint dysfunction in the mixed dentition. *Eur J Orthod.* 2004; 26(3): 311-20.
25. Camacho A, Camargo G, Chaparro S. Factores asociados al maltrato en niños y adolescentes de una institución de protección en Bogotá [internet]. *Monografias.com:* 2004 [citado 21 junio 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/factores-maltrato/factores-maltrato.shtml>.
26. Estupiñán D, Fontanilla G. Papel del odontólogo en la detección y prevención de maltrato infantil. *Univ Odontol.* 2002; 22(50): 90-7.
27. Gómez C, Hernández G, Alzate M. El bruxismo: confluencia de la psiquiatría y de la odontología. *Univ Med.* 1996; 37(1): 45-53.
28. Flórez M, Calvo M, Rodríguez G, Bayona A, Ávila F. Prevalencia de hábitos orales y asociación con maloclusión y desórdenes temporomandibulares: estudio epidemiológico de salud y maloclusión dental en niños de Bogotá, Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 131-49.
29. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr* [internet]. 2009; 1-11. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>.
30. Van Selms M, Lobbezoo F, Wicks D, Hamburger H, Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. *J Oral Rehabil.* 2004; 31: 738-45.
31. Glaros AG, Tabacchi KN, Glass E. Effect of parafunctional clenching on TMD pain. *J Orofac Pain.* 1998; 12: 145-52.
32. Glaros A, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136: 451-7.
33. Kenney J. Domestic violence: a complex health care issue for dentistry today. *J Forensic Sci Int.* 2006; 159S: 121-5.
34. Pergamalian A, Rudy T, Zaki H, Grecco C. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2003; 90(2): 194-200.
35. Seraj B, Ahmadi R, Mirkarimi M, Ghadimi S, Beheshti M. Temporomandibular disorders and parafunctional habits in children and adolescence: a review. *J Dent (Tehran).* 2009; 6(1): 37-45.
36. Negoro T, Briggs J, Plesh O, Nielsen I, McNeill Ch, Miller A. Bruxing patterns in children compared to intercuspal clenching and chewing as assessed with dental models, electromyography and incisor jaw tracing: Preliminary study. *ASDC J Dent Child.* 1998; 65(6): 449-58, 438.
37. Jessee S. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician.* 1995; 52(6): 1829-34.
38. Swaelen K, Willems G. Reporting child abuse in Belgium. *J Forensic Odontostomatol.* 2004; 22(1): 13-7.
39. República de Colombia. Código de Procedimiento Penal, Ley 599 del 2000, artículo 441.
40. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Guía práctica para el dictamen odontológica forense. Bogotá, Colombia: INMLCF; 2011.
41. Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr.* 1999; 104: 348-51.
42. Needleman H. Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management and the dental profession's involvement. *Pediatr Dent.* 1986; 8: 71-80.

CORRESPONDENCIA

Ana Milena Doria Martínez
forenseamdm@yahoo.com

Melissa Ivette Navarro Chong
menavarro.chong@gmail.com

Sandra Lorena Garzón Panesso
garzon_s@hotmail.com

Martha Cecilia Herrera Vivas
marthacherrera@hotmail.com

Gloria Cristina Moreno Abello
gcmoreno@javeriana.edu.co

Edgar Furman Kahn
ef00948@javeriana.edu.co

Leonardo Ayala Muñoz
leonardoayalam@hotmail.com