

**FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENT D'ESTOMATOLOGIA**



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

**MALTRATO INFANTIL: ACTITUD Y CONOCIMIENTOS  
DE LOS DENTISTAS**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ODONTOLOGÍA 3143

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

**M<sup>a</sup> Teresa Chofré Lorente**

DIRIGIDA POR:

**Profesora Dña. Montserrat Catalá Pizarro**

**Valencia, Octubre 2019**





VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

Dña. Montserrat Catalá Pizarro, profesora titular del Departament d'Estomatologia de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València

CERTIFICA QUE:

El proyecto de investigación original de Teresa Chofré Lorente, titulado "MALTRATO INFANTIL: ACTITUD Y CONOCIMIENTOS DE LOS DENTISTAS" ha sido realizado bajo su dirección y supervisión y reúne los requisitos y méritos suficientes para optar, mediante el mismo, al Grado de Doctor en Odontología por la Universitat de València.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma el presente certificado en

Valencia, a 28 de octubre de 2019

PROFESORA DÑA. MONTSERRAT CATALÁ PIZARRO



*A mi familia.*

*Gracias por ser mi escudo en mis momentos de batalla.*



# Agradecimientos

---

Si escribir este trabajo ha sido difícil, dedicar unas pocas líneas a la cantidad de personas que me han ayudado, aún me parece más complicado si cabe.

Hace muchos años soñaba con este momento, pero lo que nunca imaginé es cómo lo vería todo al echar la vista atrás. Ahora miro con cierto respeto cómo ha pasado el tiempo.

La primera persona a la que quiero agradecerle su dedicación incondicional es a mi directora de Tesis, la Dra. Dña. Montserrat Catalá Pizarro, quien confió en mí sin conocerme y la que me ha acompañado y tutorizado durante estos largos 6 años que hoy culminan. Gracias por su tiempo, sus enseñanzas y su inestimable paciencia. Sobre todo cuando me parecía estar sumida en el más absoluto caos.

No quiero olvidarme de las personas que me lo enseñaron todo: mis profesores. Ellos, me transmitieron sus conocimientos, pero también me inculcaron la pasión por la docencia. Reconozco que las cosas se ven diferentes desde la palestra. Este proyecto es también gracias a que muchos de ellos confiaron siempre en mí.

Gracias a mis compañeros y profesores de la Universidad Europea de Valencia y a otros tantos colegas que han dedicado su tiempo en ayudarme a presentar este proyecto. En especial a mis compañeros del Departamento de Odontopediatría. Gracias por vuestro apoyo incondicional SIEMPRE. Por hacer que cada día de prácticas sea una aventura diferente a la anterior, y por hacerme sumar momentos y sobre todo, buenos amigos. Soy afortunada de trabajar con vosotros.

Gracias a la Dra. Dña. Esther Carramolino Cuellar y el Dr. D. Santiago Emilio Arias Herrera, por animarme e impulsarme en los momentos más áridos y “estadísticamente significativos” de esta larga aventura. Vuestra ayuda ha sido más que necesaria para que lograra avanzar cuando me parecía leer y hablar un idioma completamente diferente.

A mi querida amiga la Dra. Patricia Guillem, quien siempre se ha preocupado por hacerme ver la parte positiva de este esfuerzo, despejarme la mente esos días en los que las horas frente al ordenador acababan en un “no sé ni lo que he escrito”. Gracias por tu compañía todos estos años en los que las dificultades han hecho que nuestra amistad crezca y sea sólida. Tengo mucha suerte.

Y por último, mi familia.

GRACIAS por vuestro apoyo constante y amor incondicional. Por animarme a hacer esta locura (¡Cuántas veces me he preguntado porqué lo hicisteis!). Por aguantar mi mal genio, mis lloros, mis tropiezos y fracasos. Por involucraros en mis proyectos como si fueran vuestros.



Gracias por hacerme ver que todo esfuerzo tiene su recompensa , aunque no siempre se llegue por el camino fácil.

A mis padres, por haberme inculcado el respeto y pasión a mi profesión y a los pacientes. Por haberme educado en los valores que hoy definen la persona que soy. Por haber sabido capear mis berrinches y mi cabezonería; sobretodo los días en que quería tirar la toalla y ahí estabais para alentarme a continuar.

A mi hermana por ser un ejemplo de tenacidad y esfuerzo incansable. A pesar de que eres la pequeña, eres grande. Nunca lo olvides. Puedes conseguir lo que te propongas.

Y a los que ya no están conmigo y siempre creyeron en mi, porque sé que allá donde estén, me cuidan y me siguen sonriendo.

Con mucho cariño,

Teté.

# Índice

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	01
<b>2. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA</b>	03
<b>2.1 HISTORIA</b>	03
<b>2.2 PREVALENCIA</b>	07
<b>2.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL</b>	11
2.3.1 MALTRATO POR ACCIÓN	12
2.3.2 MALTRATO POR OMISIÓN	13
<b>2.4 FACTORES DEL RIESGO DE MALTRATO INFANTIL</b>	17
<b>2.5 DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL</b>	19
2.5.1 INDICADORES	20
2.5.2 SEÑALES DE MALTRATO	21
2.5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	23
<b>2.6 ASPECTOS LEGALES</b>	27
<b>2.7 MALTRATO INFANTIL Y ODONTOLOGÍA</b>	31
2.7.1 PAPEL DEL DENTISTA EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO	34
<b>2.8 CONOCIMIENTOS DE LOS DENTISTAS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL</b>	37
<b>3. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	69
<b>3.1 JUSTIFICACIÓN</b>	69
<b>3.2 HIPÓTESIS</b>	71
<b>3.3 OBJETIVOS</b>	73
<b>4. MATERIAL Y METODOS</b>	75
<b>4.1 MUESTRA</b>	75
<b>4.2 MÉTODO</b>	77
4.2.1. DISEÑO DEL CUESTIONARIO	77
<b>4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	79

<b>5. RESULTADOS</b> .....	81
<b>5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA</b> .....	81
<b>5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RESPUESTA EN EL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS</b> .....	87
5.2.1 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS GENERALES, INDICADORES Y SEÑALES.....	87
5.2.2 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS LEGALES.....	101
5.2.3 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE SOBRE EXPERIENCIA EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL Y ACTUACIÓN .....	104
5.2.4 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE SOBRE LA FORMACIÓN EN DIFERENTES ASPECTOS DEL MALTRATO INFANTIL.....	106
<b>5.3. CORRELACIONES</b> .....	111
5.3.1 RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL .....	111
5.3.2 RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL .....	113
5.3.3 RELACION DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL.....	116
5.3.4 INFLUENCIA DEL PLAN DE ESTUDIOS Y FORMACIÓN DE POSTGRADO DE LOS PROFESIONALES Y LOS CONOCIMIENTOS QUE ÉSTOS POSEEN ACERCA DEL MALTRATO INFANTIL .....	119
5.3.5 RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL.....	127
<b>6. DISCUSION</b> .....	131
<b>6.1 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</b> .....	131
<b>6.2 CONOCIMIENTO DE LOS INDICADORES FÍSICOS Y SEÑALES DEL MALTRATO INFANTIL</b> .....	135
<b>6.3 CONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL</b> .....	141
<b>6.4 FORMACIÓN SOBRE EL MALTRATO INFANTIL</b> .....	145
<b>6.5 PRINCIPALES LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	149
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	151
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	153
<b>9. ANEXOS</b> .....	161



# 1. Introducción

---

El maltrato infantil puede considerarse uno de los problemas más serios de la sociedad moderna actual. Los malos tratos sufridos en el entorno familiar, escolar, social... deterioran la calidad de vida del menor y tienen importantes consecuencias en su desarrollo físico, emocional y mental.

El maltrato a los menores se considera un delito desde la Declaración de los Derechos del Niño (O.N.U. 1959) y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas en la sociedad actual.

Se entiende como niño maltratado a todo menor de 18 años cuya salud física o mental, o seguridad están en peligro ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otras personas responsables de sus cuidados, produciéndose el maltrato por acción, omisión o negligencia (Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R y Herrera-Basto E 1998, Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M 2010; [www.odontologiapediatrica.com](http://www.odontologiapediatrica.com) 2011).

Las estadísticas indican que 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltrato, siendo el 78% menores de 5 años y el 38% menores de 1 año ( L, Miegimolle M y Planells P 2002). Sin embargo, la estadística referida a este tema en particular, casi siempre es estimativa y segmentada y pocas veces se corresponde con realidad.

El maltrato implica una violación de derechos fundamentales de los niños o niñas y no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales (Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R y Herrera-Basto E 1998). Su detección y prevención se ha convertido en un objetivo primordial de las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje.

Según la ONU en su Asamblea General de 2006, “proteger a los niños de la violencia es una cuestión urgente. Los niños han sufrido durante siglos la violencia de los adultos sin ser vistos ni oídos.”

Los profesionales sanitarios tienen un papel primordial en la identificación, y notificación de la sospecha de maltrato infantil. Se ha visto que alrededor de un 10% de los niños que han sido

vistos por profesionales sanitarios han estado expuestos a algún tipo de abuso en el año anterior y sin embargo su contribución a las notificaciones de sospecha es bajo (Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, MacMillan HL.,2009).

Por otra parte, en el maltrato infantil, el 65 % de las lesiones se localizan en cara y cuello de modo que el odontólogo puede observar una serie de signos que manifiestan el maltrato en estas zonas y que como profesional debe denunciar (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002). Por lo tanto el odontólogo que atiende pacientes infantiles, tiene un papel importante en la mejora de la detección de casos de maltrato infantil; sin embargo, la participación de los equipos odontológicos en el proceso de notificación de sospecha de maltrato infantil es a nivel mundial muy baja.

En definitiva, investigar los conocimientos de los dentistas sobre el maltrato infantil, su identificación y la actitud que muestren hacia el proceso de notificación a las autoridades permitirá analizar si conviene implementar estrategias de intervención que faciliten su participación en la detección y prevención de abusos en la infancia.

## 2. Revisión de la bibliografía

---

### 2.1 HISTORIA

Para poder entender el maltrato infantil y sus raíces es necesario conocer y analizar la evolución histórica de este fenómeno. Algunos ejemplos de maltrato infantil en la Historia escrita y figurada que podemos encontrar son: la representación mitológica en la que Saturno devora a sus hijos, o la alusión bíblica al sacrificio de Isaac por su propio padre Abraham, o la matanza de los inocentes de Herodes (Stavrianos, C. *et al* 2011).

A menudo se encuentran afirmaciones próximas a lo que hoy se consideraría maltrato, en boca de personajes emblemáticos de la Historia. Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto".

El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores (Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R y Herrera-Basto E. 1998, Rebollo 2004). Del mismo modo un rey de Suecia llamado Aun, sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida.

En Egipto cada año se ahogaba en el Nilo a una jovencita para que el río fertilizase las tierras. Ritos de fertilización semejantes eran también practicados en China, India, Méjico y Perú.

La superstición ha sido también origen de malos tratos, existiendo la creencia de que el sacrificio de niños pequeños beneficiaba a la mujer estéril, curaba enfermedades y confería salud, vigor y juventud. En algunas culturas las madres eran alimentadas con carne de niños para conseguir una descendencia fuerte y saludable. Para asegurar la estabilidad y duración de edificios importantes, algunas veces se enterraban niños bajo sus cimientos.

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos. Durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza y en algunos países como China, se hacía para controlar la natalidad (Santana-Tavira R, Sánchez.Ahedo R y Herrera-Basto E 1998, Rebollo 2004).

Asimismo, la historia muestra la existencia de individuos influyentes que hablaron en contra de los abusos respecto de los niños: Platón (siglo V a.C.) advertía a los maestros que "no tratasen a los niños por la fuerza sino como si estuviesen jugando con ellos", pero esto durante siglos no constituyó más que breves respiros de salvaguarda para la población infantil.

No fue hasta el cristianismo, cuando tuvo lugar un cambio favorable respecto al trato y protección de la infancia; Constantino (315 d.C.) promulgó edictos contra el infanticidio y la venta de niños como esclavos, actitud que fue seguida por Gregorio XIV en el siglo XVI y Federico el Grande en el siglo XVIII (Santana-Tavira R, Sánchez.Ahedo R y Herrera-Basto E 1998, Rebollo 2004).

Lachica (2010) hace referencia a que fue Augusto Ambrosio Tardieu catedrático de Medicina Legal en París, quien describió en 1860 el síndrome del niño golpeado tras sus hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños que murieron después de ser golpeados o quemados.

Según señalan Planells del Pozo P y Gallegos López L (2004), el primer caso de maltrato infantil descrito se remite a 1874 en Nueva York y señala que el proceso judicial hubo de llevarse a cabo mediante la ley de protección de animales, que sí que estaba vigente por aquel entonces, mientras que no existían leyes que defendieran al menor.

Estas acciones legales pioneras dieron como resultado que, antes de que acabase el siglo, se creasen dos sociedades pro derechos de los niños: “The Society for the Prevention of Cruelty to Children” en Nueva York y “The National Society for the Prevention of Cruelty to Children” en Londres (Lachica 2010).

En la época moderna los médicos fueron mayoritariamente los responsables de las reformas y los que redactarían las medidas legislativas de protección a la infancia, puesto que la participación de la medicina en los movimientos salvadores de ésta no se limitó al problema de la mortalidad y a la protección sanitaria e higiénica de los primeros años de la vida del recién nacido, sino que se extendió a aspectos más amplios del desarrollo del niño.

En España se legisla el maltrato infantil por primera vez en 1904, bajo la Ley general de Protección a la Infancia gracias al Dr. Tolosa y el Dr. Pulido. La ley redactada por el Dr. Tolosa Latour, basada en sus ideas higienistas y protectoras de la infancia, estaba inspirada en la ley francesa de 1874 (Ley Roussel).

Los conceptos fundamentales de esta ley eran la protección de la salud física y moral del niño y por lo tanto la vigilancia de todo cuanto directa o indirectamente hiciera referencia a la vida infantil hasta los 10 años.

Y es que hasta ese momento el maltrato infantil constituía una problemática desconocida para el profesional sanitario, puesto que no se consideraba un problema de salud. El trabajo del

profesional se ceñía exclusivamente a la lesión y su tratamiento, pero nunca al entorno ni al modo de lo ocurrido (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004).

Sin embargo, no es hasta 1924 con la Declaración de Ginebra, cuando se establece la Tabla de los Derechos de los Niños, donde quedan recogidos sólo cinco derechos.

Poco después el desarrollo de la radiología ayuda a John Caffey (1946) y Frederic Silverman (1953) a describir las lesiones óseas que sufren algunos niños sin problemas de salud previos ni motivos aparentes. Estos hallazgos casuales se atribuyeron a traumatismos no accidentales o negligencias por parte de las personas encargadas del niño (Santana-Tavira R, Sánchez.Ahedo R y Herrera-Basto E 1998, Rebollo 2004).

En 1947 se constituye UNICEF (Fondo Internacional del Socorro a la Infancia) y en 1959 se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño.

En el año 1962 el síndrome del niño apaleado es definido por primera vez por Kempe (Lachica, 2010) y es a partir de entonces cuando comienzan a publicarse casos y a aparecer otros conceptos relacionados como el abuso sexual a menores, síndrome de Munchausen, niño zarandeado, maltrato emocional infantil, entre otros.

El primer referente legal en protección de menores data del 28 de mayo de 1980, cuando tras haberse registrado un considerable aumento de denuncias de maltrato de niños, fue aprobada en varios estados de Estados Unidos de América la Ley Núm. 75, en la cual se establecía que un menor era víctima de "maltrato o negligencia" cuando "sufría daño o perjuicio, o se encontraba en riesgo de sufrir daño o perjuicio en su salud física, mental emocional, o en su bienestar, por las acciones y omisiones no accidentales de sus padres o de otras personas o instituciones responsables de su cuidado". En esta ley se estableció la política pública de protección a menores.

En España es a partir de la Constitución de 1978, cuando se produce un cambio en los sistemas de protección social a la infancia y desde entonces la Entidad Pública es la encargada de velar por el bienestar de los niños.

A partir de los años 80 el maltrato se transforma en una prioridad y se comienzan a realizar planes para su prevención, pues se reconoce que existen niños en riesgo.

La Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas aprobada en la Asamblea General del 20 de noviembre de 1989, establece la figura del niño como objeto de derecho y necesidades.

Con posterioridad en 1990 se celebra la primera Cumbre Mundial a favor de la Infancia en la Sede de las Naciones Unidas.

Finalmente, La Carta Europea de Derechos del Niño (1992), reconoce los derechos de los niños en los países europeos y pide a los Estados miembros que nombren un defensor de los derechos del niño en cada país.

## 2.2 PREVALENCIA

En lo que a estadística se refiere, éstas indican que 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltrato, siendo el 78% menores de 5 años y el 38%, menores de 1 año. (Schönbuche *et al.* 2011).

El maltrato infantil sigue siendo a día de hoy una realidad oculta y poco documentada y la estadística referida, casi siempre es estimativa y segmentada y pocas veces se corresponde con la realidad.

La frecuencia del maltrato infantil sólo puede establecerse de forma aproximada y se deduce de la morbilidad y de la mortalidad derivadas que se detectan. Se considera que los casos denunciados de malos tratos son sólo el 10% de los reales (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Lachica 2010).

El número de casos de maltrato infantil registrados oficialmente varía en el mundo en función de los países a los que se haga referencia. Sin embargo, estas diferencias pueden deberse a las distintas características de los sistemas de detección y notificación (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Generalitat Valenciana 2008). Respecto a las diferencias de género, Schönbuche *et al.* (2011) afirma que los casos de maltrato son mucho más frecuentes en niños pequeños y en niñas jóvenes.

Las estadísticas refieren que los niños más pequeños, menores de 4 años, son los que sufren con mayor frecuencia este problema. De hecho, el informe de la NCANDS en el 2008 detalla que de los niños maltratados, el 45'3% eran menores de un año pero que casi el 80% del total, lo eran de menores de 4 años. Estos niños son más vulnerables por varios aspectos: su pequeño tamaño, su dependencia, su incapacidad de defenderse por ellos mismos. (Child Welfare Information Gateway, 2010).

De cualquier forma, los resultados de las estadísticas son pobres porque el porcentaje de diagnósticos sigue siendo bajo, lo que no tiene nada de extraño por cuanto que se ha de admitir que la mayoría de los casos permanecen en la clandestinidad (Lachica, 2010).

En España estas cifras oscilan entre 1'5-2 por mil niños al año tomando como base los datos registrados; aunque se estima que éstos sólo representan alrededor del 10-20% de los casos reales (Generalitat Valenciana, 2008).

Según los datos recopilados por el Ministerio del Interior en el año 2006, 18.052 niños fueron víctimas de delitos, lo que supone 2,34 víctimas por cada 1.000 niños (Gaitán, 2011).

El Centro Reina Sofía a partir del Estudio de la Violencia en 2002 indicaba que, los niños con discapacidad presentaban un 6% más de prevalencia de maltrato físico, un 11,3% más respecto al maltrato emocional, un 1,75% más para el abuso sexual y un 0,2% más en los casos de negligencia respecto a los niños no discapacitados (Sanmartín 2002, FAMPI 2008).

El tipo de maltrato más frecuente en España es la negligencia (cuando las necesidades básicas del niño no están cubiertas), que supone aproximadamente el 50% de los malos tratos, seguido del maltrato psíquico 27%, el físico 11% y el sexual 6% (FAMPI 2008, Gaitán 2011).

Sin embargo, en la actualidad sigue siendo difícil la identificación de los casos y por ese motivo en nuestro país no se dispone aún de datos suficientemente representativos. Precisamente con ese objetivo se está implementando el Registro Unificado de Casos de Maltrato Infantil (RUMI) a través del cual se podrá tener una cuantificación objetiva del número de casos reales a nivel estatal. Entretanto en España tan sólo se pueden hacer estimaciones aproximativas. Pese a todo, los datos disponibles siguen siendo igualmente significativos (FAMPI 2008).

En la Comunidad Valenciana desde mayo del 2006 hasta diciembre de 2007, se registró una frecuencia de 0'31 casos por mil, resultando muy inferior a la que aparece en la bibliografía que está entorno al 1'5-2 casos por mil en menores de 18 años.

Por otra parte, en el 52'04% de los casos notificados había evidencia de maltrato, mientras que en el resto solo había sospecha. Pero este ítem sólo se cumplimentó en el 73'5% de los casos (Generalitat Valenciana, 2008).

En cuanto a la relación entre sexo y edad en los casos de maltrato de la Comunidad, se observa que existe un predominio de los niños entre los más pequeños (hasta 9 años) y de las niñas entre las más mayores (sobre todo a partir de 15 años).

En cambio, globalmente la frecuencia es similar en ambos sexos para este periodo de tiempo: 45'86% niños y 54'14% en niñas y con respecto a la edad, el 43'3% de los casos

notificados durante el 2006 y 2007 se corresponden a menores de 5 años, siendo casi la mitad menores de un año.

A día de hoy es muy difícil conocer la incidencia real del maltrato a nivel estatal, así como a nivel autonómico, ya que el Registro Unificado de casos de Maltrato Infantil es de implementación reciente y las cifras que se manejan, a partir de los pocos estudios disponibles sobre incidencia de maltrato infantil en España se encuentran en torno al 15% de las personas menores de edad (FAMPI, 2008).



## 2.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Existen diferentes formas de maltrato infantil en base a la etapa en la que se da el maltrato (prenatal vs. postnatal) y, por otro lado, haciendo mención al tipo de maltrato propiamente dicho.

Según la etapa en la que se da el maltrato, se distingue el maltrato prenatal que es aquel que se comete desde el momento de la concepción hasta el momento del parto. Dentro de este grupo se incluyen situaciones como gestaciones rechazadas, madres sin seguimiento médico, alimentación deficiente... También serían considerados como maltrato todos aquellos hábitos tóxicos que puedan dañar al feto (drogas o alcohol), las enfermedades de transmisión y los abortos (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004).

Se entiende como maltrato postnatal todas las acciones u omisiones que se producen en un menor desde su nacimiento hasta su mayoría de edad.

Según el tipo de maltrato propiamente se establecen dos tipos de maltrato: maltrato por acción y maltrato por omisión.

Se entiende como maltrato por acción todas aquellas situaciones no accidentales que provoquen daño físico o enfermedad al menor y que puede variar desde una contusión hasta una lesión mortal; mientras que maltrato por omisión o descuido sería carencia de satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimentación, abrigo, educación, salud y bienestar del niño; es decir, dejar de proporcionar los cuidados y atenciones necesarios para que el menor crezca y se desarrolle física y emocionalmente de forma adecuada. (www.odontofo.com 2008, Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M 2010, Collantes *et al.* 2008, Serna 2011).

A su vez el maltrato por acción se puede subdividir en: maltrato físico, abuso fetal, maltrato psicológico o emocional y abuso sexual.

El maltrato por omisión es el abandono o negligencia y se divide en: abandono físico y negligencia o abandono educacional (www.odontofo.com, 2008).

Dentro de esta clasificación también se destaca que existen otros tipos de maltrato que son complejos como el Síndrome de Munchausen o como el maltrato en odontología propiamente dicho. A continuación, se explican detalladamente cada uno de ellos.

### 2.3.1 MALTRATO POR ACCIÓN

Dentro de los tipos de maltrato por acción, se entiende por maltrato físico cualquier lesión corporal que un padre, madre, tutor, cuidador o cualquier otro miembro de la familia o persona, cause a un niño intencionadamente. Ésta puede ser el resultado consecuente de un episodio único o de un patrón de comportamiento repetido (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002; Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Legano L, McHugh M y Palusci V. 2009). Algunos ejemplos de lesiones podrían ser: quemaduras, golpes, estirones de pelo, torceduras, zarandeos, patadas u otras formas de lastimar al niño (www.odontofo.com 2008, www.odontologiapediatrica.com 2011).

Por otra parte, aunque, el adulto puede no querer hacer daño al niño, también se interpreta como maltrato la aparición de cualquier lesión física derivada del empleo de algún tipo de castigo que no sea apropiado para la edad del niño. A diferencia del maltrato físico, el castigo físico se define como el empleo de la fuerza con intención de causar dolor y que tiene como fin corregir o controlar una conducta.

El abuso fetal, ocurre cuando la madre ingiere deliberadamente alcohol o drogas, estando el feto en su vientre. Como consecuencia de ello el niño/a nace con problemas de salud, malformaciones, retraso mental o psicomotor (www.odontofo.com 2008).

Si bien la ley no define el concepto de maltrato psíquico, se entiende como tal a la acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole la suficiente perturbación como para afectar a su dignidad, alterar su bienestar e incluso su salud. Un ejemplo de este tipo de maltrato podría ser encerrar al niño o atarlo a la cama; este tipo de acciones no sólo pueden producir un daño físico en el menor sino también alteraciones psicológicas importantes (www.odontofo.com, 2008). Los niños maltratados físicamente también son dañados emocionalmente (Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M 2010). El maltrato psíquico es una de las formas más sutiles, pero también de las más frecuentes de maltrato infantil. Estos niños normalmente son ridiculizados, insultados, obligados a presenciar actos de violencia física o verbal en el seno familiar, o simplemente se les priva del cariño paterno. (Stephen A. J. 2009, www.odontofo.com 2008).

Se debe considerar dentro del maltrato emocional el "maltrato verbal".

En la sociedad actual se pueden observar comportamientos inapropiados de padres a hijos, hasta llegar a la humillación de éstos. Esta es una forma de comportamiento socialmente admitida, que también es apreciable entre profesores y/o educadores que dicen al menor frases como: "eres tonto", "idiota", "no sirves para nada", "nadie te quiere"... Finalmente tras la continua repetición de las mismas el niño acepta el maltrato verbal como si fuera verdad, dando lugar a una importante patología emocional, alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y por supuesto, a un bajo rendimiento escolar (California Dental Association Foundation 2004, Lachica 2010).

El abuso sexual es considerado como la acción de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor de edad para obtener placer. También se considera abuso sexual cualquier actividad que un niño no sea capaz de comprender o consentir. Quedan incluidas en este tipo de maltrato todas aquellas acciones sexuales que sean inapropiadas para la edad del menor, incluso cuando sean en ausencia de violencia o de daños reales (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P 2002, Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, [www.odontofo.com](http://www.odontofo.com) 2008, [www.odontologiapediatrica.com](http://www.odontologiapediatrica.com) 2011).

El motivo de que los niños sean víctimas de abuso sexual es su menor tamaño con respecto a un adulto, su incapacidad de autodefensa, su falta de elección y el no poder pedir ayuda (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004); además es común que este tipo de abuso sea realizado por una persona cercana al niño (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002).

A diferencia del maltrato físico, el abuso sexual no tiene unos signos tan evidentes lo que hace que sólo el observador preparado sepa reconocerlos.

### 2.3.2 MALTRATO POR OMISIÓN

Dentro del maltrato por omisión, debemos tener en cuenta el abandono físico, la negligencia o abandono educacional, e incluso lo que algunos autores denominan negligencia dental.

El abandono físico consiste en omitir, pasar por alto o dilatar en el tiempo la atención de problemas de salud, echar de casa a un menor, no realizar la denuncia o no procurar su regreso a casa, dejar al niño solo a cargo de otros menores ([www.odontofo.com](http://www.odontofo.com), 2008).

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos, así como no inscribir al niño en los niveles de educación obligatorios para cada provincia o no hacer lo necesario para resolver los problemas pertinentes en caso de que el menor precise necesidades especiales (www.dodontofo.com2008, Stephen A. J. 2009).

El abandono y la negligencia, pueden constituir una forma insidiosa de causar daños graves. Supone un fallo en cuanto a la debida actuación para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño (Lachica 2010).

En España (Soriano Faura, F. J. 2005) se considera que se actúa negligentemente cuando:

- No se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad.
- Se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado.
- No se atienden sus necesidades sanitarias. Ejemplos de estas situaciones son: no tener las vacunaciones al día, no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no visitar al médico cuando se muestren estados de salud deficientes...
- Se descuidan las necesidades educativas. Todo lo que implique absentismo escolar.
- Existe descuido en la higiene.
- Transcurren largos periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores.
- Ocurren repetidos accidentes domésticos.

Varios autores citan lo que La Academia Americana de Odontología Pediátrica denomina **“negligencia dental”** y define como “una falta deliberada por parte de padres o tutores, de la búsqueda y seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección” (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Californian Dental Association Foundation 2004, Shalu Rai 2011). Es decir, serían aquellas situaciones en la que los padres o tutores no buscan el tratamiento de caries, infecciones orales, trauma o los casos en los que no hay una continuidad de tratamiento cuando éstos ya han sido avisados de los problemas anteriores.

Las caries no tratadas (Figura 1), las enfermedades periodontales y otras condiciones orales pueden causar dolor, infección y pérdida de la función que pueden afectar el aprendizaje, la comunicación y la nutrición, así como otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normales de los menores. (California Dental Association Foundation 2004, Shalu Rai 2011)



*Figura 1.-Niño de 6 años con caries rampante no tratada.*

En suma, la negligencia dental conlleva problemas de alimentación, dolor crónico, alteraciones en el correcto crecimiento del niño y dificultad para que el niño realice con normalidad las actividades que son propias de su edad.

Obviamente no todos los casos son iguales, salvados los casos de pobreza, ignorancia o la imposibilidad de que los niños sean atendidos por motivos ajenos a los padres o tutores, siempre que exista una reiterada negación a que el niño sea debidamente tratado se está produciendo una negligencia dental (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004).

Pero también existen situaciones algo más complejas como el Síndrome de Munchausen por poderes, situación en la que los padres, más frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño con el riesgo que esto conlleva. (Soriano Faura, F. J. 2005, Lachica 2010).

Este síndrome suele afectar a niños menores de seis años. Su existencia debe ser considerada cuando se den alguna de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedad persistente y recidivante inexplicable.
- b) Los signos clínicos y exámenes complementarios "no encajan" con el estado de salud del niño.
- c) Síntomas que desconciertan al pediatra más experimentado.
- d) Desaparición de los síntomas cuando el niño se separa de su ambiente familiar.
- e) Madre que rehúsa separarse del niño y que suele estar poco preocupada, a pesar de la "aparatosidad" de la sintomatología y de la falta de un diagnóstico concreto.

La presencia de cualquiera de estas situaciones es especialmente sospechosa, sobre todo si los padres tienen conocimientos sanitarios o algún familiar o conocido ha presentado una historia de enfermedad similar (Lachica, 2010).

Por último, otra de las situaciones complejas es el maltrato en odontología, descrito como la situación en que el profesional no es capaz de controlar la ansiedad del niño dentro del gabinete dental, perdiendo fácilmente la paciencia y asumiendo acciones de restricción infantil para llevar a cabo procedimientos dentales, sin importarle el estado emocional en que se encuentra el niño (Collantes *et al.* 2008).

## 2.4 FACTORES DEL RIESGO DE MALTRATO INFANTIL

En cuanto a las causas del maltrato infantil, comenzaremos por considerar los factores de riesgo definidos como aquellas situaciones que hacen que una enfermedad, lesión o acción, tengan más probabilidad de ocurrir.

En la literatura se distinguen diferentes factores de riesgo del maltrato infantil; aunque la mayoría de los autores coinciden en afirmar que no es un hecho puntual o aislado, sino que deriva de diferentes y varios aspectos: sociales, familiares, del propio individuo...pudiendo coincidir varios de ellos en un mismo núcleo familiar o periodo de tiempo. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Collantes *et al.* 2008)

No hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Stephen A. J. 2009, OMS 2010, Collantes *et al.*, 2008):

- Ser el pequeño de una familia numerosa.
- Tener una edad inferior a 4 años o ser adolescente.
- Ser un hijo no deseado o no cumplir las expectativas de los padres.
- Tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales. En este punto entrarían los niños que presentan un bajo coeficiente intelectual.
- Tener alguna característica o comportamiento que provoque el rechazo o la conducta negativa de los padres.
- Hiperactividad.

También existen varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Stephen A. J.2009, Collantes *et al.* 2008, OMS 2010) entre ellas destacan:

- Dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido.
- Antecedentes personales de maltrato infantil.
- Falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil.
- Consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación o por parte de cualquier miembro de la familia o del maltratador.
- Participación en actividades delictivas.
- Dificultades económicas.
- Relaciones conyugales de continuo estrés.

Otro grupo de características que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil son las que tiene que ver con las relaciones familiares o de pareja, con los amigos y los colegas. Entre ellas destacan: (OMS, 2010)

- Problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia.
- Ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia.
- Aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos.
- Pérdida del apoyo de la familia para la crianza del niño.
- Problemas conyugales de carácter continuo.

Se ha mencionado también que existen ciertos factores idiosincrásicos observados en la mayoría de niños expuestos a maltrato infantil, y se podían agrupar en tres categorías: carencias culturales que incluyen la pobreza, la crueldad de los padres y la adicción y los trastornos psicológicos y la separación en la familia. (Firoozeh N. *et al.*, 2012)

## 2.5 DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El 65 % de las lesiones producidas por maltrato se localizan en cara y cuello de modo que el odontólogo puede observar una serie de signos que manifiestan el maltrato en estas zonas y que como profesional debe denunciar (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002, Shalu Rai 2011). Cabe tener en cuenta que además de las lesiones físicas que pueda sufrir el menor, existe siempre un daño emocional de la víctima.

El profesional dental debe ser capaz de identificar los signos de malos tratos que un niño puede presentar en la cabeza, cara, la boca y el cuello. (Stephen 2009)

El odontopediatra juega un papel importante en la detección de estos casos por varias razones como son: la edad de las víctimas, ya que el menor maltratado suele serlo antes de los 3 años; la localización de las agresiones que se producen entre el 60-70% a nivel craneofacial y la especial relación de los padres en las consultas odontoestomatológicas. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Kellog 2005). Además, el odontopediatra suele atender a su paciente desde la infancia hasta la adolescencia y por tanto puede ser el primero en identificar manifestaciones de maltrato tanto físicas como emocionales. (Cavalcanti, LA *et al.* 2009)

Habitualmente en los casos de maltrato infantil los padres o tutores, cambian de médico de cabecera o pediatra para no levantar sospechas, pero en la consulta dental no toman las mismas precauciones (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002, Manea S *et al.* 2007, Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. 2009, Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M 2010); por ello durante las sesiones clínicas, el dentista debe estar atento a la existencia de lesiones de partes blandas extraorales (hematomas, equimosis, quemaduras y otros), lesiones intraorales (contusiones, laceraciones en la lengua el labio y fracturas dentales, luxaciones y desplazamientos) y fracturas de huesos. De esta manera los casos de sospecha de abuso infantil requieren un examen minucioso extraoral e intraoral con el fin de obtener tanta información como sea posible para hacer un diagnóstico preciso. (Cavalcanti, LA *et al.* 2009)

### 2.5.1 INDICADORES

Durante la inspección general, puede llamar la atención que exista un escaso desarrollo estatura-ponderal con respecto a la edad cronológica, correspondiendo a un retraso de crecimiento no orgánico que además de afectar al peso y talla, se asocia a un perímetro cefálico menor al percentil 3 y retraso de habilidades motoras con bajo coeficiente intelectual. Esto se debe fundamentalmente a una falta de atención a las necesidades psicoafectivas, físicas o sociales del menor.

Respecto al aspecto general del menor, en su porte exterior, se puede observar que éste puede ser descuidado, muy semejante a lo que se identifica como un “niño sucio”. La forma de vestir al menor puede no corresponderse con la apropiada a la estación del año en la que se hallan en el momento de la visita. Un claro ejemplo sería que el niño acudiera a la consulta con mangas largas en verano para ocultar lesiones a nivel de miembros superiores. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

La identificación de maltrato infantil requiere reconocer no sólo los signos clínicos, sino también algunas características del comportamiento.

Es más fácil reconocer lesiones físicas, que cambios en el comportamiento del menor asociados al maltrato, que tienden a reflejar el estado de ansiedad que genera éste.

El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes asumibles por la víctima, que hace que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca una ruptura en sus mecanismos de defensa. Esto significa que, ante un ambiente, un gesto, una situación...que recuerden al niño el episodio sufrido, el pequeño puede experimentar un malestar psicológico intenso o una respuesta de tipo fisiológico, con palpitaciones, xerostomía, sudoración, ataque de ira y otras. El trastorno se hace mayor si el agente desencadenante de ese estrés es un ser humano; y el efecto que se produzca en el menor será mayor o menor según la intensidad y cercanía de la víctima al agente estresante. (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002 y Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M. 2010)

## 2.5.2 SEÑALES DE MALTRATO

En cuanto a las señales del maltrato propiamente dichas, la mayoría de autores hablan de varios tipos de lesiones a nivel físico (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Stephen 2009 , Shalu Rai 2011) que pueden ser producto de golpes o de lanzamiento del niño contra objetos duros, lo cual puede producir además de hematomas y equimosis, fracturas en tejidos óseos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Las lesiones más frecuentes a nivel de piel y mucosas son: hematomas en un 39%, desgarros y arañazos en un 21%, traumatismos cutáneos en el 20% de los casos y quemaduras en el 6%. (Kellog 2005, Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004). Planells del Pozo P y Gallegos López L, y Stephen señalan además que las zonas más afectadas son las consideradas como zonas de castigo: nalgas, cara y extremos proximales de miembros.

Las lesiones pueden presentar diversas formas, pero a menudo reflejan la denominada imagen en espejo, que se corresponde con la imagen del objeto agresor. Un ejemplo de ello sería la forma oval que dejan las yemas de los dedos.

Existen lesiones que son sospechosas de malos tratos por sí, como las fracturas óseas o hematomas en lactantes menores de un año, ya que éstas son incompatibles con el desarrollo motor de la víctima. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Cuando se sospeche un caso de abuso sexual o físico, la comunicación entre el odontólogo y el médico forense es necesaria, pues se puede diagnosticar erróneamente unas lesiones como si fuesen contusiones propias de la infancia cuando no lo son. (Stephen 2009).

La equimosis periorbitaria o imagen de antifaz, la hemorragia de la esclerótica, ptosis palpebral, pupilas desiguales, coágulos sanguíneos en la nariz y desviaciones de tabique del septo nasal también pueden reconocerse en las víctimas. Así mismo se encuentran lesiones por mordisco en extremidades, pabellón auricular o punta nasal. Dentro de este grupo también se incluirían las heridas por arma blanca o de fuego o aquellas que impliquen la utilización de cualquier elemento punzante presente en el ámbito doméstico. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Stephen 2009)

Las mordeduras tienen forma oval y pueden presentar un área de equimosis central. Comprimen los tejidos y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez producen desgarramiento de tejidos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Kellog 2005, Shalu Rai 2011)

Lesiones más espectaculares son las quemaduras y aparecen en piel y mucosas. Suponen un 16% de las lesiones por malos tratos y provocan una elevada tasa de mortalidad y morbilidad. Además, da la casualidad de que las lesiones por quemadura aparecen más frecuentemente en estratos socioeconómicos bajos, ya que la pobreza obliga a utilizar sistemas de cocina y calefacción menos seguros. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Pueden encontrarse quemaduras periorales producidas como consecuencia de la alimentación forzada con productos u objetos muy calientes. En este caso es importante saber diferenciar si ha sido un hecho fortuito o provocado. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Shalu Rai 2011)

Las secuelas neurológicas se presentan en uno de cada 5 o 6 niños maltratados. Se producen por traumatismos craneales, que suelen ser múltiples, pudiendo derivar en una lesión intracraneal grave. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Varios autores definen un cuadro conocido como el Síndrome de Niño Sacudido. Éste ocurre cuando por la sacudida violenta del niño que produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza, se ocasiona hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea. La mortalidad en estos casos se encuentra entre el 20 y el 25% (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Stephen 2009), siendo la causa más grave y la que más mortalidad conlleva de las lesiones por malos tratos. (Stephen, 2009)

Las contusiones abdominales son la consecuencia de traumatismos en dicha zona, en las vísceras sólidas o huecas. Por este motivo también se pueden producir obstrucciones gastrointestinales por hematoma intramural, o pancreatitis, entre otras. Este tipo de lesiones constituyen la segunda causa de muerte en el niño maltratado. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Los casos de fracturas óseas localizadas en zonas de difícil etiología accidental, en niños cuya edad no se corresponde con un periodo de deambulación, o aquellas que presentan diferentes fases de consolidación, pueden deberse a torsión en espiral de los miembros (huesos largos) o compresión con ambas manos (costillas). En estos casos y otros tipos de lesiones, la radiología constituye una prueba complementaria imprescindible ante el diagnóstico de sospecha de abuso del menor. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

### 2.5.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Todo lo dicho anteriormente, hace que sea de vital importancia para no incurrir en errores, que los profesionales conozcan y sepan hacer un buen diagnóstico diferencial de las lesiones que pueden tener lugar en un caso de maltrato infantil.

En este apartado se pretende explicar las diferencias entre lesiones que han sido provocadas y por tanto han supuesto un maltrato, de aquellas que pueden ocurrir de manera accidental. Destacan las mordeduras, las quemaduras, los hematomas, el color de las lesiones, y también un grupo de patologías que, por sus características, pueden confundirse con lesiones de malos tratos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Las mordeduras de un humano tienen forma más oval que las de los animales, que son más triangulares, pero no es sólo esa característica la que permite hacer un diagnóstico diferencial del mordisco. También permite diferenciar o intuir la edad del agresor. Si la distancia intercanina es inferior a 2'5 cm, el mordisco puede haber sido producida por un niño. Si la distancia está comprendida entre 2'5 y 3 cm, puede haber sido producido por un niño o por un adolescente. Y si la distancia intercanina es superior a 3 cm el mordisco seguramente sea de un adulto. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

El color de las lesiones también ayuda a evaluar el tiempo transcurrido desde la agresión y la evolución, gracias al proceso fisiológico de reducción y eliminación de la hemoglobina extravasada. La posible contradicción entre el aspecto de las lesiones y las fechas recogidas en la información, puede sugerir un diagnóstico de maltrato. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Kellog 2005, Stephen 2011). En la siguiente tabla se recogen los cambios del color de la piel después de una lesión.

TIEMPO DESPUÉS DE LA LESIÓN	COLOR
Inmediato 8menor de un día)	Negruzco, azul oscuro
1-5 días	Rojo-violáceo
5-7 días	Rojo-púrpura
7-10 días	Verdoso
2-4 semanas	Amarillento

Tabla nº 1. Evolución de la lesión según el color y el tiempo transcurrido. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004)

Las lesiones por quemadura de cigarrillos intencionadas tienen un patrón circular y disposición simétrica y múltiple. Las realizadas de forma accidental tienen forma ovoide, suelen ser únicas y aparecen en zonas del organismo descubiertas. Las quemaduras provocadas suelen producirse por contacto con un líquido caliente que produce una escaldadura o un sólido, tenedor, cuchara, plancha, cigarrillo, que producen una quemadura seca (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004).

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato. Las lesiones que de ella se derivan, tienen bordes nítidos y son simétricas, de profundidad uniforme y afectan a zonas de castigo como manos (quemadura en guante como castigo por romper o coger objetos), glúteos o espalda (quemaduras en casquete por no controlar esfínteres) o quemaduras en calcetín por inmersión de ambos pies en agua o líquidos a elevadas temperaturas. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004)

Cuando se habla de quemaduras periorales fortuitas o accidentales, las lesiones son en general de primer o segundo grado (afectación de epidermis o dermis, respectivamente), mientras que si son provocadas se eleva la temperatura y el tiempo de exposición, alcanzando la profundidad del daño a la subdermis y ofreciendo una coloración que va del blanco perlado al negro carbón, característica de la quemadura de tercer grado. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004). La tabla 2 recoge las principales diferencias entre las *lesiones fortuitas* y las *provocadas*.

LESIÓN	PROVOCADA	ACCIDENTAL
<b>Hematomas</b>	<p>Parte proximal de extremidades</p> <p>Región lateral de cara: pabellones auriculares y cuello</p> <p>Genitales y glúteos: varias localizaciones</p>	<p>Parte media y distal</p> <p>Región facial y frontal</p> <p>Región maxilar</p>
<b>Quemaduras</b>	<p>Bordes nítidos: localización múltiple y forma de "calcetín" o "guante"</p> <p>Simétrico y nítido: marcas cigarrillos</p> <p>Más común en palmas de las manos, mejillas, boca, hombros, espalda, genitales y glúteos, orejas...</p> <p>En la mucosa bucal</p> <p>Cicatrices de formas antiguas</p>	<p>Crestas ilíacas</p> <p>Bordes irregulares</p> <p>Carácter único</p> <p>Asimétricas</p> <p>En zonas descubiertas: frente, mentón, codos, rodillas, caderas, espinillas, dorso de la mano, dorso del pie...</p>
<b>Mordiscos</b>	Más de 3 cm de diámetro bicanino (arcada adulto)	Menos de 3 cm de diámetro (arcada infantil)
<b>Fracturas dentales</b>	<p>Fractura de diente y alveolo</p> <p>Falta de un diente antes de su exfoliación normal y alveolo intacto en presencia del diente contralateral</p> <p>Traumatismos múltiples en diferentes fases de evolución</p>	<p>Fracturas individuales</p> <p>Fracturas con historia de traumatismo acorde con el accidente que lo provocó</p>

Tabla nº 2. Diferenciación entre lesiones provocadas y accidentales. Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004)



## 2.6 ASPECTOS LEGALES

Son numerosos los aspectos legales que regulan los casos de maltrato infantil. Se aprecia desde legislación internacional y nacional a disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas en materia de protección al menor.

Dentro de la legislación internacional cabría citar la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, a partir de la cual se establece la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En ella se proclama que *“El niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados por la Carta de las Naciones Unidas”,* si bien teniendo en cuenta que, *“por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales”.*

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea comienza a proyectarse tras las decisiones adoptadas en los Consejos Europeos de Colonia, en junio de 1999, y Tampere, en octubre de 1999. En junio de 2000, desde el Consejo de Lisboa, se trabaja en firme en su rápida elaboración. El texto de la Carta, derivada de la llamada Convención que lo elaboró tras públicos e intensos debates, fue finalmente adoptado en octubre de 2000, en el Consejo «informal» de Biarritz, y formalmente aprobado en el Consejo Europeo de Niza, en diciembre de 2000, publicándose oficialmente en el DOCE de 18 de diciembre de 2000.

Los principios que inspiran estos derechos han sido reiterados en otros textos internacionales, destacando la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000, que dedica a los derechos del menor los artículos 24.1, 24.2, 24.3

En cuanto a la legislación nacional, la Constitución de 1978 en su Título I, Capítulo III, establece la obligatoriedad de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y, dentro de ésta, de modo específico, la de los menores de edad. A partir de ahí, se ha llevado a cabo en las últimas décadas un importante proceso de renovación de nuestro ordenamiento jurídico en materia de menores, abarcando tanto a la normativa penal como a la civil.

**En materia penal** se estipula que el menor, ya sea víctima o testigo, debe gozar de una especial consideración y protección en la instrucción y el enjuiciamiento de los delitos y faltas. Destacar la Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre; así como la Ley 35/1995, de 11 de

diciembre y la Ley 4/2015, de 27 de Abril, publicada en el BOE 28 de Abril, que entra en vigor el 28 de octubre de 2015, que transpone la Directiva 2012/29/UE por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y la Directiva 2011/92/UE, relativa a la lucha contra abusos sexuales y explotación sexual de los menores y la pornografía infantil, así como la Directiva 2011/36/UE, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos.

Otras Leyes a tener en cuenta en este tipo de materia son: la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, que modifica el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal en diversos aspectos; la Ley 38/2002, de 24 de octubre y la Ley Orgánica 8/2002, de la misma fecha, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal; la Ley 27/2003, de 31 de julio. Reseñar también la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre; y la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se ha modificado recientemente el Código Penal, introduce novedades en materia sancionadora.

**En materia civil, la Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, además de configurarse como un indudable progreso en el reconocimiento y garantía de determinados derechos de la infancia y la adolescencia, vino a sistematizar las reformas previas del Código Civil relativas a la protección tutelar en los supuestos de desamparo del menor, declarando como principios rectores de la actuación de los poderes públicos, entre otros, la supremacía del interés del menor y el mantenimiento del niño en el medio familiar de origen, salvo que no fuera conveniente para su interés y su integración familiar y social.

La Ley Orgánica 1/1996 de Protección jurídica del menor , establece en su artículo 13 apartados 1 que: “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicaran a la autoridad o a sus agentes más próximos”

Además, la Ley Orgánica 26/2015 modifica el apartado 1 y se añaden los apartados 4 y 5 al artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 (anteriormente citado); quedando escrito:

«1. Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.»

«4. Toda persona que tuviera noticia, a través de cualquier fuente de información, de un hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres

humanos, o de explotación de menores, tendrá la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación procesal penal.»

«5. Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.»

El Texto Constitucional, en su artículo 148.1 20, faculta a las Comunidades Autónomas a asumir plenitud de competencias en materia de asistencia social, para lo que desarrollan las correspondientes leyes referentes a la infancia.

En la actualidad los sistemas de atención social a la infancia están basados en derechos y necesidades, bienestar y promoción social. En cuanto a la atención al maltrato infantil se enmarca dentro del Protocolo de actuación ante los malos tratos elaborado por el Observatorio de la Infancia desde el Programa para la Mejora de la Atención Social a la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y los correspondientes de cada Comunidad Autónoma.

Por otra parte, el proceso de atención al maltrato infantil es un esquema básico de fases interdependientes que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal. Por ejemplo, la gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en un Centro de Acogida de Urgencias. (Observatorio Infancia 2006)

El maltrato infantil requiere un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes y para ello es necesario planificar y coordinar estos servicios y se requieren profesionales capacitados (Santana-Tavira R, Sánchez.Ahedo R y Herrera-Basto E 1998)



## 2.7 MALTRATO INFANTIL Y ODONTOLOGÍA

Una vez establecido un contexto general de las lesiones, etiología, diagnóstico y diagnóstico diferencial, se expondrá a continuación la relevancia que tiene la historia clínica odontológica en estos casos, en la que se deben recoger fielmente las explicaciones de las lesiones presentes en el niño. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004)

Para recoger esta información el ambiente en el gabinete odontológico debe ser tranquilo, seguro y confortable; el niño debe sentirse bien en él.

Debe evitarse mostrar sorpresa ante los relatos del paciente. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004), bromear con el tema, quitarle importancia o cambiar de tema, discutir el tema delante del maltratador y romper la confidencialidad a no ser que por temas legales se esté obligado a ello. (Little, 2004)

Las radiografías y fotografías son esenciales cuando se sospecha maltrato ya que serán una prueba de vital importancia para la denuncia de los casos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004). Por ejemplo, las fotografías de los patrones de una mordida, pueden ser de gran ayuda en el análisis posterior y la comparación potencial de las marcas. Además, un dentista con experiencia como está habituado a la documentación fotográfica de los casos, tomará fotografías de calidad cuando tiene la oportunidad de ver al niño en la consulta o en el hospital (Spencer 2004).

En la cavidad oral se pueden encontrar lesiones mucosas como: laceraciones, quemaduras, infecciones orales; o afectaciones en tejidos duros dentarios y óseos, preferentemente en forma de traumatismos alveolodentarios (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004). La prevalencia de estas lesiones es del 3 al 5%.

Las laceraciones de labio superior y el desgarro del frenillo labial suelen ser consecuencia de golpes o intentos bruscos por hacer callar al niño con la mano; en estos casos aparece un hematoma peribucal que señala en forma de espejo la huella del agresor (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004). Según Stephen (2009), esta lesión es característica de los niños que han sido más severamente maltratados. Como ya hemos dicho anteriormente, una alimentación forzada con cucharas o tenedores puede dar lugar a laceraciones en la mucosa y luxaciones dentarias (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004, Shalu Rai 2011).

Las señales por abuso sexual en el niño se pueden encontrar en la cavidad oral en forma de desgarramiento del frenillo lingual y/o presencia de petequias entre paladar duro y blando; lesiones que pueden indicar abuso sexual con felación. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Kellog 2005, Stephen 2009, Shalu Rai 2011)

El herpes simple tipo 2, el condiloma acuminado (lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo de corales, que aparecen en zonas de contacto directo e intenso y relacionados con microtraumatismos locales), la gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis* (en ambas se asocia presencia de faringitis), son algunas de las infecciones intraorales que pueden detectarse en casos de abuso sexual (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Stephen 2009)

En el caso concreto de la gonorrea, Stephen (2009) afirma que es la enfermedad de transmisión sexual que más comúnmente se transmite durante el abuso sexual a los menores. Los síntomas pueden aparecer en labios, lengua, paladar, cara y faringe; y pueden variar su forma de presentación según vayan desde el eritema a ulceraciones y de lesiones vesiculopustulosas a lesiones pseudomembranosas.

Las quemaduras por maltrato, suelen estar situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival, siendo producidas por cigarrillos, alimentos u objetos calientes o ingestión forzada de cáusticos. En el caso de los alimentos y objetos, la temperatura, tiempo y cantidad del producto ingerido, determinarán la profundidad y extensión de las lesiones. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Kellog 2005)

La patología dentaria más común asociada al maltrato son los traumatismos y lesiones de infección por caries, en distintas fases de evolución. Los traumatismos suelen ser violentos y de etiología inexplicable, acompañados de lesiones en el alveolo dentario. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004)

A su vez la patología traumática de los huesos del esqueleto facial y sus secuelas pueden ofrecer desviaciones de la línea media y el mentón, con alteraciones de la apertura y cierre mandibular, que hacen sospechar fracturas óseas mal consolidadas. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Stephen 2009)

Como se ha señalado previamente, no basta con reconocer los signos clínicos del maltrato, sino también algunas características del comportamiento del menor. El niño sufre, calla, siente ansiedad, y todo ello conlleva un cambio de comportamiento, que podemos identificar con ayuda de los indicadores explicados anteriormente.

Por lo que se refiere a los tratamientos para devolver la salud oral al niño, no se diferencian en nada a los que se plantean en el resto de la población; si bien se debe tener presente las posibles complicaciones que derivan de la ausencia de seguimiento y control de los casos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Medrano G., Perona G. 2010)

Las técnicas más adecuadas para el manejo de la conducta de estos niños son las clásicas de dí-muestra-haz, control de voz modulado, premedicación para disminuir la ansiedad o incluso anestesia general si fuera necesario. (Gallegos L, Miegimolle M y Planells P, 2002, Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Medrano G., Perona G. 2010).

Las técnicas restrictivas en general son desaconsejables en la terapéutica odontopediátrica del niño sometido a malos tratos. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Medrano G., Perona G., 2010)

Para luchar contra el maltrato infantil de manera eficiente y efectiva hay que tener en cuenta varios aspectos como la sensibilización y capacitación de todo el personal en conocimientos y particularidades del maltrato infantil.

Los profesionales que formen parte del grupo interdisciplinario que debe atender al niño maltratado (medicina, odontología, enfermería, psicología, y trabajo social) han de brindarse apoyo mutuo y mantener una comunicación fluida, compartir información, tomar decisiones conjuntas, planear el caso y estudiarlo conjuntamente y proporcionar una atención integral al menor y sus familias (Collantes *et al.* 2008).

Así pues, cada uno de los integrantes de este equipo, de forma individualizada debe (Collantes *et al.*, 2008):

- Escuchar con respeto, interés, solidaridad y confidencialidad, el relato.
- No debe forzar al niño con las preguntas, pero sí esclarecer la situación.
- Utilizar un lenguaje claro, conciso y que sea entendible por la víctima y la familia, para que no confunda o deje más preocupadas a las personas implicadas.
- Es fundamental que se muestre una actitud de credibilidad ante las palabras del niño para que su explicación se base en la confianza y halla una actitud positiva.
- Informar sobre los servicios existentes antes las instituciones.
- Realizar una entrevista personal siempre que el niño lo solicite; ya que esto es una señal de que confía en él o que simplemente no quiera ser escuchado por nadie más.

Del mismo modo, el profesional de la Odontología que trata a niños y adolescentes tiene como deber y responsabilidad, detectar, documentar, informar y ayudar a tratar a estos pacientes y a sus familias. (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004)

### 2.7.1. PAPEL DEL DENTISTA EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO

Para poder entender el papel que juega el dentista en el proceso de denuncia ante un caso de maltrato es conveniente saber las fases del mismo (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004):

- Detección y notificación.
- Investigación.
- Toma de decisiones y planificación de la intervención.
- Intervención.
- Seguimiento.
- Cierre del caso.

En el anexo 1 se resumen las fases del proceso en casos de riesgo y maltrato infantil.

El papel principal del dentista se sitúa en la primera etapa, la de detección. Debe notificar o dar parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con lo que relatan los padres o tutores (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004).

La notificación del caso consiste en la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. Lo que se pide al profesional es que detecte «indicios razonables para sospechar» y los informe. Debe realizarse siempre a los servicios sociales y a otras instituciones según los casos y es una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil y una obligación legal y profesional (Observatorio Infancia 2006).

Ante la sospecha de que un niño esté siendo maltratado, el dentista está obligado a emitir un parte de lesiones a los Servicios Sociales o si se hace en firme, al Juzgado de Instrucción de Guardia (si no se establece contacto con los Servicios Sociales) en el que debe explicar, además de lo hallado durante la visita, cualquier otra apreciación que permita a la autoridad ser consciente del problema y si es necesario adoptar medidas de protección al menor (Planells del Pozo P y Gallegos López L, 2004).

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también en los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación legal de notificarlas.

No obstante, es conveniente ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias (Observatorio Infancia 2006).

Según el Observatorio de la Infancia (2006), la notificación deberá realizarse a:

- Servicios sociales generales (municipales) directamente o a través de los servicios sociales del ámbito laboral en que desarrolla la actividad el profesional que realizó el diagnóstico / detección.

- Servicios con competencia en protección de menores en aquellos casos que requieran medidas urgentes: Servicios Sociales con competencias en protección de menores de las Comunidades Autónomas.

- Juez de Guardia en los casos regulados por la Ley en que se requiere la comunicación a través de un Parte de lesiones o en aquellas circunstancias en que no sea posible contactar con los servicios sociales con competencias en materia de protección de la Comunidad Autónoma.

En el caso de que la notificación sea en firme y se denuncie como tal por la vía civil, el profesional envía un informe junto al cumplimentado por los servicios sociales a la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia, para que la Fiscalía de Menores represente los derechos e intereses de la víctima (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004).

Este informe debe contener (Planells del Pozo P y Gallegos López L 2004, Observatorio Infancia 2006):

- Nombre, sexo, edad, dirección y número de teléfono.
- Nombre y dirección de los padres.
- Nombre y dirección de la persona que trae al niño.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Localización actual del menor.
- Estado actual del menor.
- Indicadores observados (comportamiento del niño, padres, tutores...sobre todo en el caso en que se haya tenido que hospitalizar al menor).

En el proceso de cumplimentación de este informe, esta hoja de registro debe partir de la intuición/valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente historia clínica. Esta documentación incluye: la hoja de notificación propiamente dicha, los anexos y las instrucciones de cumplimentación. (Observatorio Infancia 2006)

En lo que respecta a las Comunidades Autónomas y otros organismos, cada uno de ellos ha desarrollado diversos protocolos de actuación que se pueden consultar en el anexo 2. Además, en el ámbito sanitario existen unas hojas específicas de notificación de riesgo de maltrato infantil (Anexo 3).

Tras todo lo expuesto, podemos afirmar que el desconocimiento del tema y los procedimientos a seguir pueden llevar al odontólogo a mantenerse al margen, si llegado el momento se enfrenta a un posible caso de maltrato infantil.

Para que el dentista se implique en la detección y lucha contra el maltrato infantil es necesario poner a su alcance la información y los datos que le permitan conocer los aspectos fundamentales de este fenómeno en general y en el contexto odontológico en particular. Sin embargo, la atención que se le dedica a este tema en el ámbito de la Odontología sigue siendo limitada.

## **2.8 CONOCIMIENTOS DE LOS DENTISTAS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL**

Entre los profesionales de la salud, los dentistas se encuentran probablemente en la posición más favorable para reconocer el abuso infantil, con oportunidades para observar y evaluar no solo la condición física y psicológica de los niños, sino también el entorno familiar. La alta frecuencia de lesiones faciales asociadas con el abuso físico coloca al dentista a la vanguardia de los profesionales para detectar y tratar a un niño abusado. La detección de maltrato debe ser una parte integral de cualquier examen clínico realizado en un niño. Aunque muchas lesiones no son causadas por el abuso, los dentistas deben sospechar de lesiones traumáticas, que no son coherentes con los antecedentes que se refieren.

El papel del dentista en el reconocimiento y, por lo tanto, la lucha contra el abuso y la negligencia infantil, es importante y para ello debe comenzar por conocer la ley estatal actual y los procedimientos para denunciar el abuso infantil (Mathur y Chopra, 2013).

Precisamente con objeto de conocer qué se ha estudiado hasta ahora sobre este tema, se llevó a cabo una búsqueda electrónica estructurada en las bases de datos Medline/Pubmed y Cochrane Library, utilizando como descriptores (MeSH) y operadores booleanos: “child\* abuse” AND “dentist” AND “knowlegde”.

El primer artículo analizado es el Ramos-Gomez F, Rothman D y Blain S , que data de 1998. Además es la primera publicación que se ha podido recuperar en la se utiliza un cuestionario con el objetivo de conocer los conocimientos y actitudes de los profesionales de la odontología sobre el maltrato infantil.

En este estudio los autores recogieron y analizaron 2005 encuestas de profesionales registrados en la Asociación Dental de California.

Los resultados de su análisis mostraron que 320 profesionales (16% del total) respondían haber visto o sospechado algún caso, pero solo 129 (6 %) habían denunciado el incidente.

El 64% de los encuestados sabían que la ley de California exige a los profesionales de la salud dental que denuncien los casos sospechosos de abuso o negligencia infantil. Sin embargo, el 13% dijo que pensaba que solo había que denunciar la sospecha de el abuso infantil, y no la sospecha de negligencia y el 21% dijo que no sabía cuáles eran los requisitos de información a presentar.

Un 59% de los encuestados desconocían las consecuencias legales de no reportar la sospecha de abuso o negligencia infantil. (De acuerdo con la ley de California, el hecho de no

denunciar un caso sospechoso de abuso o negligencia infantil puede resultar en un cargo de delito menor, con una sentencia máxima de un año en la cárcel y una multa de hasta \$ 1,000. La ley también puede dejar abierta al profesional a las responsabilidades civiles adicionales que pueden no estar cubiertas por el seguro de mala praxis).

Solo la mitad de los encuestados afirmó saber que la ley de California otorga a los profesionales de la salud inmunidad contra la responsabilidad civil o penal cuando realizan un informe de buena fe de sospecha de abuso o negligencia infantil.

Respecto al conocimiento de los indicadores de maltrato o abandono infantil, la mayoría de los encuestados afirmaron reconocer que los moretones en la mejilla (91%), los dientes avulsionados o con cambio de color (83%), los moretones en el cuello (81%), quemaduras con la forma de objetos calientes (84%) y las marcas de mordeduras (84%), se asocian con frecuencia al maltrato infantil. Sin embargo, solo el 48% era consciente de la fuerte correlación entre la negligencia dental y la negligencia física.

Finalmente llamaba la atención que aunque el 84% había leído sobre este tema, solo el 28% había recibido capacitación formal para reconocer y denunciar el maltrato infantil mientras asistía a la escuela de odontología, y apenas el 16% había recibido educación continuada sobre el tema. Los autores concluían que se hacía necesario intensificar la formación de los dentistas para incrementar los conocimientos sobre los aspectos más importantes del maltrato y negligencia infantil y la toma de conciencia sobre el importante papel que desempeñan en la detección y notificación de los casos de sospecha.

El siguiente artículo que se analiza, fue publicado en 1999 por Kilpatrick NM, Scott J y Robinson S, y su objetivo era establecer la experiencia y conocimiento de los profesionales de la odontología en Nueva Gales del Sur, Australia sobre el maltrato infantil y la protección de los niños.

Estos autores llevaron a cabo un estudio de corte transversal, mediante entrevistas telefónicas.

La muestra quedó constituida por 122 encuestados; 67 odontólogos generales seleccionados aleatoriamente y 55 miembros de la Sociedad Nacional de Odontopediatría de Australia y Nueva Zelanda.

Los resultados mostraban que todos los odontólogos encuestados podían identificar el maltrato físico y la mayoría identificaba el maltrato psicológico, pero ninguno describió todos los

tipos de maltrato. Un 58% de los miembros de la Sociedad Nacional de Odontopediatría habían sospechado de forma significativa situaciones de malos tratos comparados con el 24% de los odontólogos generales.

Sorprendentemente, sólo 20 odontopediatras y 7 dentistas generales habían informado sobre algún caso. Ante la pregunta o razón de por qué no lo hacían, la mayor parte de ellos se referían a la confidencialidad.

El 72% de los dentistas generales no sabía que era su obligación legal o a quién o dónde dirigirse; aunque entre los Odontopediatras los resultados eran mejores, el 50% de ellos tenía la misma inseguridad.

El estudio concluía afirmando que es necesaria más educación y preparación de los odontólogos y más relación con las instituciones existentes vinculadas a la protección de la infancia, dado que así se procura una mejor atención a los niños.

En la investigación llevada a cabo por Vijay John et al. en 1999, se estudiaron 347 odontólogos en Virginia, Australia, evaluando el nivel de conocimientos y actitudes entre los profesionales dentales sobre el importante tema del abuso infantil.

La muestra del estudio se seleccionó de entre los dentistas victorianos que figuraban en las listas de correo de la Asociación Dental Australiana Victorian Branch (ADA), Nuevos Graduados (NG), Sociedad Australiana de Endodoncia Victoriana Branch (ASE) y la Sociedad Australiana y de Nueva Zelanda de Odontología Pediátrica Victorian Branch (ANZSPD), en agosto de 1996. Con la aprobación previa del presidente de cada grupo. Se contactó con los dentistas que trataron a pacientes de 17 años o menos. Se excluyeron los dentistas que se habían retirado, que no pudieron ser contactados o que tomaron parte en estudios similares anteriores. Si los dentistas pertenecían a más de un grupo, se los asignó a ANZSPD, ASE, NG, ADA en ese orden. Ningún dentista fue incluido en más de un grupo.

Realizaron un cuestionario con 16 preguntas en las que examinaban el conocimiento del dentista sobre el abuso infantil, las actitudes del dentista con respecto al abuso infantil, si alguna vez sospecharon abuso infantil, y cómo actuaron con tales sospechas.

Los cuestionarios fueron cumplimentados de manera estandarizada por siete estudiantes de último año de odontología de la Universidad de Melbourne en asociación con el tutor de dicha investigación. Durante la prueba previa, y durante toda la encuesta, se discutieron inconsistencias en el procedimiento y la resolución.

A todos los dentistas se les envió una carta de presentación del estudio y se solicitaba su participación; seguidamente a los 7-14 días se realizó una llamada telefónica para planificar un momento conveniente para responder a las preguntas del cuestionario. Esto requirió de 15 a 30

minutos y se realizó en persona o por teléfono. La encuesta se llevó a cabo entre septiembre de 1996 y marzo de 1999. Todos los datos de los participantes se codificaron para garantizar la confidencialidad de la información y se tabularon y registraron creando una base de datos en Excel, para su análisis.

En cuanto a los resultados, si bien los participantes mostraron un alto nivel de interés respecto al maltrato infantil, se observó la necesidad de más información y capacitación en su reconocimiento y denuncia. Casi todos los dentistas (88-100%) identificaron el abuso emocional y el abuso físico como formas de abuso infantil. El abuso sexual (33%) no se identificó como frecuente y relativamente pocos dentistas identificaron el abandono como una forma de abuso (20%).

Los signos de abuso infantil se dividieron en médicos, psicosociales y bucodentales. Los signos médicos incluyeron cortes, hematomas, huesos rotos y visitas médicas frecuentes. Los signos psicosociales incluyeron comportamiento reservado, cambios de comportamiento, relaciones alteradas entre padres e hijos, negligencia. El 28% de los dentistas informaron que habían sospechado de abuso infantil en uno o más de sus pacientes.

Este estudio demostró una clara necesidad de que los dentistas reciban más capacitación formal en los niveles de pregrado, postgrado y educación dental profesional en el reconocimiento y denuncia de abuso infantil. Los encuestados presentaban, a pesar de su alto nivel de interés y su deseo de obtener más información sobre su responsabilidad, unos conocimientos deficientes.

La profesión dental debe participar activamente en el reconocimiento de todos los tipos de abuso infantil. Según el autor, aunque en el momento del estudio no se exigía en todos los estados de Australia informar el problema, todos los dentistas deberían cumplir con su obligación profesional de hacerlo cuando se enfrentan a un caso sospechoso de abuso infantil, y deben conocer los procedimientos de denuncia adecuados en su entorno geográfico.

En el año 2001, Welbury RR et al., llevan a cabo una investigación para valorar la efectividad de un programa de aprendizaje asistido por ordenador desarrollado para la formación de odontólogos en la detección del maltrato infantil.

Este programa constaba de varios tutoriales, cada uno de los cuales finalizaba con preguntas de opción múltiple que se valoraban con una puntuación, aportando información al

usuario sobre su nivel de conocimiento. Después de cada respuesta se proporcionaba una retroalimentación para complementar la formación.

Un total de 102 dentistas recibieron el programa, junto a un cuestionario de evaluación sobre la utilidad y asequibilidad del propio programa. Posteriormente, se les pidió que y un cuestionario para valorar su conocimiento sobre lesiones no accidentales después de usar el programa.

40 de los 102 profesionales devolvieron sus evaluaciones completadas (39%). La mayoría de los que respondieron fueron varones (80%) con una edad promedio de 40.3 años (rango 25-56 años). En general respondieron que el programa era comprensible, fácil y con un nivel de dificultad adecuado.

El 80% informó que el programa había mejorado su conocimiento de lesiones no accidentales y el 67.5% consideró que su conocimiento clínico y reconocimiento de los signos orofaciales de dicho tipo de lesiones habían mejorado después de usar el programa.

Antes de usar el programa, el 10% de los usuarios calificaron su conocimiento de lesiones no accidentales como superior al promedio, y el 40% como inferior al promedio. Después del programa, el 95% de los usuarios consideraron que su conocimiento sobre lesiones no accidentales realmente era superior al promedio. Solo dos usuarios (5%) consideraron que su conocimiento no era suficiente y que era como el promedio.

El estudio concluyó que el aprendizaje asistido por ordenador puede considerarse un método de autoaprendizaje aceptable y asequible para el odontólogo general.

Cairns AM, Mok JY y Welbury RR en 2005, investigaron en odontólogos generales, el nivel de capacitación adquirido en pregrado y postgrado en materia de protección infantil, el número de casos sospechosos de abuso físico infantil que habrían detectado, las razones para no reportar casos sospechosos de abuso físico infantil, el conocimiento de los protocolos locales de protección infantil y los procedimientos de referencia.

Para ello enviaron cuestionarios postales a 500 odontólogos generales seleccionados al azar en Escocia, y se enviaron otros 200 a una muestra aleatoria de los 500 originales para aumentar la tasa de respuesta.

Los autores presentaron sus resultados mediante estadísticas descriptivas. El 71% por ciento (306) de los 500 cuestionarios originales, y el 35% (69) de la segunda ronda de 200 cuestionarios enviados por correo postal fueron devueltos. Solo el 19% recordaba alguna formación de pregrado y el 16% había asistido a una conferencia o seminario de posgrado en protección infantil. El 29% de los dentistas había visto al menos un caso sospechoso en su carrera. Solo el 8% de los casos sospechosos fueron remitidos a las autoridades correspondientes. Respecto a las razones de la falta de referencia se vio, que el 11% estaba preocupado por un impacto negativo en su práctica, el 34% temía la violencia familiar hacia el niño, el 31% temía la violencia dirigida contra ellos y el 48% temía por un litigio. Solo el 10% de los dentistas había recibido una copia de las pautas locales de protección infantil previo al estudio y solo el 15% había visto sus Pautas del Comité de Protección Infantil (ACPC) a través de cualquier ruta.

Este estudio concluyó que, debido a la falta de capacitación o pautas claras para los dentistas en Escocia, la mayoría de ellos no estaban seguros de qué hacer en caso de sospecha de abuso infantil. El 21% de los dentistas se encontraron con casos sospechosos, pero no tomaron ninguna medida. Los dentistas solicitaron abrumadoramente la capacitación adecuada. Esta capacitación, afirman los autores, debe abordar la competencia dental en la evaluación de indicadores sospechosos e involucrar a los dentistas en la capacitación sobre protección infantil.

Uno de los objetivos del estudio de Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR en 2006, fue explorar las experiencias educativas y el conocimiento de los estudiantes de higiene dental y estudiantes de odontología sobre el abuso / negligencia infantil, en Estados Unidos. Los datos se obtuvieron de 233 estudiantes de odontología, de los cuales 116 eran hombres y 117 mujeres con una tasa de respuesta de 54.82% y 76 estudiantes de higiene dental, todas ellas mujeres, con una tasa de respuesta de 76%.

El estudio se hizo por medio de un cuestionario con 16 ítems divididos en 4 bloques que hacían referencia al abuso físico, sexual, a los indicadores de maltrato y otros parámetros adicionales.

De los encuestados, el 94,7% de los estudiantes de higiene dental y el 70,5% de los estudiantes de odontología informaron haber aprendido sobre abuso/negligencia infantil en el aula. El 15,8 % de estudiantes de higiene dental y el 29,3% de los estudiantes de odontología informaron haberlo aprendido en prácticas clínicas.

Los estudiantes de odontología reportaron más minutos de instrucción sobre este tema que los estudiantes de higiene dental (184.48 vs. 112.90 minutos,  $p = .006$ ). Solo el 5,5% de los

estudiantes de odontología y el 16,7% de los estudiantes de higiene dental definieron el abuso infantil correctamente.

El 32,2% de los estudiantes de odontología y el 13,2% de los estudiantes de higiene dental no conocían su responsabilidad legal con respecto al reporte de abuso infantil; y el 82,4% de los estudiantes de odontología y el 78,9% de los estudiantes de higiene dental no sabían dónde denunciar el abuso infantil.

Los autores afirman en sus conclusiones que es probable que los profesionales de la salud bucodental se encuentren ante situaciones de abuso y negligencia infantil en sus vidas profesionales y, que sería lógico que se les exija legalmente que respondan a estos asuntos. El plan de estudios de higiene dental y de odontología debería revisarse para garantizar que los estudiantes estén preparados adecuadamente para esta tarea profesional.

En la misma investigación Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR evaluaron también los conocimientos sobre sus responsabilidades profesionales ante la sospecha de abuso infantil, de 220 dentistas generales, 158 higienistas dentales, 233 estudiantes de odontología y 76 estudiantes de higiene dental.

Los resultados del estudio ponían de manifiesto que el 20% de los dentistas y el 9% de los higienistas dentales habían informado al menos 1 caso de sospecha de abuso infantil. Mientras que el 83% de los profesionales dentales sabían que tenían que informar casos sospechosos de abuso infantil, solo el 73% de los estudiantes conocían su responsabilidad legal. Además, solo el 28% de los profesionales y el 18% de los estudiantes sabían dónde denunciar la sospecha de abuso infantil. En comparación con los estudiantes, los profesionales tenían más conocimientos sobre el diagnóstico de maltrato infantil, mientras que los estudiantes tenían más conocimientos sobre los signos de abuso sexual. Sin embargo, los profesionales desconocían que el hecho de no informar sospechas de abuso era un delito menor en su país.

Estos datos mostraron que no todos los profesionales de atención dental y los estudiantes estaban preparados para cumplir con sus responsabilidades legales y profesionales en estas situaciones.

Manea S *et al.*, en 2007 llevaron a cabo un estudio con objeto de analizar las percepciones, actitudes, conocimiento y experiencia de los dentistas sobre el abuso y la negligencia infantil y los factores que afectan el reconocimiento y la notificación de los casos, en una zona del noreste de Italia. Un solo operador entrevistó a 106 profesionales: 95 dentistas que

trabajaban en los sectores público y privado en las provincias de Padua y Treviso; así como 11 estudiantes.

Un análisis de distribución de frecuencia y asociaciones de los datos obtenidos puso de manifiesto que los dentistas tenían la percepción de que su conocimiento y experiencia en este tema eran bajos, y su actitud para enfrentarse a la problemática de acuerdo con el código de conducta y las leyes era deficiente. La información disponible y la educación también eran deficientes. La educación afectaba a la detección y la notificación de casos de una manera relevante. En dicho estudio se resalta una relación significativa entre el sexo femenino y, una mejor aptitud y percepción del conocimiento del maltrato infantil y su detección.

Los autores resaltaban que había una falta general de conocimiento y experiencia de los dentistas sobre el abuso y la negligencia infantil, que limitaba su capacidad para detectar e identificar los casos sospechosos. A pesar de que el abandono es relativamente frecuente en pacientes dentales, era el tipo de abuso menos conocido e identificado. Las conclusiones finales fueron:

1. El maltrato y la negligencia dental eran subestimados por los dentistas.
2. Los dentistas tienen una actitud deficiente al percibir el maltrato infantil y la negligencia como patología.
3. La mayoría de los dentistas no podían enfrentarse a los casos sospechosos, a pesar de ser conscientes de las responsabilidades médico-legales de su trabajo.
4. La negligencia y el descuido dental son los tipos de abuso menos conocidos y detectados, a pesar de que ser los más frecuentes.
5. La educación es clave para aumentar la capacidad de los dentistas para reconocer y tomar medidas sobre el maltrato y negligencia infantil.

El estudio de Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT en 2008, tenía como objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes del dentista nigeriano hacia el abuso infantil. En dicha investigación se confeccionó un cuestionario de 18 ítems que fue repartido a 200 profesionales.

Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto que los profesionales encuestados en su mayoría habían sospechado sobre algún caso de niño maltratado y también la mayoría estarían dispuestos a denunciar si se encontraran con algún caso y de igual manera dejarían

constancia de registros en la historia clínica. En este estudio se analizaban diferentes tipos de maltrato y eran las mujeres las que más capacidad tenían de reconocer el maltrato emocional.

Como conclusión, en el artículo se afirmaba que el maltrato de niños sigue siendo un importante problema social de salud que a menudo resulta en innumerables tragedias, y que los expertos predecían ya entonces, que la violencia hacia los niños seguiría aumentando. Los autores resaltaban que los efectos del maltrato infantil a largo plazo pueden ser dolorosos y dañinos y que las propias víctimas corren un alto riesgo de convertirse en adultos violentos. Los hallazgos de este estudio indican por lo tanto la necesidad de que el dentista reciba más capacitación en programas de educación dental de pregrado, posgrado y educación continua en el reconocimiento y denuncia del abuso de niños.

En el año 2009, Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. llevaron a cabo un estudio que tenía por objetivo evaluar el conocimiento, la actitud y la experiencia entre los dentistas jordanos con respecto al abuso infantil, y explorar los factores que afectan su vacilación para informar cualquier caso sospechoso. Dicho estudio se realizó mediante la utilización de un cuestionario estructurado y auto cumplimentado que fue asignado aleatoriamente a 500 dentistas jordanos. Se investigó el conocimiento, la actitud y la experiencia de los dentistas en el reconocimiento y denuncia de casos de abuso infantil. También se investigó los factores asociados con la inseguridad de los dentistas en informar casos sospechosos de abuso físico infantil.

El cuestionario incluía 36 ítems divididos en 3 partes (la segunda de ellas, a su vez, dividida en dos). La tasa de respuesta fue del 68%. Los dentistas eran más conscientes de sus obligaciones éticas (80%) que de sus responsabilidades legales (71%) para denunciar casos de abuso infantil. Un tercio de los dentistas encuestados sabía dónde informar los casos sospechosos. Aunque el 42% de los dentistas sospecharon casos de abuso infantil, solo el 20% de ellos informaron estos casos. Las razones citadas con mayor frecuencia para vacilar al informar tales casos fueron la falta de antecedentes (76%), la incertidumbre sobre el diagnóstico (73%) y las posibles consecuencias para el niño (66%).

Los autores concluyen que entre los dentistas jordanos la tasa de informe de casos de abuso infantil es baja, debido a la incertidumbre sobre el diagnóstico y las posibles consecuencias para el niño, y que su conocimiento sobre reconocimiento, diagnóstico y procedimiento de información de casos de sospecha es muy pobre.

Al-Habsi *et al.*, en 2009, investigaron las actitudes, los conocimientos y las prácticas sobre protección de los niños entre los odontólogos generales, especialistas y auxiliares de odontología

pediátrica en Londres. Además, para determinar si los niños que acuden al Eastman Dental Hospital (EDH) eran víctimas de negligencia dental se valoró a todos aquellos que necesitaban tratamiento de caries bajo anestesia general y que estaban en el registro de protección infantil.

La encuesta se realizó mediante un cuestionario con 14 preguntas cerradas, que se envió por correo. Se seleccionaron cinco distritos electorales aleatoriamente de entre 33 distritos de Londres. Se identificaron los dentistas generales de cada municipio utilizando el directorio del Servicio Nacional de Salud (NHS) y las listas del Consejo Dental General (GDC). Cuarenta dentistas generales fueron seleccionados aleatoriamente en cada municipio, dando un total de 228 dentistas que fueron invitados a participar en el estudio.

Los niños que asistieron al EDH y requirieron tratamiento bajo anestesia general o en caso de accidente dental pediátrico se compararon con el registro de protección infantil. La tasa de respuesta fue del 46% (105 de 228). En general, el 15% (16 sobre 105) de los dentistas habían visto al menos un paciente con sospecha de abuso infantil en los últimos seis meses, pero solo alrededor del 7% (7 de 105) derivaron o denunciaron los casos a los servicios de protección infantil.

Las razones para que los dentistas no denuncien estos casos incluyen: miedo al impacto en la práctica (10%); miedo de violencia hacia el niño (66%); temor a un litigio (28%); miedo a la violencia familiar contra ellos (26%); miedo a las consecuencias para el niño (56%); falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación (68%); y falta de certeza sobre el diagnóstico (86%). De los 220 niños que acudieron para ser tratados con anestesia general, entre octubre de 2004 a marzo de 2005, se encontró que un niño estaba en el registro de protección infantil.

La conclusión del estudio fue que era necesaria más información y se requería capacitación para crear conciencia sobre la importancia potencial del papel de los dentistas en la protección infantil. Es importante que se establezca una mejor comunicación entre los servicios dentales y médicos, para proteger mejor y de forma más eficiente a los niños.

El objetivo de un estudio llevado a cabo por Uldum *et al.*, en 2010, era describir la percepción de los equipos dentales sobre su papel en asuntos de protección infantil, argumentando que así como varios países han demostrado que el conocimiento de los asuntos de protección infantil en el equipo dental es inadecuado, dichos datos no estaban disponibles en el momento del estudio en Dinamarca.

Para conseguir su objetivo los autores utilizaron un cuestionario previamente diseñado para conocer el papel del equipo dental en la protección infantil, que se envió por correo a una muestra de dentistas e higienistas dentales daneses.

Dicho cuestionario incluía ítems acerca de las características demográficas y de empleo, educación dental, sospechas de maltrato o negligencia, acciones tomadas o no en caso de sospecha, conocimiento de los protocolos de protección infantil y sobre la necesidad o no de recibir más información.

Un total de 1145 (76.3%) cuestionarios con datos válidos fueron devueltos. El 38.3% manifestaron haber sospechado alguna vez de abuso o negligencia infantil. De los que señalaron haber tenido esta sospecha, el 33.9% la había notificado a los servicios sociales. Esto fue más frecuente para los dentistas que para los higienistas dentales, y más frecuente para los encuestados que trabajan en el servicio dental municipal que en la práctica privada.

Las barreras informadas con mayor frecuencia para derivar la sospecha a los servicios sociales fueron la incertidumbre sobre las observaciones, el temor a la violencia en la familia hacia el niño y la falta de conocimiento sobre los procedimientos de notificación. La mayoría de los encuestados expresó sentir necesidad de una mayor educación.

Las conclusiones de este estudio fueron que los miembros del equipo odontológico en Dinamarca no parecían saber cómo actuar ante un caso de maltrato infantil o en materia de protección infantil, y eran conscientes de la necesidad de una formación de postgrado y de pregrado.

El estudio llevado a cabo por Al-Jundi, Zawaideh y Al-Rawi en 2010, tenía como objetivo investigar la experiencia educativa, las actitudes y el conocimiento de los estudiantes de odontología jordanos con respecto al abuso físico infantil. Los datos se obtuvieron de un cuestionario auto cumplimentado completado por 441 estudiantes de odontología de pregrado y postgrado en las dos escuelas de odontología en Jordania.

Los datos se obtuvieron de un cuestionario auto cumplimentado de 21 preguntas, que completaron 441 estudiantes de odontología de pregrado y postgrado en ambas escuelas de odontología en Jordania. Se usaron estadísticas descriptivas para valorar las respuestas a cada pregunta. La prueba de chi-cuadrado se utilizó para analizar la relación entre las respuestas de los estudiantes y el nivel de educación; la diferencia se consideró significativa si la probabilidad de la diferencia era menor al 5 por ciento ( $p < 0,05$ ).

Los resultados indicaron una gran falta de conocimiento de los indicadores sociales, signos de abuso físico y procedimiento de informe entre todos los encuestados, sin diferencias significativas entre los estudiantes de posgrado y de pregrado. La mayoría de los estudiantes indicaron que su escuela dental era la principal fuente de información sobre este tema; sin embargo, algunos postgraduados informaron haber obtenido más información de fuentes extracurriculares.

El estudio concluye que los estudiantes de odontología en Jordania no están lo suficientemente preparados para cumplir su función de proteger a los niños del abuso. Los planes de estudios dentales en ambas escuelas dentales incluyen información sobre el tema del abuso infantil; sin embargo, el contenido debe ampliarse para preparar mejor a los estudiantes.

El objetivo del estudio de Kirankumar SV *et al.* 2011, fue analizar la percepción, la actitud, el conocimiento y la experiencia sobre el abuso y la negligencia infantil de los médicos en el distrito de Bagalkot, al norte de Karnataka en India.

Un solo investigador entrevistó a 200 personas, siendo éstas 138 médicos y 62 estudiantes de medicina, que trabajaban en los sectores público y privado de la provincia. El Estudio no separa luego los resultados entre los diferentes grados de formación, sino que los considera a todos como profesionales médicos. Los datos del cuestionario se recopilaron en una base de datos que contenía 200 registros, cada uno de los cuales constaba de 15 variables. Se utilizaron pruebas no paramétricas de Wilcoxon y Kruskal-Wallis para variables continuas, es decir, porcentaje de respuestas correctas al cuestionario y porcentaje de respuestas correctas a los casos clínicos, debido a la distribución anormal de las frecuencias. Para estudiar los posibles predictores de respuestas correctas y de la probabilidad de haber experimentado sospecha de casos de abuso y la negligencia infantil, se utilizó un análisis logístico por etapas.

En lo referente a los resultados del estudio, los conocimientos de los profesionales médicos sobre el abuso y la negligencia infantil eran bajos, así mismo eran pocos los conocimientos que poseían de sus responsabilidades, de acuerdo con el código de conducta y la ley. Igualmente manifestaron que la información y material para educación disponibles era escaso.

Como conclusión de los resultados obtenidos del estudio, se afirma que había una falta de conocimiento y capacidad de detección acerca del maltrato y la negligencia infantil entre los profesionales médicos que les impedía identificar los casos sospechosos. Se matiza que se

requiere educación médica continua para mejorar la capacidad de los profesionales para detectar casos de abuso y de negligencia infantil.

Newcity A, Ziniel S y Needleman H. en 2011, publican los resultados de su investigación consecutivamente en tres artículos. Para diferenciarlos, hablaremos de parte I, parte II y parte III, tal y como hacen los propios autores.

En la investigación original, se envió por correo electrónico un cuestionario a 3451 miembros de la Sociedad Dental de Massachusetts. El cuestionario se dividió en 3 partes. información demográfica sobre dentistas y sus prácticas; conocimiento y denuncia del maltrato infantil; y experiencias educativas con el maltrato infantil. El instrumento de encuesta se programó utilizando Informz® y se difundió a través del servidor de la Sociedad Dental de Massachusetts. La tasa de respuesta a la encuesta fue del 19,6% completando el cuestionario 678 dentistas.

En la parte I, presentan los resultados sobre el conocimiento actual y las experiencias educativas de los dentistas de Massachusetts con respecto al maltrato infantil y los comparan con una encuesta similar realizada en 1975.

El 90% de los odontólogos conocía su obligación legal de informar casos de maltrato infantil, y el 66,5% no supo decir cuál era la agencia apropiada para informar tales casos, lo cual implicaba una gran diferencia con los resultados obtenidos en la encuesta de 1975.

A partir de estos datos los autores afirman que la fuente más común de educación sobre el maltrato infantil fue la literatura dental, seguida de educación predoctoral y la educación continua. El 74% de los dentistas que respondieron se sintieron cómodos con las preguntas sobre el maltrato infantil; sin embargo, el 51% consideró que necesitaban más educación sobre el maltrato infantil. Concluyen que la mayoría de los dentistas que respondieron en Massachusetts estaban al tanto de su obligación legal de informar casos de maltrato infantil y dónde hacerlo, lo cual representaba una mejora significativa e importante desde la encuesta de 1975.

En la parte II del estudio, los autores abordan el análisis de la tasa actual, en el momento del estudio, de detección e informe del abuso infantil entre los dentistas de Massachusetts, para determinar si se habían producido cambios desde una encuesta similar llevada a cabo en 1975 y considerar los posibles factores asociados con la detección de abuso infantil y las conductas de notificación.

Los dentistas que respondieron la encuesta, señalaron que en año previo habían encontrado 93 casos de sospecha de abuso infantil, de los cuales se confirmaron 35 casos. Un 22% de los casos sospechosos fueron notificados a las autoridades. El 43% de los casos confirmados se informaron, lo que representa un aumento significativo en comparación con la encuesta de 1975. Un menor número de dentistas habían visto y notificado casos sospechosos y confirmados de abuso en comparación con los hallazgos de 1975, pero los autores lo justificaban por las diferencias de conocimientos entre las muestras de 2011 y 1975.

Como conclusión de esta segunda parte, los autores afirman que los dentistas de Massachusetts continuaban viendo e informando casos de abuso infantil, pero no cumplían con el requisito legal de informar todos los casos sospechosos y confirmados. Sin embargo, en comparación con la encuesta de 1975, un mayor porcentaje de dentistas informaron acerca de casos de abuso infantil que creían seguros.

En la parte III del estudio, Newcity A, Ziniel S y Needleman H. presentan la tasa actual de observación e informe de negligencia infantil entre los dentistas de Massachusetts, analizando los posibles factores asociados con la observación y la notificación de casos de negligencia infantil.

Los dentistas que respondieron la encuesta, señalaron que en año previo habían encontrado 239 casos de negligencia infantil, de los cuales el 20% fueron denunciados a las autoridades. El factor más poderoso de predicción para ver y reportar casos de negligencia infantil fue la participación del dentista en cursos de educación continua sobre el maltrato infantil.

El estudio concluye que los dentistas de Massachusetts veían e informaban casos de negligencia infantil; sin embargo, solo se informó una minoría de estos casos. La participación en cursos de educación continua fue decisiva para la notificación de casos de abuso infantil.

El objetivo de una encuesta llevada a cabo por Harris J *et al.*, en 2011, fue evaluar el impacto de un recurso educacional sobre protección infantil que se había desarrollado y puesto a disposición, de forma gratuita, de todos los centros dentales y servicios de atención dental primaria asalariados, del sistema nacional de salud (NHS) de Inglaterra y que se publicaban simultáneamente en línea.

Se envió un cuestionario postal a una muestra aleatoria de 1000 consultas odontológicas del NHS para evaluar si se habían cumplido los objetivos de aprendizaje del recurso educativo. Se completaron un total de 467 cuestionarios, equivalente a una tasa de respuesta del 46.7%. Casi dos tercios de los participantes (63.4%) recordaron haber recibido el manual de Protección

Infantil del Equipo Dental (MEDPI) o haber visto el sitio web y casi todos lo habían usado, mirado o leído y se sintieron capaces de acceder a él si era necesario.

De los 265 usuarios, el 76.2% consideró que había mejorado su conocimiento sobre la protección infantil, el 60.5% había adoptado una política de protección infantil y el 25.8% una capacitación adicional como resultado del uso del recurso educativo.

Los resultados de la evaluación indicaron que se habían cumplido los objetivos de aprendizaje del recurso educativo del Equipo Dental y Protección Infantil (MEDPI) y destacaron diferentes mejoras que podían hacerse en el recurso para satisfacer de manera efectiva las necesidades de los profesionales dentales.

En 2011 Preethi S, Einstein A y Sivapathasundharam B, publican un interesante artículo que tiene como objetivo analizar el conocimiento, la actitud y la práctica de la odontología forense entre los odontólogos en Chennai. El estudio era transversal en una muestra de 322 odontólogos en Chennai y la información se recolectó mediante un cuestionario.

Entre sus resultados destaca que el 21% de los odontólogos no tomaban registros dentales en su clínica o lugar de trabajo, y solo el 12% de los profesionales mantienen registros completos. El 93% de los odontólogos no mantenían los registros dentales durante más de siete años. La importancia de los registros ante-mortem en la identificación de los sospechosos fallecidos no era conocida por el 17% de los odontólogos. El 40% de los odontólogos no conocía el abuso infantil ni las medidas que debían tomarse. El 41% de los odontólogos no conocía la estimación de la edad dental. 38% de los profesionales desconocían el método preciso de identificación individual. Alrededor del 18% de los odontólogos no conocía la importancia de los patrones de mordedura de los dientes. Un 93% de los profesionales carecían de entrenamiento formal para recoger, evaluar y presentar pruebas dentales. El 30% de los odontólogos no sabían que podían testificar como un testigo experto en el tribunal de justicia. El 40% de los odontólogos desconocía cómo identificar la edad y el sexo de un individuo en los desastres masivos.

Según los autores este estudio puso de manifiesto que los odontólogos de Chennai tenían un conocimiento insuficiente, poca predisposición a toma de registros que permitan la detección del maltrato y falta de práctica de la odontología forense. Sin embargo, esta condición podría mejorarse si se toman las medidas necesarias para que la odontología forense sea parte de la formación. Además, si se llevaran a cabo conferencias y seminarios de formación periódicamente, ayudarían a los estudiantes a mejorar sus conocimientos sobre odontología forense.

En 2012 se publicó un estudio de Sonbol HN *et al.*, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, las experiencias educativas y las actitudes de los dentistas jordanos hacia el abuso infantil y evaluar sus necesidades educativas.

El estudio se llevó a cabo mediante la realización de una encuesta transversal de una muestra aleatoria compuesta por 400 dentistas jordanos utilizando un cuestionario anónimo auto cumplimentado.

La tasa de respuesta fue del 64%. El 34% de los encuestados informaron haber recibido formación para reconocer y denunciar el abuso infantil, y el 42% afirmó que había recibido más formación sobre el maltrato que la mera información sobre reconocimiento y denuncias. La mitad de los dentistas, 127 de 256, tuvieron sospecha de al menos un caso de abuso infantil en los últimos 5 años, pero solo 31 informaron sus sospechas. Las principales razones para no notificar la sospecha de abuso fueron el temor a la ira de los padres (43%), la incertidumbre sobre el diagnóstico (41%) y la incertidumbre sobre los procedimientos de derivación (41%). Aquellos dentistas que habían recibido formación complementaria en la escuela de odontología y cursos de postgrado en abuso infantil tuvieron significativamente más probabilidades de reportar sospechas.

La conclusión del estudio es que existe una brecha significativa entre el reconocimiento de signos de abuso físico infantil y la respuesta efectiva. Recomendaba mejorar la educación sobre el abuso infantil y continuar los cursos de educación para proporcionar a los dentistas en Jordania un conocimiento adecuado de los indicadores del abuso físico infantil y para informarles sobre el protocolo a seguir cuando surjan sospechas.

El estudio de El Sarraf *et al.*, en 2012, tenía como propósito la evaluación de la percepción, el diagnóstico y las actitudes del abuso infantil entre los dentistas pediátricos brasileños.

Los datos recopilados a través de una encuesta enviada a 212 dentistas pediátricos en Curitiba, Brasil, incluyeron la valoración de la percepción de conocimientos sobre los signos de abuso infantil, si lo habían visto y lo habían informado, y el conocimiento de su obligación de informar, cómo y a quién.

La tasa de respuesta fue aproximadamente del 33%. El grupo más joven era significativamente más propenso a informar casos que el grupo con más de 18 años de ejercicio desde la graduación. El 55% de los profesionales pensaban que podían identificar el abuso infantil, el 36% pensaban que no podían y el 9% no sabían. Aunque el 73% sabía que reportar incidentes

de abuso es obligatorio, solo el 48% respondió que reportarían los casos de abuso a las autoridades pertinentes. Aunque el 36% de los dentistas pediátricos informaron haber visto casos sospechosos de abuso, solo aproximadamente el 12% informó de tales casos a las autoridades. Los signos de abuso más frecuentemente mencionados fueron hematoma en todo el cuerpo (61%) y cambios de comportamiento (53%). Las lesiones en la cara, la boca y los dientes fueron citadas por solo el 17% de los profesionales.

Concluyendo, se necesitaba más formación de pregrado en las facultades de odontología y entre los dentistas pediátricos para reconocer e informar el abuso infantil.

Fierro *et al.*, en 2012, se propusieron describir la actitud y el conocimiento frente al maltrato infantil, de los odontólogos pertenecientes a los nueve centros de salud de Concepción, Chile.

Con este objeto llevaron a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, a través de una encuesta a 53 odontólogos, que recogía datos diversos como: demográficos, y sobre los conocimientos, actitud, sospecha y denuncia sobre el maltrato infantil.

Del 43,3% que declaraba haber sospechado alguna vez encontrarse ante un caso de maltrato infantil, sólo el 56,5% lo había denunciado. Se encontró diferencia significativa ( $p=0,0326$ ) al relacionar las variables de género y conocimiento, siendo mayor el conocimiento en las mujeres. Sin embargo, entre las variables género y actitud no hubo diferencia.

Los autores concluyen que la validación de instrumentos de evaluación del conocimiento y actitudes sobre maltrato infantil, así como la ampliación y profundización en el tema con más estudios al respecto, contribuirá a mejorar la actitud del odontólogo en su responsabilidad como profesional del área de la salud frente a la protección infantil.

Jordan. en 2012, estudiaron las experiencias educativas de un grupo de estudiantes de odontología croatas y evaluaron su conocimiento sobre el abuso y la negligencia infantil. Con este objetivo, fueron encuestados 544 estudiantes (153 hombres y 391 mujeres) de los seis años del curriculum en la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Zagreb, con una tasa de respuesta del cuestionario, del 74.9 por ciento.

Del total de encuestados, el 33,6% tenían algún conocimiento sobre abuso y negligencia infantil por sus clases. Según los autores, los resultados muestran una falta de conocimiento de los signos de sospecha de abuso físico y sexual de los niños. Los estudiantes de cursos superiores

mostraron tener un mayor conocimiento relacionado con el abuso y la negligencia infantil en comparación con los estudiantes de cursos inferiores.

En conclusión, los estudiantes de odontología deberían estar mejor formados y preparados para el importante papel de ayudar a proteger a los niños del abuso y la negligencia.

Sousa M *et al.*, en 2012, afirman que el abuso infantil es un problema serio de salud pública y afecta la salud y el desarrollo físico y mental de las víctimas. Con estas premisas llevan a cabo un estudio para, por una parte, evaluar las actitudes y percepciones de los dentistas con respecto al abuso infantil, y por otra investigar las características profesionales asociadas con la identificación de sospecha de abuso infantil.

Para conseguir sus objetivos, los autores enviaron un cuestionario a los 276 odontólogos de Pelotas, Brasil, de los que se devolvieron 187 (tasa de respuesta 68.0%). Se recogieron las características demográficas y los perfiles de los dentistas, y se obtuvo información sobre sus conocimientos y actitudes con respecto al abuso infantil.

Entre sus resultados destaca que, de todos los dentistas encuestados, 123 (71.9%) informaron que trataban niños. La mayoría de los dentistas creían que podían detectar casos de abuso infantil (78.7%), pero el 85.7% nunca lo había sospechado. Entre los que tenía dudas de maltrato, el 76.0% no informaron los casos a las autoridades. No se observaron diferencias entre sexos, años de graduación, tipos de licenciatura y la frecuencia con la que se trató a los niños.

En resumen, los autores afirmaron que, aunque los dentistas se sentían capacitados para identificar casos sospechosos, solo un pequeño porcentaje informó de esas sospechas, lo que indica la falta de conciencia de estos profesionales en la adopción de medidas de protección para las víctimas de la agresión. Los autores además hacían hincapié en que es necesario que los profesionales dentales reciban capacitación interdisciplinaria para mejorar su capacidad de cuidar y proteger a los niños.

En 2013, una publicación de Laud A *et al.*, evaluó la capacidad, experiencia y las opiniones personales de los dentistas que ejercían en Attica (Grecia) en relación con el reconocimiento y la derivación de niños maltratados y descuidados.

Se tomó una muestra aleatoria de una población de dentistas registrados en dos de las asociaciones dentales más grandes de Grecia. Los odontólogos fueron entrevistados por dos dentistas pediátricos utilizando un cuestionario especialmente diseñado. Se recopiló información

sobre su conocimiento del maltrato infantil, la frecuencia de incidentes sospechosos y las razones para no denunciarlos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Atenas, así como por las juntas ejecutivas de las asociaciones dentales. El cuestionario utilizado fue una versión modificada del utilizado en el estudio realizado en Escocia por Cairns AM, Mok JY y Welbury RR.

Esta versión del cuestionario hacía una distinción entre el abuso infantil y el abandono para recopilar información más precisa sobre los diferentes tipos de maltrato infantil. Además, a los encuestados se les proporcionó información que definía los subtipos de abuso y abandono inicialmente por escrito y luego verbalmente si era necesario.

El cuestionario incluía preguntas sobre características demográficas tales como edad, sexo, educación; características de la práctica dental tales como especialidad y número de pacientes, casos de CM que el dentista sospechó e informó y la responsabilidad percibida y el conocimiento individual de los odontólogos, es decir, si se sentían informados sobre el reconocimiento y derivación de casos de niños maltratados.

La mayoría de los encuestados eran odontólogos generales (72%), seguidos por ortodoncistas (6%), prostodoncistas (6%), odontopediatras (4%), periodoncistas (4%) y todas las especialidades restantes (7%). Casi la mitad de los encuestados trató hasta dos niños por semana, el 22,6% trató a entre tres y cinco niños, mientras que el 13% trató a más de diez pacientes por semana.

Con una tasa de respuesta del 83%, se registraron los hallazgos de 368 entrevistas (54% hombres, edad media 43 años). Solo el 21% de los encuestados recibió capacitación sobre protección infantil a nivel de pregrado. La sospecha de abuso fue del 13% y la sospecha de negligencia fue del 35%. Solo seis de los 368 encuestados hicieron un informe oficial de un caso sospechoso de maltrato infantil. La razón más común que podría evitar que un dentista denunciara un caso fue la duda sobre el diagnóstico (44%). El 97% de los dentistas cree que el reconocimiento y la referencia de incidentes deben ser parte de la formación de pregrado.

Los odontólogos no se sentían adecuadamente informados sobre el reconocimiento y notificación de casos de abuso y negligencia infantil. El bajo porcentaje de incidentes denunciados y la falta de legislación indican una gran necesidad de educar continuamente a los dentistas sobre el maltrato infantil, así como de establecer un sistema organizado en Grecia para informar dichos incidentes a fin de proteger al odontólogo que refiere el caso y al niño victimizado.

Hashim R y Al-Ani A. (2013) tenían como objetivo de su investigación estudiar la experiencia educativa, las actitudes y el conocimiento de los estudiantes de odontología con respecto al abuso físico infantil en todas las escuelas de odontología de los Emiratos Árabes Unidos.

Los datos de esta investigación fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado auto cumplimentado de 23 ítems, completado por 578 estudiantes de odontología de postgrado en las cuatro escuelas de odontología de los Emiratos Árabes Unidos.

Los resultados indicaron que había una falta de conocimiento del procedimiento de informe, signos de abuso físico y los indicadores sociales entre todos los encuestados.

Cuando se les preguntó a los estudiantes sobre sus conocimientos y actitudes con respecto a las responsabilidades legales y éticas hacia el abuso físico infantil, la mayoría de los estudiantes de odontología informaron que estaban legalmente obligados a denunciar los casos de abuso infantil. En cuanto a la responsabilidad legal y ética les preguntó a los estudiantes de odontología dónde notificarían el abuso infantil y solo el 36.2% de los estudiantes sabían dónde hacerlo. Alrededor de la cuarta parte de los estudiantes, no sabían la respuesta. Más del 80% de los estudiantes estuvieron de acuerdo en que los dentistas deberían ser legalmente obligados a denunciar casos de abuso y un alto porcentaje (94.3%) de los participantes creían tener el deber ético de notificar el abuso infantil. La mayoría de los estudiantes indicaron que su escuela dental era la principal fuente de información sobre este tema. La mayoría de los encuestados expresó la necesidad de más capacitación. Más del 91% de los encuestados indicaron que no recibieron suficiente capacitación formal para reconocer y reportar el abuso infantil.

En cuanto al conocimiento de los estudiantes de odontología sobre los signos de abuso físico, se les preguntó si los “moretones” en la mejilla pueden indicar bofetones o agarre de la cara: 496 (85.8%) respondieron positivamente. Sin embargo, el 52.8% no estuvo de acuerdo en que los cardenales que se observan alrededor del cuello usualmente están asociados con un trauma accidental. La mayoría de los estudiantes de odontología (87.4%) estuvieron de acuerdo en que se pueden observar quemaduras en muchos casos de abuso infantil y que pueden tener la forma de un objeto caliente. De manera similar, el 77.5% reconoció que las marcas de mordida eran frecuentemente un componente del abuso infantil.

Las respuestas de los estudiantes de odontología cuando se les preguntó sobre el conocimiento de los indicadores diagnósticos y sociales de abuso mostraron que los estudiantes tenían lagunas en sus conocimientos sobre el maltrato infantil.

Como conclusiones los autores destacan que los estudiantes de odontología no estaban lo suficientemente preparados para saber qué buscar cuando sospechan un abuso infantil y qué es lo que realmente deben hacer cuando se enfrentan a este problema en un entorno profesional. Para brindar una mejor atención a estas jóvenes víctimas de violencia doméstica, las modificaciones curriculares de las escuelas de odontología deben centrarse en proporcionar a los estudiantes experiencias educativas concretas con respecto a los casos de abuso infantil.

En 2014 Al-Dabaan R, Newton JT, y Asimakopouloub K, publican un artículo que analiza la experiencia y el conocimiento de los odontólogos en Arabia Saudita con respecto a la identificación de abuso y negligencia infantil, las barreras que pueden impedir informar los casos de sospecha de maltrato infantil por parte de odontólogos y su necesidad de formación en materia de protección infantil.

Para ello en 2012, enviaron un cuestionario de auto cumplimentación por correo electrónico a los 7.352 miembros de la Sociedad Dental Saudí. De estos 7.352, se recogieron 163 cuestionarios, pero solo 122 estaban completos

Los encuestados demostraron un buen conocimiento de las formas e indicadores de la problemática que se planteaba. Además, una gran proporción de los que habían participado (59%) había experimentado un caso de abuso o negligencia infantil en su práctica durante los últimos cinco años. Sin embargo, solo alrededor del 10% de los encuestados hizo un informe de notificación. El temor a las represalias familiares, la falta de certeza sobre el diagnóstico de maltrato infantil y la incertidumbre sobre el manejo de casos fueron barreras fundamentales para informar el presunto maltrato infantil. Además, solo el 20.9% de los que respondieron el cuestionario de manera completa informaron tener conocimiento de una política de protección infantil en su lugar de trabajo.

Los autores concluyen que, en base a los resultados de esta encuesta, parece que el nivel de conocimiento entre los encuestados con respecto a las formas e indicadores de abuso y negligencia infantil era bueno. Sin embargo, una gran proporción de los encuestados no tomaron medidas con respecto a los casos sospechosos de abuso y negligencia infantil en su práctica en los últimos cinco años. Por lo tanto, se necesitaban recursos adicionales y capacitación para apoyar la identificación y el manejo de los casos de maltrato infantil por parte de los odontólogos.

También en 2014 Shapiro MC, Anderson OR y Lal S llevaron a cabo un estudio donde se evaluó la introducción de un novedoso módulo de capacitación interactivo en línea, diseñado para involucrar positivamente a los estudiantes de odontología y enseñarles a reconocer e informar los

signos de abuso y negligencia infantil. Se quería establecer, si el módulo de capacitación en línea educaba a los estudiantes de forma equivalente o mejor que una presentación o conferencia del mismo contenido.

72 estudiantes de la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Columbia (90% de la clase) aceptaron participar y fueron asignados aleatoriamente a una presentación tradicional basada en conferencias o al módulo de capacitación en línea. Antes del comienzo, los participantes del estudio recibieron una prueba previa de veinte preguntas sobre su conocimiento del reconocimiento e informe de abuso infantil.

Al finalizar el estudio, se administró un cuestionario idéntico a la prueba anterior con el fin de comparar los resultados. Al final de la instrucción, también se entregaron cuestionarios a ambos grupos para evaluar las percepciones de los estudiantes sobre las dos metodologías educativas. Los resultados mostraron que el módulo de capacitación en línea interactivo era más efectivo que el método basado en conferencias. Además, los estudiantes informaron que el módulo interactivo de capacitación en línea era atractivo y un recurso útil, pero en promedio no lo prefirieron como un reemplazo total para el enfoque basado en conferencias.

Este estudio demostró que el módulo interactivo en línea para enseñar a los estudiantes de odontología cómo reconocer e informar el abuso infantil fue tan eficaz, si no más, que el aprendizaje tradicional basado en conferencias y afirma que los estudios futuros deberían centrarse en cursos híbridos que combinen las fortalezas de la capacitación en línea y los formatos de lectura avanzados, incluido la formación en el aula.

Los autores consideran que son necesarios más estudios sobre el impacto del aprendizaje electrónico interactivo en la educación dental, así como el desarrollo de nuevas estrategias de aprendizaje electrónico para los estudiantes, para aumentar el conocimiento y el uso de estos medios por parte de los educadores dentales.

El estudio de Da Silva, Machado y Fontoura en 2014, investigó las experiencias, actitudes y conocimientos de los odontólogos en reconocer e informar sobre casos sospechosos de abuso infantil. Fue diseñado como un estudio transversal y los datos se recolectaron a través de un cuestionario auto cumplimentado, que se distribuyó aleatoriamente a 500 dentistas. El cuestionario investigó las características de la población, la educación sobre el abuso infantil, la experiencia y las actitudes en el informe de casos sospechosos, y la capacidad de reconocer signos de abuso. Aproximadamente el 60% de los dentistas respondieron a la encuesta.

Entre los dentistas que participaron en la encuesta, el 87% consideró que reconocer el abuso infantil es importante, sin embargo, el 63.2% informó que no sabían cómo actuar en tales situaciones, y el 44.2% desconocía las autoridades de protección infantil con las que se debería contactar. Entre los dentistas encuestados, el 94,7% informó que no recibió suficiente educación sobre el abuso infantil en sus estudios de pregrado; mientras que el 31.3% de dentistas tuvieron alguna sospecha de abuso infantil entre sus pacientes, solo el 84% de estos informó sus sospechas a las autoridades correspondientes. La razón citada con más frecuencia (33.3%) de no informar sospechas de abuso fue el temor a un litigio y su posible impacto en su práctica. Solo el 34.2% de los odontólogos demostraron conocimiento sobre las posibles señales de abuso infantil.

Finalmente, los autores concluyen que entre los dentistas encuestados que sospecharon abuso infantil, solo un pequeño porcentaje informó sus inquietudes a las autoridades pertinentes. Las principales razones para los dentistas que no informaron abuso infantil incluyen el temor a un litigio y su impacto en su práctica, la incertidumbre con respecto a su diagnóstico y la falta de conocimiento acerca de a quién se debe denunciar el abuso. Además, la encuesta indicó que el conocimiento de los dentistas sobre los signos relacionados con el abuso infantil era insuficiente. El plan de estudios de las escuelas de odontología debe reforzar el conocimiento sobre el abuso infantil, y se deben proporcionar cursos de educación continua para alertar a los dentistas sobre la posibilidad de abuso infantil y la obligación legal de los dentistas de informar los casos sospechosos a las autoridades pertinentes.

En 2015, Cukovic- Bagic *et al.* , estudiaron el nivel de conocimiento, experiencia y actitud de los dentistas croatas con respecto al maltrato infantil y negligencia. La investigación se llevó a cabo en cinco ciudades croatas principales (Zagreb, Varazdin, Osijek, Rijeka y Split). Con este fin se adaptó a la terminología croata y distribuyó a 544 dentistas, un cuestionario previamente utilizado sobre el conocimiento y la experiencia en protección infantil.

El cuestionario constaba de 32 preguntas divididas en 6 partes: información general, con cuestiones de características demográficas y el tipo de empleo, educación dental, información sobre sospecha de maltrato, acción tomada y razones para no actuar; cuestiones sobre las pautas de protección de menores en el área local y la educación de pregrado y continua en protección infantil, el conocimiento actual y la necesidad percibida de continuar la educación.

Un total de 510 dentistas que respondieron el cuestionario con datos válidos. El 26,27% informaron haber tenido sospechas de maltrato infantil durante su carrera profesional y el 5,1% informaron su sospecha en los últimos 6 meses, principalmente a los servicios sociales y la policía. El miedo a la violencia hacia el niño y la incertidumbre sobre las observaciones fueron las barreras

más frecuentes para notificar y solo el 11.4% conocía el procedimiento. Alrededor del 80% de los encuestados solicitaba capacitación adicional para identificar y denunciar el abuso físico.

El estudio mostró una falta de conocimiento e incertidumbre en el reconocimiento y denuncia de casos de maltrato y negligencia infantil en dentistas croatas que expresaron la necesidad de una educación continua de pregrado y posgrado sobre este tema. Por otra parte, asevera que los dentistas se encuentran en una posición única para detectar signos tempranos de maltrato infantil, ya que la mayoría de los signos aparecen en el área orofacial, lo que hace que la educación interdisciplinaria continua sea importante y deseable. Además, confirma la necesidad de establecer un protocolo para la colaboración entre instituciones para casos de maltrato infantil a nivel nacional y homogeneizarlo a nivel europeo.

Deshpande *et al.* (2015), determinaron el nivel de conocimiento y las actitudes de los residentes médicos y odontológicos con respecto al abuso físico infantil del centro de Gujarat, en India.

Realizaron un cuestionario auto cumplimentado que se pasó a un total de 130 profesionales, que respondieron 89 médicos y 41 dentistas.

Del estudio se estableció que el conocimiento sobre el indicador social de abuso infantil era pobre en el 27.7% de los casos (n = 36), promedio en 68.5% (n = 89) y bueno en 3.8% (n = 5); y para el indicador físico se encontró que era pobre en 10.8% (n = 14), promedio 66.9% (n = 87) y bueno 22.3% (n = 29). El 49% (n = 64) de los encuestados informaron haber recibido formación para reconocer el abuso infantil, y el 32% (n = 42) había leído literatura sobre el tema. El 55% (n = 72) declaró que la educación con respecto al abuso infantil es extremadamente importante.

Casi el 48-60% de los residentes sabían sobre la importancia de la educación sobre el abuso infantil y sobre el conocimiento de las leyes indias relacionadas con la protección y el abuso infantil. Más del 90% de los residentes deseaban mejorar sus conocimientos sobre el abuso y la protección de los niños.

El resultado de este estudio encontró que los residentes médicos y odontólogos no estaban suficientemente preparados sobre la protección del niño contra el abuso. Se recomendaba mejoras en la educación sobre abuso infantil y cursos de educación continua para proporcionar el conocimiento adecuado.

Markovic *et al.*, (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo era evaluar el conocimiento y la actitud de los dentistas en Bosnia-Herzegovina con respecto a los signos y síntomas de abuso y negligencia infantil, el procedimiento de presentación de informes y el nivel de educación.

Los datos se recolectaron a través de un cuestionario de 27 preguntas en formato de opción múltiple o verdadero-falso, auto administrado, adaptado y modificado a partir de estudios previos. Se administró a 300 dentistas, de los cuales un total de 210 sujetos se incluyeron en la muestra final para análisis estadísticos. La tasa de respuesta fue del setenta por ciento. Se utilizaron estadísticas descriptivas, Chi-cuadrado y prueba H de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias estadísticas en las respuestas.

Los dentistas en Bosnia-Herzegovina rara vez se sentían capacitados para ~~de~~ reconocer e informar casos de maltrato o negligencia infantil (80%). El 76% de los dentistas nunca sospechó maltrato infantil en su práctica. Solo el 9% de los dentistas informó haber tenido alguna sospecha sobre el mismo. Las razones prevaletentes para no informar en de casos sospechosos fue la falta de conocimiento del procedimiento de informe (43%) y la falta de conocimiento sobre el procedimiento (31%).

Los resultados de este estudio sugieren que los dentistas necesitan una educación efectiva para aumentar su conocimiento de todos los aspectos del maltrato infantil.

En 2016, Hussein *et al.*, realizaron un estudio donde evaluaban el conocimiento, las actitudes y la experiencia de un grupo de profesionales dentales de Malasia con respecto a los casos de abuso físico infantil en términos de frecuencia de ocurrencia, diagnóstico, factores de riesgo y presentación de informes.

Para ello se distribuyó un cuestionario a todos los profesionales odontológicos que asistieron a una conferencia nacional de odontología pediátrica en Kuantan, Malasia, y se recopilaron variables demográficas, conocimientos, actitudes y experiencia sobre el maltrato físico, factores de riesgo y las razones para no informar abusos. Se realizaron estadísticas descriptivas y análisis bivariantes.

La tasa de respuesta fue del 74.7%. La mitad de los encuestados (52.8%) declararon que el maltrato físico infantil es común en Malasia. A pesar de que el 83.3% sabía que reportar los casos de maltrato es un requisito legal en Malasia, solo el 14.8% había informado tales casos. La falta de una historia adecuada fue la principal razón para no informar. Prácticamente dos tercios de los encuestados (62%) indicaron que no habían recibido suficiente información sobre el maltrato

infantil y estaban dispuestos a recibir educación sobre cómo diagnosticar y reportar casos de abuso infantil (81.5, 78.7%, respectivamente).

En este estudio se encontraron disparidades considerables entre el conocimiento y las actitudes de los encuestados con respecto a la ocurrencia, los signos de casos sospechosos, los factores de riesgo y la notificación. A pesar de reconocer estos casos, solo se informaron unos pocos. Los autores recomiendan mejorar la educación de los proveedores de servicios dentales de Malasia sobre el reconocimiento y la notificación del maltrato infantil.

Otro estudio llevado a cabo por Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, y Newton JT, en el año 2016, evaluó un programa de capacitación basado en la web sobre protección infantil sobre el conocimiento y la práctica de los odontólogos en Arabia Saudita. Además, también se evaluaron las opiniones de los participantes sobre el curso.

Se evaluaron los conocimientos previos de 82 odontólogos que trabajaban en Arabia Saudita, e inmediatamente posteriores a la capacitación, y un mes después de la capacitación y el comportamiento después de la finalización de un curso de capacitación online.

Los 82 participantes completaron todo el paquete de capacitación y 62 completaron la encuesta un mes después de la capacitación. Se encontró un aumento significativo en el conocimiento inmediatamente después de tomar parte en el programa de capacitación sobre protección infantil en comparación con el conocimiento básico. El curso fue altamente calificado por aquellos que lo completaron. Un mes después del programa de capacitación, el 21% tiene o tiene la intención, de adoptar una política de protección infantil en su práctica clínica, el 29% identificó a un miembro del personal para liderar la protección infantil después de completar el programa. Casi todos los participantes eran capaces de reconocer los signos de maltrato y negligencia infantil en su práctica diaria y el 27.4% hicieron un informe de un caso sospechoso de maltrato en el último mes desde el entrenamiento.

Como conclusión, los autores afirman que el programa de capacitación en línea sobre abuso y negligencia infantil fue eficaz para aumentar la conciencia y el conocimiento inmediatamente después de completar el paquete de capacitación, además de producir un cambio en las actitudes hacia el maltrato infantil en las personas que practican la odontología en Arabia Saudita, alentándolos a ser más proactivos en la protección de los niños en la práctica dental.

En el año 2017, se realizó un estudio por Jahanimoghadam *et al.*, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los dentistas generales y odontopediatras con respecto al abuso infantil y la negligencia infantil.

Este estudio transversal se llevó a cabo sobre los participantes del 12º congreso de odontopediatras de Irán. Se utilizó un cuestionario auto administrado para evaluar su conocimiento, actitud y práctica hacia el abuso infantil. Para analizar los datos se aplicaron T-test y ANOVA con una significatividad de  $p < 0.05$ .

El conocimiento de los odontopediatras fue significativamente mayor que el conocimiento de los dentistas generales. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre actitud y práctica.

Como conclusiones, el estudio afirma que los dentistas tenían un conocimiento moderado respecto al maltrato infantil pero una actitud deficiente. Teniendo en cuenta este hecho, se recomiendan mejoras en la educación sobre el abuso infantil para estudiantes de pregrado y la formación continua de postgrado en este campo.

Kaur H. *et al.*, (2017), realizaron una encuesta transversal para evaluar el conocimiento y la actitud de los profesionales dentales sobre el tema del abuso infantil.

Con consentimiento previo, se envió por correo postal a 120 odontólogos generales registrados en el estado una encuesta de 20 preguntas que incluía cuestiones de opción múltiple y dicotómicas (sí / no) y los datos recopilados se sometieron a análisis estadístico.

La tasa de respuesta global a los cuestionarios fue del 97%. La falta de conocimiento sobre el papel del dentista en la denuncia de maltrato infantil representó el 55% de los motivos por los cuales dudaron en informar. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson no mostró ninguna diferencia significativa entre el hombre y la mujer con respecto a la razón de la vacilación para informar y sobre la obligación legal de los dentistas. Si bien los odontólogos encuestados conocían el diagnóstico de maltrato infantil, vacilaban y desconocían la autoridad apropiada para informar.

En conclusión, los autores recomiendan enfatizar el aumento de la instrucción en las áreas de reconocimiento e información de abuso y negligencia infantil.

El Tantawi *et al.*, (2018) realizaron un estudio en el que se evaluó la intención de los odontólogos en ocho países árabes de informar acerca de la sospecha de que sus pacientes hubieran sido víctimas de maltrato.

Se realizó un estudio transversal en 2016, con una muestra de dentistas que ejercen en los sectores público, privado y académico en Argelia, Egipto, Jordania, Kuwait, Libia, Palestina, Arabia Saudita y Yemen. Se consideró que los países tenían servicios de protección para niños o adultos basados en el informe de la OMS y sobre si estos servicios eran limitados, parciales o completos.

Los encuestados respondieron un cuestionario auto cumplimentado que recopilaba información sobre los antecedentes personales y profesionales y la capacidad percibida para identificar a las víctimas de la violencia.

La tasa de respuesta fue del 65,2% (n = 2936/4506) con una edad media de 31 años. El 56.7% de los encuestados fueron mujeres. De los 2936, el 68.8% tenía la intención de informar y el 52.2% se consideraba capaz de identificar a las víctimas de violencia. En la regresión multivariante se vio que la intención de informar estuvo asociada con la actitud profesional, así como la capacidad de identificar víctimas de violencia y la percepción de que los profesionales no consideren la necesidad de implicarse en la notificación. Existen diferencias importantes entre los países en la intención de informar.

En este estudio, la intención de los odontólogos de informar la violencia se asoció con actitudes, percepciones y habilidades profesionales similares a las de los dentistas de otros países, pero mostraron diferencias según el país de práctica. Los hallazgos pretendían tener implicación para la capacitación a fin de mejorar la notificación de sospechas de violencia mediante el desarrollo de las habilidades de los odontólogos para identificar signos diagnósticos, fomentar una actitud favorable y aumentar la conciencia de las normas y reglamentos ya existentes.

El estudio concluye que la mayoría de los dentistas intentaron informar ante la sospecha de maltrato y su intención podría explicarse por la teoría del comportamiento planificado que ofrece un marco para el desarrollo profesional para apoyar a las víctimas de violencia. Es necesario compartir los recursos, las políticas y las directrices de capacitación para garantizar que los dentistas de los países árabes adopten sistemáticamente prácticas similares a las directrices internacionales.

Hashim R y Al-Dallal S, elaboraron en 2018 un estudio cuyo objetivo fue investigar el nivel de conocimiento y experiencia del dentista con respecto al abuso físico infantil en los Emiratos

Árabes Unidos, identificar qué barreras impiden la notificación de casos sospechosos por odontólogos y evaluar la necesidad de capacitar a los dentistas en protección infantil .

Para ello realizaron una encuesta transversal entre 124 dentistas que trabajaban en consultorios privados en el Emirato de Dubái; los datos fueron recolectados mediante cuestionarios estructurados auto administrados. Los datos se analizaron mediante análisis descriptivos de las respuestas a cada pregunta.

De todos los odontólogos generales invitados a participar, solo el 70% respondieron. Casi una cuarta parte de los dentistas se encontró con un caso sospechoso de abuso infantil al menos una vez en su carrera, pero solo el 30% de ellos informaron sus sospechas. Las barreras más comunes que impedían a los dentistas notificar los casos de abuso infantil fueron la incertidumbre sobre su diagnóstico, la falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación, seguidos del temor a la violencia en la familia hacia el niño. Sin embargo, la mayoría de los participantes conocían sus responsabilidades legales para proteger a los niños del abuso y expresaron su necesidad de una mayor capacitación en esta área.

Para concluir los autores afirman que, de acuerdo con los resultados obtenidos, parece que existe una falta de conocimientos entre los encuestados con respecto al reconocimiento y denuncia del abuso físico infantil. Por lo tanto, se recomienda mucho entrenamiento especializado en esta área.

En la siguiente tabla se resumen los estudios realizados en los últimos 20 años sobre conocimientos acerca del maltrato infantil de profesionales y estudiantes relacionados con la odontología (Tabla 3).



AUTOR AÑO PAÍS	TASA DE RESPUESTA en %	Perfil	Sexo		Sospecha	Notificación	Conocimiento ley	RESULTADOS
			H	M				
Hashim R, Al-Ani A 2018. Emiratos Arabes Unidos	70	Odontólogo	50	74	33	10	104 (84%)	Casi una cuarta parte de los dentistas se encontró con un caso sospechoso de abuso infantil al menos una vez en su carrera, pero solo el 30% de ellos informaron sus sospechas. Las barreras más comunes que impedían a los dentistas notificar los casos de abuso infantil fueron la incertidumbre sobre su diagnóstico, la falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación, seguidos del temor a la violencia en la familia hacia el niño. Sin embargo, la mayoría de los participantes conocían sus responsabilidades legales para proteger a los niños del abuso y expresaron su necesidad de una mayor capacitación en esta área.
El Tantawi M. 2018 Países Árabes	65,2	Odontólogo	1268	1659	-	-	-	La tasa de respuesta fue del 65,2% (n = 2936/4506) con una edad media comprendida en 31 años. El 56,7% de los encuestados fueron mujeres. De los 2936, el 68,8% tenía la intención de informar y el 52,2% se consideraba capaz de identificar a las víctimas de violencia. En la regresión multivariante se vio que la intención de informar estuvo asociada con la actitud profesional, así como la capacidad de identificar víctimas de violencia y la percepción negativa de que la notificación no es obligatoria. Existen diferencias importantes entre los países en la intención de informar.
Kaur H. 2017 India	97	Odontólogo	47%	52%	-	-	68,2%	Si bien los odontólogos encuestados conocían el diagnóstico de maltrato infantil, vacilaban y desconocían la autoridad apropiada para informar.
Jahanimoghadam I. 2017 Irán	-	Odontólogo	76	92	-	-	-	El conocimiento de los odontopediatras fue significativamente mayor que el conocimiento de los dentistas generales. No se observó diferencia estadísticamente significativa en actitud y práctica.
Al-Dabaan,R 2016 Arabia Saudita	-	Odontólogo	37	45	-	-	-	21% tiene o tiene la intención de adoptar una política de protección infantil en su práctica, el 29% identificó a un miembro del personal para liderar la protección infantil desde que completó el programa. Casi todos los participantes eran capaces de reconocer los signos de maltrato y negligencia infantil en su práctica diaria y el 27,4% hicieron un informe de un caso sospechoso de maltrato en el último mes desde el entrenamiento.
Hussein SA 2016 Malasia	74,70	Odontólogo Odontopediatra Auxiliares dentales Est. odontop.	11	97	16	16	90	La mitad de los encuestados (52,8%) declararon que la frecuencia de maltrato físico infantil es común en Malasia. A pesar de que el 83,3% sabía que reportar los casos de maltrato es un requisito legal en Malasia, solo el 14,8% ha informado tales casos. La falta de una historia adecuada fue la principal razón para no informar. Prácticamente dos tercios de los encuestados (62%) indicaron que no habían recibido suficiente información sobre el maltrato infantil y estaban dispuestos a recibir educación sobre cómo diagnosticar y reportar casos de abuso infantil (81,5, 78,7%, respectivamente).
Deshpande A. 2015 India	-	Médico y odontólogos	-	-	-	-	-	Del estudio se estableció que el conocimiento sobre el indicador social de abuso infantil era pobre en 27,7% (n = 36), promedio en 68,5% (n = 89) y bueno en 3,8% (n = 5); y para el indicador físico se encontró que era pobre en 10,8% (n = 14), promedio 66,9% (n = 87) y bueno 22,3% (n = 29). El 49% (n = 64) de los encuestados informaron haber recibido formación para reconocer el abuso infantil, y el 32% (n = 42) había leído literatura sobre el tema. El 55% (n = 72) declaró que la educación con respecto al abuso infantil es extremadamente importante.
Cukovic- Bagic I 2015 Croacia	93,7	Odontólogo	125	383	134	9	-	El 26,27% informaron haber tenido sospechas de maltrato infantil durante su carrera profesional y 5,1% informaron su sospecha en los últimos 6 meses, principalmente a los servicios sociales y la policía. El miedo a la violencia hacia el niño y la incertidumbre sobre las observaciones fueron las barreras más frecuentes para referirse y solo el 11,4% conocía el procedimiento. Alrededor del 80% de los encuestados quiere capacitación adicional para identificar y denunciar el abuso físico.
Markovic N. 2015 Bosnia Herzegovina	70,0	Odontólogo	30%	70%	71	18	68 (32%)	Los dentistas en Bosnia y Herzegovina rara vez se sentían capacitados de reconocer e informar casos de maltrato o negligencia infantil (80%). 76% de los dentistas nunca sospecharon maltrato infantil en su práctica. Solo el 9% de los dentistas informaron haber tenido alguna sospecha sobre el mismo. Las razones prevalentes para no informar en casos sospechosos de fue la falta de conocimiento del procedimiento de informe (43%) y la falta de conocimiento sobre el procedimiento (31%).
Da Silva, R.A. 2014 Brasil	60	Odontólogo	106	195	-	-	-	El 87% consideró que reconocer el abuso infantil es importante, sin embargo, el 63,2% informó que no sabían cómo actuar en tales situaciones, y el 44,2% desconocía las autoridades de protección infantil adecuadas para contactar. El 94,7% informó que no recibió suficiente educación sobre el abuso infantil en sus estudios de pregrado; mientras que el 31,3% de dentistas tuvieron alguna sospecha de abuso infantil entre sus pacientes, solo el 84% de éstos informó sus sospechas a las autoridades correspondientes. La razón citada con más frecuencia (33,3%) de no informar sospechas de abuso fue el temor a un litigio y su posible impacto en su práctica. Solo el 34,2% de los odontólogos demostraron conocimiento sobre las posibles señales de abuso infantil.
Al-Dabaan,R 2014 Arabia Saudita	1,65	Odontólogo	61	61	72	7-9,82%	20,9%	Los encuestados demostraron un buen conocimiento de las formas e indicadores de la problemática que se planteaba. Además, una gran proporción de los que habían participado (59%) había experimentado un caso de abuso o negligencia infantil en su práctica durante los últimos cinco años. Solo alrededor del 10% de los encuestados hizo un informe de notificación. El temor a las represalias familiares, la falta de certeza sobre el diagnóstico de maltrato infantil y la incertidumbre sobre el manejo de casos fueron barreras fundamentales para informar el presunto maltrato infantil. Solo el 20,9% de los que respondieron el cuestionario de manera completa informaron tener conocimiento de una política de protección infantil en su lugar de trabajo.
Shapiro, MC. 2014 EEUU	90,0	Estudiantes	-	-	-	-	-	Los resultados mostraron que el módulo de capacitación en línea interactivo era más efectivo que el método basado en conferencias. Además, los estudiantes informaron que el módulo interactivo de capacitación en línea era atractivo y un recurso útil, pero en promedio no lo prefirieron como un reemplazo total para el enfoque basado en conferencias.
Hashim R, Al-Ani A. 2013 Emiratos Arabes Unidos	94	Estudiantes	135	443	-	-	506	Los resultados indicaron que había una falta de conocimiento del procedimiento de informe, signos de abuso físico y los indicadores sociales entre todos los encuestados. Más del 80% de los estudiantes estuvieron de acuerdo en que los dentistas deberían ser legalmente obligados a denunciar casos de abuso y un alto porcentaje (94,3%) de los participantes creían tener el deber ético de notificar el abuso infantil. La mayoría de los estudiantes indicaron que su escuela dental era la principal fuente de información sobre este tema. La mayoría de los encuestados expresó la necesidad de más capacitación.
Laud A. 2013 Grecia	83	Odontólogo	54%	46%	47abuso 25negligencia	6	-	Solo el 21% de los encuestados recibió capacitación sobre protección infantil a nivel de pregrado. La sospecha de abuso fue del 13% y la sospecha de negligencia fue del 35%. Solo seis de los 368 encuestados hicieron un informe oficial de un caso sospechoso de maltrato infantil. La razón más común que podría evitar que un dentista denunciara un caso fue la duda sobre el diagnóstico (44%). El 97% de los dentistas cree que el reconocimiento y la referencia de incidentes deben ser parte de la formación de pregrado.
Sousa Azevedo,M. 2012 Brasil	68	Odontólogo	89	98	25	6	-	71,9% informaron que trataban niños. La mayoría de los dentistas creían que podían detectar casos de abuso infantil (78,7%), pero el 85,7% nunca lo había sospechado. Entre los que tenía dudas de maltrato, el 76,0% no informaron los casos a las autoridades. No se observaron diferencias entre sexos, años de graduación, tipos de licenciatura y la frecuencia con la que se trató a los niños. Sin embargo, la mayoría de los dentistas que admitieron haber sospechado casos de maltrato.
Ante J. 2012 Croacia	74,9	Estudiantes	153	391	-	-	-	33,6% tenían algún conocimiento sobre abuso y negligencia infantil por sus clases. Existe una falta de conocimiento de los signos de sospecha de abuso físico y sexual de los niños. Los estudiantes de cursos superiores mostraron una mayor cantidad de conocimiento relacionado con el abuso y la negligencia infantil en comparación con los estudiantes de cursos inferiores.
Fierro Monti, C. 2012 Chile	78	Odontólogo	18	35	23	13	-	Del 43,3% que declaraba haber sospechado alguna vez encontrarse ante un caso de maltrato infantil, sólo el 56,5% lo había denunciado. Se encontró diferencia significativa al relacionar las variables de género y conocimiento, siendo mayor el conocimiento en las mujeres. Sin embargo entre las variables género y actitud no hubo diferencia.
El Sarraf, M. C. 2012 Brasil	33	Odontopediatra	8	61	36%	12%	73%	El 55% de los profesionales pensaban que podían identificar el abuso infantil, el 36% pensaban que no podían y el 9% no sabían. Aunque el 73% sabía que reportar incidentes de abuso es obligatorio, solo el 48% respondió que reportarían los casos de abuso a las autoridades pertinentes. Aunque el 36% de los dentistas pediátricos informaron haber visto casos sospechosos de abuso, solo aproximadamente el 12% informó de tales casos a las autoridades. Los signos de abuso más frecuentemente mencionados fueron hematoma en todo el cuerpo (61%) y cambios de comportamiento (53%). Las lesiones en la cara, la boca y los dientes fueron citadas por solo el 17% de los profesionales.
Sonbol, H.N. 2012 Jordania	64	Odontólogo	160	96	127	31	-	El 34% informaron haber recibido formación para reconocer y denunciar el abuso infantil, y el 42% recibió más formación posterior a la educación continua sobre el tema. La mitad de los dentistas tuvieron sospecha de al menos un caso de abuso infantil en los últimos 5 años, pero solo el 12% informaron sus sospechas. Las principales razones para no notificar la sospecha de abuso fueron el temor de la ira de los padres (43%), la incertidumbre sobre el diagnóstico (41%) y la incertidumbre sobre los procedimientos de derivación (41%). Aquellos dentistas que habían recibido formación complementaria y cursos de postgrado en abuso infantil tuvieron significativamente más probabilidades de reportar sospechas. Las mujeres tenían una tasa de acierto ligeramente superior a los hombres, sobretodo si habían recibido más formación o leían literatura al respecto.
Harris, J. C. 2011 Reino Unido	46,7	Odontólogo	151	113	-	-	-	Casi 2/3 de los participantes (63,4%) recordaron haber recibido el manual del Equipo Dental de Protección Infantil (MEDPI) o haber visto el sitio web y casi todos lo habían usado, mirado o leído y se sintieron capaces de acceder a él si era necesario. De los 265 usuarios, el 76,2% consideró que había mejorado su conocimiento sobre la protección infantil, el 60,5% había adoptado una política de protección infantil y el 25,8% una capacitación adicional como resultado del uso del recurso educativo.



Newcity, A. 2011 EEUU	19,6	Odontólogo	451	220	239	47	90%	El 90% de los odontólogos conocía su obligación legal de informar casos de maltrato infantil, y el 66,5% no supo decir cuál era la agencia apropiada para informar tales casos. Los dentistas que respondieron se encontraron con 239 casos de negligencia infantil. Un 22% de los casos sospechosos fueron notificados a las autoridades. El 43% de los casos confirmados se informaron, lo que representa un aumento significativo en comparación con la encuesta de 1975. Un menor número de dentistas habían visto y notificado casos sospechosos y confirmados de abuso en comparación con los hallazgos de 1975. El factor más poderoso de predicción para ver y reportar casos de negligencia infantil fue la participación del dentista en cursos de educación continua sobre el maltrato infantil; así como ser más joven, odontopediatra, aquellos que trataban traumas orofaciales o pacientes de nivel socioeconómico bajo. La fuente más común de educación sobre el maltrato infantil fue la literatura dental, seguida de educación predoctoral y la educación continua. El 74% de los dentistas se sintieron cómodos con las preguntas sobre el maltrato infantil; sin embargo, el 51% consideró que necesitaban más educación sobre el maltrato infantil.
Kirankumar, S.V. 2011 India	100	Médicos y estudiantes de medicina	-	-	-	-	-	En lo referente a los resultados del estudio, los conocimientos de los profesionales médicos sobre el abuso y la negligencia infantil eran bajos, así mismo eran pocos los conocimientos hacia la misma problemática, de acuerdo con el código de conducta y la ley. Igualmente manifestaron que la información y material para educación disponibles era escaso
Al-Jundi SH 2010 Jordania	91	Estudiantes	162	279	-	-	362	Los resultados indicaron una gran falta de conocimiento de los indicadores sociales, signos de abuso físico y procedimiento de informe entre todos los encuestados, sin diferencias significativas entre los estudiantes de posgrado y de pregrado. La mayoría de los estudiantes indicaron que su escuela dental era la principal fuente de información sobre este tema; sin embargo, algunos postgraduados informaron haber obtenido más información de fuentes extracurriculares.
Uldum, B. 2010 Dinamarca	76,3	Odontólogo e higienista dental	333	799	433	273	-	El 38.3% sospecharon alguna vez abuso o negligencia infantil. De los que señalaron haber tenido esta sospecha, el 33.9% la había notificado a los servicios sociales. Las barreras informadas con mayor frecuencia para derivar la sospecha a los servicios sociales fueron la incertidumbre sobre las observaciones, el temor a la violencia en la familia hacia el niño y la falta de conocimiento sobre los procedimientos de notificación. La mayoría de los encuestados expresó sentir necesidad de una mayor educación.
Al-Habsi, S. A. 2009 Reino Unido	46	Odontólogo	-	-	33	15	-	El 15% de los dentistas habían visto al menos un paciente con sospecha de abuso infantil en los últimos seis meses, pero solo alrededor del 7% derivaron o denunciaron los casos a los servicios de protección infantil. Las razones para que los dentistas no denuncien estos casos incluyen: miedo al impacto en la práctica (10%); miedo a la violencia hacia el niño (66%; 69/105); temor a un litigio (28%); miedo a la violencia familiar contra ellos (26%); miedo a las consecuencias para el niño (56%); falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación (68%); y falta de certeza sobre el diagnóstico (86%).
Noor Owais, A. I. 2009 Jordania	68,4	Odontólogo	225	117	210	100	165	Los dentistas eran más conscientes de sus obligaciones éticas (80%) que de sus responsabilidades legales (71%). Un tercio de los dentistas encuestados sabía dónde informar los casos sospechosos. Aunque el 42% de los dentistas sospecharon casos de abuso infantil, solo el 20% de ellos informaron estos casos. Las razones citadas con mayor frecuencia para vacilar al informar tales casos fueron la falta de antecedentes (76%), la incertidumbre sobre el diagnóstico (73%) y las posibles consecuencias para el niño (66%).
Bankole, O. 2008 Nigeria	85,5	Odontólogo	71	104	69	12	59,4%	La mayoría de los encuestados habían sospechado sobre algún caso de niño maltratado y la mayoría estarían dispuestos a denunciar si se encontraran con algún caso y de igual manera dejarían constancia de registros en la historia clínica. En este estudio se analizaban diferentes tipos de maltrato y eran las mujeres las que más capacidad tenían de reconocerlos; en cambio eran las que no sabían en mayor número que el maltrato infantil es más frecuente en ciertos grupos socioeconómicos, que estaban obligadas a notificar los casos de sospecha y que podían actuar como testigos en caso de ser requeridas.
Manea, S. 2007 Italia	95,49	Odontólogos y estudiantes	67	39	20	3	-	Los dentistas tenían la percepción de que su conocimiento y experiencia en este tema eran bajos, y su actitud para enfrentarse a la problemática de acuerdo con el código de conducta y las leyes era deficiente. La información disponible y la educación también eran deficientes. La educación afectaba a la detección y la notificación de casos de una manera relevante. En dicho estudio resalta de manera significativa la relación entre el sexo femenino, estando muy relacionado con la actitud y la percepción del conocimiento del maltrato infantil y su detección. El 91% consideran que la detección no es solo cosa de los odontopediatras, sino de todo el colectivo. El 15% consideran las lesiones en cabeza y cuello como manifestaciones de posible maltrato infantil, y que consisten entre el 50 y 75% de las lesiones por abuso físico. El 39% reconoce las petequias en el paladar como posibles lesiones de agresión sexual.
Thomas, J. E. 2006 EEUU	44%D 35% H 55% EO 77% EH	Dentistas Higienistas Estudiantes Odontología EstudiantesHigiene D	81% D 1% H 50% EO	19% D 99% H 50% EO 100% EH	-	20% D 8% H 2% EO 1% EH	83% profesional es 73% estudiantes	El 20% de los dentistas (D) y el 9% de los higienistas dentales (H) informaron al menos 1 caso de sospecha de abuso infantil. El 83% de los profesionales sabían que tenían que informar los casos sospechosos de abuso infantil, pero solo el 73% de los estudiantes sabían su responsabilidad legal. Además, solo el 28% de los profesionales y el 18% de los estudiantes (EO y (EH)sabían dónde denunciar. En comparación con los estudiantes, los profesionales tenían más conocimientos sobre el diagnóstico de maltrato infantil, mientras que los estudiantes tenían más conocimientos sobre los signos de abuso sexual. Sin embargo, los profesionales estaban desinformados sobre que el hecho de no informar sospechas de abuso era un delito menor.
Thomas, J.E. 2006 EEUU	54,82%	Estudiantes de higiene dental y odontología	116 EO	117 EO 76 EH	-	-	-	El 94,7% de los higienistas y el 70,5% de los estudiantes de odontología habían recibido conocimientos sobre abuso/negligencia infantil. El 15,8% de higienistas y el 29,3% de los estudiantes de odontología informaron haberlo aprendido en prácticas clínicas. Los estudiantes de odontología afirmaron haber recibido más tiempo de formación. Solo el 5,5% de los estudiantes de odontología y el 16,7% de los estudiantes de higiene dental definieron el abuso infantil correctamente. 32,2% de los estudiantes de odontología y el 13,2% de los estudiantes de higiene dental no conocían su responsabilidad legal con respecto al reporte de abuso infantil; y el 82,4% de los estudiantes de odontología y el 78,9% de los estudiantes de higiene dental no sabían dónde denunciarlo.
Cairns, A.M. 2005 Reino Unido	75%	Odontólogo	-	-	29%	8%	-	Solo el 19% de los encuestados recordaba alguna formación de pregrado y el 16% había asistido a una conferencia o seminario de posgrado en protección infantil. El 29% de los dentistas había visto al menos un caso sospechoso en su carrera. Solo el 8% de los casos sospechosos fueron remitidos a las autoridades correspondientes. Respecto a las razones de la falta de referencia se vio que el 11% estaba preocupado por un impacto negativo en su práctica, el 34% temía la violencia familiar hacia el niño, el 31% temía la violencia dirigida contra ellos y el 48% temía por un litigio. Solo el 10% de los dentistas había recibido una copia de las pautas locales de protección infantil previo al estudio y solo el 15% había visto sus Pautas del Comité de Protección Infantil (ACPC) a través de cualquier ruta.
Welbury, R.R 2001 Reino Unido	39%	Odontólogo	80%	20%	-	-	-	El 80% informó que el programa había mejorado su conocimiento de lesiones no accidentales y el 67.5% consideró que su conocimiento clínico y reconocimiento de los signos orofaciales de dicho tipo de lesiones habían mejorado después de usar el programa.
Vijay J. 1999 Australia	65,40%	Odontólogo	-	-	-	-	-	Los participantes mostraron un alto nivel de interés respecto al maltrato infantil, se observó la necesidad de más información y capacitación en su reconocimiento y denuncia. Casi todos los dentistas (88-100%) identificaron el abuso emocional y el abuso físico como formas de abuso infantil. El abuso sexual (33%) no se identificó como frecuente y relativamente pocos dentistas identificaron el abandono como una forma de abuso (20%). El 28% de los dentistas informaron que habían sospechado de abuso infantil en uno o más de sus pacientes
Kilpatrick, N. M. 1999 Australia	64,21%	Odontólogo	-	-	-	-	-	Todos los odontólogos identificaban el maltrato físico y la mayoría el emocional, pero ninguno las 5 formas de maltrato. El 58% de los odontopediatras sospecharon casos de maltrato respecto al 24% de los odontólogos generales. Solo 20 odontopediatras y 7 odontólogos generales informaron de algunos casos. La principal razón para no informar fue la confidencialidad. El 72% de los odontólogos generales no conocía su obligación legal o con quien consultar cualquier preocupación. El 50% de los odontopediatras tenía similar inseguridad.
Ramos-Gomez F. 1998 EEUU	13%	Odontólogo	-	-	320	119	64%	Es posible que los resultados de nuestra encuesta estén sesgados en que la tasa de respuesta fue solo del 13%. 16% habían visto o sospechado un caso de abuso infantil. 64% conocía su deber legal; de informar de un caso sospechoso de maltrato o negligencia pero el 59% de los encuestados desconocían las consecuencias legales de no reportar la sospecha de abuso o negligencia infantil. 84% habían leído sobre este tema, solo el 28% recibió capacitación formal. Aunque los encuestados informaron que estaban familiarizados con los signos y síntomas de abuso y negligencia infantil, así como con sus patrones demográficos y su presentación clínica, su conocimiento de los problemas legales y éticos era incompleto.

Tabla nº3. resumen los estudios sobre conocimientos acerca del maltrato infantil en profesionales de la odontología en los últimos 20 años.



# 3. Justificación Hipótesis y Objetivos

---

## 3.1 JUSTIFICACIÓN

El dentista en general y el odontopediatra en particular, tienen un papel importante en la detección del maltrato infantil, toda vez que atienden a pacientes infantiles y el menor maltratado suele serlo antes de los 3 años. Por otra parte, las agresiones se producen con mucha frecuencia, entre el 60-70%, a nivel craneofacial, que es el área de trabajo y observación obligada del dentista. El odontopediatra además está habituado a observar y considerar la relación que muestran padres e hijos y la conducta social del niño por las implicaciones que pudiera tener sobre el tratamiento dental y suele atender a su paciente desde la infancia hasta la adolescencia y por tanto puede ser el primero en identificar manifestaciones de maltrato tanto físicas como emocionales.

El dentista debe ser capaz de identificar correctamente los signos de malos tratos que un niño puede presentar en la cabeza, cara, la boca y el cuello y debe saber cómo ha de proceder para notificar o dar parte de las lesiones y la sospecha de que exista maltrato infantil. Es más, todo el equipo dental debe conocer su implicación y obligación como ciudadanos y en especial como profesionales sanitarios. Así mismo, es de vital importancia que conozcan los mecanismos de actuación y estén preparados para enfrentarse a una situación que de otra manera puede generar tensión e incertidumbre y desembocar en una omisión del deber.

Los estudios respecto al maltrato infantil y la odontología consideran que hay una falta de información con respecto al reconocimiento y denuncia del abuso físico infantil, así como la capacidad de identificar víctimas. Se ha visto que existe una relación entre la formación recibida, la intención de informar y la actitud profesional ante el maltrato infantil.

Sin embargo, no se ha estudiado hasta el momento en nuestro entorno, cuál es el nivel de conocimientos y la actitud de los dentistas sobre los diferentes aspectos y características del maltrato infantil, así como sobre las repercusiones y mecanismos disponibles para la denuncia de casos de maltrato infantil.



### **3.2 HIPÓTESIS**

La hipótesis de trabajo de nuestro estudio considera que los dentistas de nuestro entorno, tienen la formación necesaria para reconocer las señales y signos de maltrato infantil, y están informados sobre cómo deben proceder ante una sospecha de maltrato infantil.

Se plantea como hipótesis nula alternativa que el conocimiento de los dentistas de nuestro entorno sobre las señales y signos de maltrato es insuficiente y existe desinformación sobre como se debe proceder ante una sospecha de maltrato infantil.



### 3.3 OBJETIVOS

Para contrastar la hipótesis propuesta, se han establecido los siguientes objetivos

#### **Objetivo general:**

- Analizar el conocimiento por parte de los profesionales de los aspectos más relevantes del maltrato infantil en el contexto dental.

#### **Objetivos específicos:**

- Evaluar si los profesionales reconocen las señales asociadas con el maltrato infantil.
- Analizar si existe alguna diferencia entre los conocimientos y actitudes en función del género.
- Analizar si existe alguna diferencia entre los conocimientos y actitudes en función de la edad y tiempo transcurrido desde el comienzo del ejercicio profesional.
- Analizar si existe alguna diferencia entre los conocimientos y actitudes en función de la formación académica recibida.
- Establecer si los dentistas conocen sus obligaciones y los pasos a seguir en caso de sospecha de maltrato infantil
- Investigar qué opinan los profesionales sobre su formación en los aspectos relativos al maltrato infantil.



## 4. Material y Métodos

---

El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universidad de Valencia, con el número de procedimiento H 1411735083687, al considerar que respetaba los principios establecidos en la Declaración de Helsinki relativos a los derechos humanos y cumplía con los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética (Anexo 4.).

### 4.1 MUESTRA

La **población de estudio** se conformó en base a un reclutamiento consecutivo de dentistas durante el periodo comprendido entre abril de 2015 y mayo de 2018, que cumplieran los siguientes requisitos:

*Criterios de inclusión:*

1. Ser odontólogo licenciado o graduado, o médico estomatólogo.
2. Estar colegiado en el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia (ICOEV).

Se excluyeron por tanto estudiantes de pregrado y dentistas que no fueran colegiados del ICOEV.

La muestra se constituyó a partir de una **población de referencia** en base a 2.511 profesionales colegiados en el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia (ICOEV). Se realizó un muestreo casual, aprovechando encuentros formativos y lúdicos del Ilustre Colegio de Odontólogos de Valencia (ICOEV) y del Centro de Estudios del mismo, para hacer entrega de la encuesta personalmente y a la salida del encuentro o curso se realizaba la recogida de los consentimientos informados y de la encuesta.

El tamaño muestral del estudio se determinó en base a la población de referencia. Se estableció que para tener una potencia suficiente que permitiese establecer diferencias

estadísticamente significativas asumiendo un riesgo alfa de 0,05 y una potencia del 90%, el tamaño muestral debería de ser de al menos 182 encuestas.

Teniendo en cuenta los posibles abandonos que pudieran acontecer a lo largo del estudio, el cálculo total de sujetos del estudio se hizo en base a un 20% adicional que permitiese compensar dichos abandonos. Por todo ello, se estableció un tamaño muestral deseable de 218 encuestas.

Los profesionales considerados **población elegible**, eran informados por la investigadora sobre el objetivo y las características del estudio, y el carácter voluntario de su participación. A los que mostraban disposición a participar, se les entregaba, además, la información escrita junto al consentimiento informado (Anexo 5) que debían firmar y devolver junto al cuestionario cumplimentado. El cuestionario era anónimo y llevaba una numeración que coincidía con la del consentimiento informado, para poder archivar por separado tras su recogida y mantener así la confidencialidad de los datos. Aquellos dentistas que decidieron participar finalmente en el estudio constituyeron la **población de estudio**.

## 4.2 MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio observacional transversal se diseñó un cuestionario que se entregaba en mano, pudiendo los profesionales realizar preguntas incluso declinar su participación en el estudio. El cuestionario llevaba adjunta una carta de presentación que explicaba el propósito del estudio y los términos, así como que su participación era voluntaria, y un consentimiento informado asegurando que la información proporcionada se mantendría confidencial y el propio cuestionario en sí. La entrega del cuestionario se hacía directamente, ocupándose el investigador de evitar que el mismo dentista completara el cuestionario más de una vez.

### 4.2.1. DISEÑO DEL CUESTIONARIO

A partir de la búsqueda electrónica estructurada que se llevó a cabo para analizar el papel del dentista en el reconocimiento del abuso y la negligencia infantil, se identificaron los artículos que adjuntaban el cuestionario empleado. El resultado del análisis de estos estudios nos llevó a conformar un cuestionario con 31 ítems, que estaban diseñados para obtener información relativa al maltrato infantil y odontología.

Una vez redactadas las preguntas y estructurado el cuestionario, se realizó la prueba piloto o pre-test con 30 odontólogos. Las preguntas, que podían ser de tipo cerrado y de elección múltiple con respuestas graduadas en intensidad o con abanico de opciones, estaban orientadas a obtener información relativa a la educación de los dentistas y percepciones sobre el abuso infantil, la capacidad de reconocer los signos de abuso de menores, y su experiencia y actitudes en notificar los casos sospechosos a las autoridades pertinentes.

Las preguntas se encontraban distribuidas en 5 bloques: datos demográficos, conocimientos generales sobre el maltrato, signos y síntomas relacionados con el mismo, conocimientos acerca de la responsabilidad legal de los profesionales ante posibles casos de maltrato, si habían tenido sospechas de casos de maltrato y cuál había sido la actuación de los profesionales y por último, si los odontólogos consideraban que necesitaban o no más formación sobre el tema.

Para cada pregunta se establecieron las respuestas consideradas acertadas (Anexo 6) en base a la información recuperada en la búsqueda bibliográfica.

Como resultado de este pre test se constató que las preguntas estaban bien definidas y se consideró innecesario hacer cambios en la redacción.

### **4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico de los datos se realizó empleando el programa de cálculo IBM® SPSS® Statistics versión 21.00.

El sujeto fue considerado como la unidad de análisis.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables analizadas. Se determinó la normalidad de distribución mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En aquellas variables con distribución normal se aplicaron test paramétricos, mientras que en aquellas que no lo cumplían se aplicaron test no paramétricos. El nivel de significación para la obtención de diferencias significativas se estableció en  $p < 0,05$ .



# 5. Resultados

## 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

De los 300 cuestionarios entregados se recuperaron 210 cumplimentados y con los documentos adjuntos debidamente firmados. Se recuperaron incompletos 90 cuestionarios, de los que 26 no adjuntaron el documento de consentimiento informado, 39 estaban en blanco, y 25 estaban mal cumplimentados con diferentes respuestas marcadas, no pudiendo ser valorados. La tasa de respuesta fue del 75% (Figura 2).

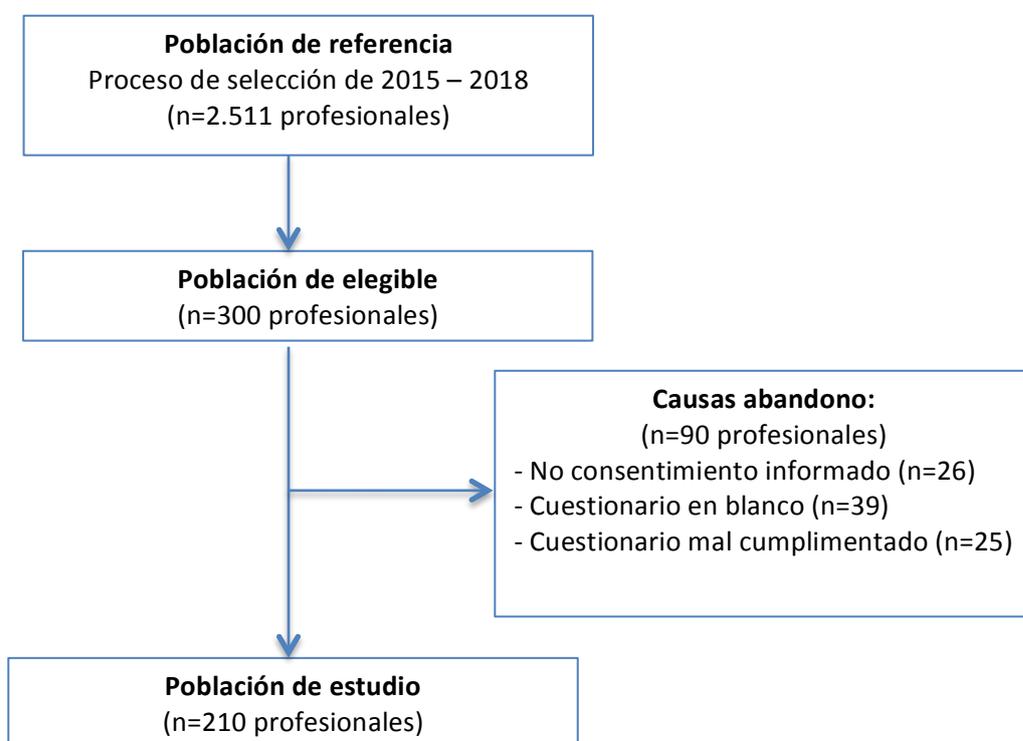


Figura 2. Diagrama de flujo.

De los 210 encuestados, el 75,2% eran mujeres y el 24,8% hombres.

Dentro de los **intervalos de edad** analizados, el grupo mayoritario lo comprende la cohorte de edad comprendida entre el intervalo de 28 a 40 años (44,3%), seguido de la cohorte de menores de 28 años (39,0%) y la cohorte de entre 40 y 50 años (8,6%). La cohorte de edad con menor tasa de respuesta al cuestionario fue la de mayores de 51 años (7,6%) (Figura 3).

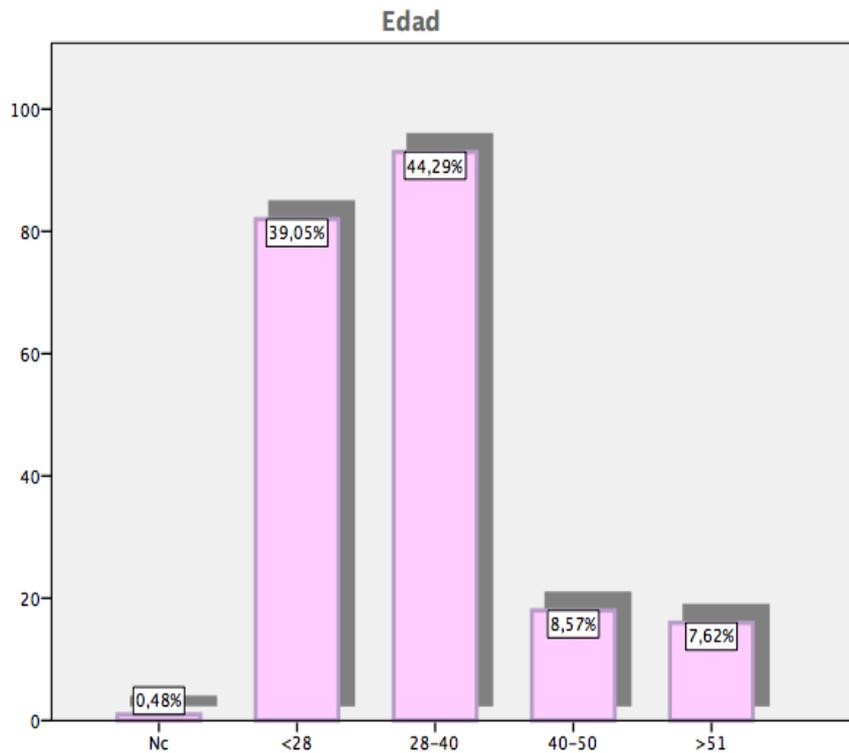


Figura 3. Distribución de la muestra según los intervalos de edad.

En lo que refiere a la **experiencia profesional**, la mayoría de los encuestados presentan una experiencia laboral menor de 5 años (47,1%). El 29% de los encuestados tiene una experiencia laboral entre 6 y 10 años. El resto se divide entre una experiencia entre 11 y 20 años (11,5%) y una experiencia de más de 21 años (11,5%). (Figura 4)

### Años de práctica

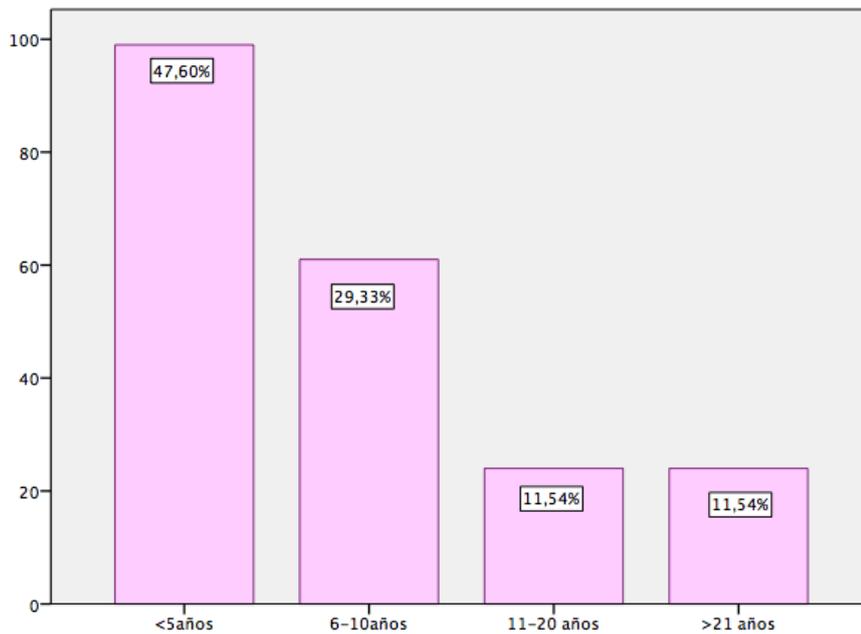


Figura 4. Distribución de la muestra según los años de experiencia profesional.

La mayoría de los encuestados refieren haber recibido una **formación complementaria de postgrado** además de los estudios de pregrado en odontología (Tabla 4). La formación complementaria se distribuye entre másteres (74,7%), y doctorados (12,0%). De entre los encuestados el 13,3% refiere no haber realizado formación complementaria. (Figura 5 y Tabla 4)

En lo que se refiere a los diferentes ámbitos de la formación odontológica, se podían distinguir 11 tipos diferentes de estudios especializados; de entre los cuales el grupo mayoritario lo comprende el área de odontopediatría (18,1%), seguido por endodoncia (12,4%). El resto de áreas constituyeron: ortodoncia (8,6%), prostodoncia (8,1%), cirugía e implantes (7,6%), periodoncia (4,3%), atención a pacientes especiales (2,9%), medicina bucal (2,9%), estética (1,9%), investigación en ciencias odontológicas (1,0%) y, odontología comunitaria (1,0%). El grupo minoritario lo comprende el área de restauradora (0,5%) . Entre los encuestados un total del 21% no respondieron a este ítem. El 10% manifestaron haber recibido formación en diferentes áreas de la odontología. (Figura 6 y Tabla 4).

### Master o Doctorado

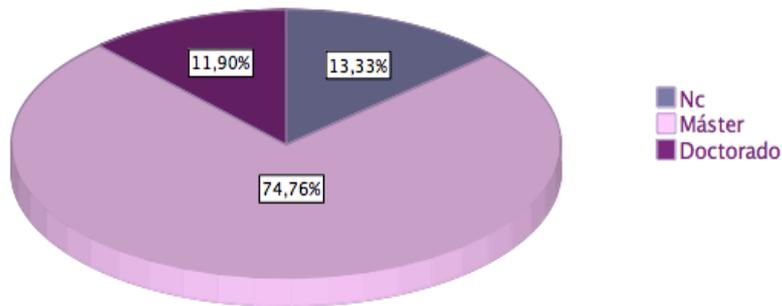


Figura 5. Formación complementaria de estudios de postgrado: Máster y Doctorado.

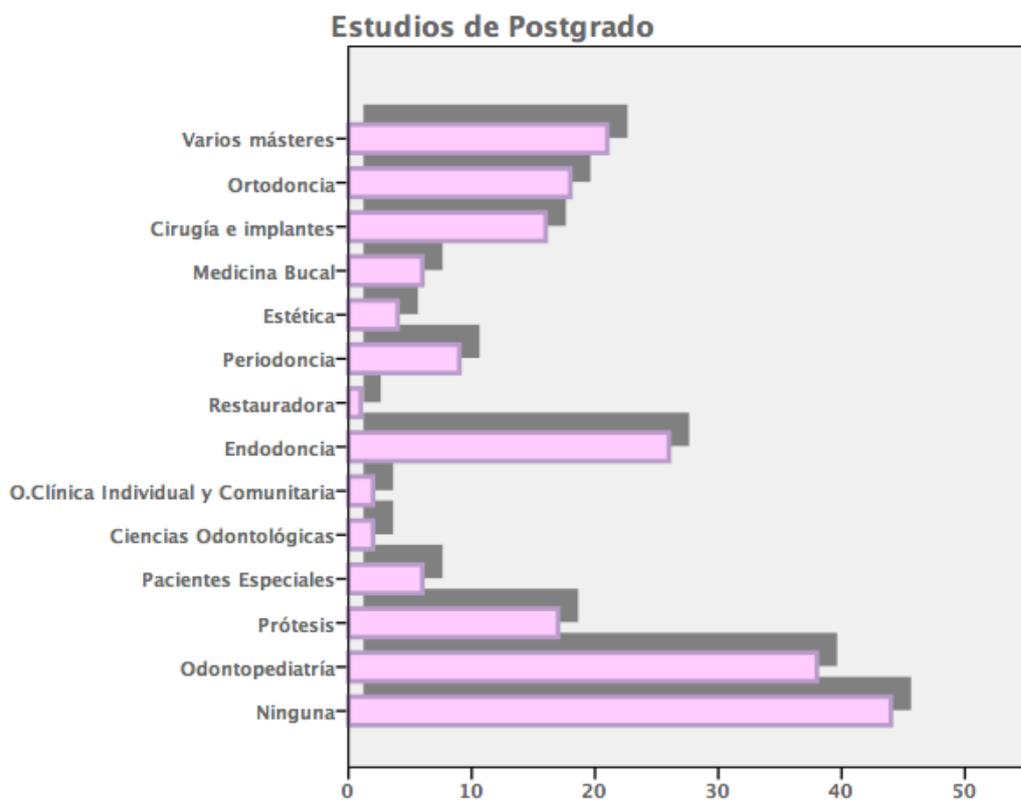


Figura 6. Estudios de postgrado por áreas .

Respecto a la frecuencia en la *atención a pacientes pediátricos*, el 32,4% de los encuestados refiere tratar a niños de forma diaria en su práctica profesional mientras que, el 44,8% los trata de forma ocasional. De entre los encuestados, un 7,6% refiere no trabajar con niños.

En la tabla 4 se resumen las características de la muestra del estudio.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA			
(N=210)		Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>	Hombre	52	24,8%
	Mujer	158	75,2%
<b>Edad</b>	<28	82	39,0%
	28-40	93	44,3%
	40-50	18	8,6%
	>51	16	7,6%
<b>Años de práctica</b>	<5	99	47,6%
	6-10	61	29,3%
	11-20	24	11,5%
	>21	24	11,5%
<b>Formación complementaria</b>	No	31	14,8%
	Si	179	85,2%
	Master	157	74,8%
	Doctorado	25	11,9%
<b>Postgrado</b>	Odontopediatría	38	18,1%
	Prótesis	17	8,1%
	Endondocia	26	12,4%
	Restauradora	1	0,5%
	Periodocia	9	4,3%
	Estética	4	1,9%
	Medicina Oral	6	2,9%
	Cirugía e implantes	16	7,6%
	Ortodocia	18	8,6%
	Varios	21	10,0%
	Especiales	6	2,9%
	Ciencias Odontológicas	2	1,0%
	Odontología Clínica Individual y Comunitaria	2	1,0%
<b>Tratan a niños</b>	Todos los días	68	32,4%
	1 a la semana	32	15,2%
	Ocasionalmente	94	44,8%
	Nunca	16	7,6%

Tabla 4. Caracterización de la muestra.

## 5.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RESPUESTAS EN EL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS

### 5.2.1 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS GENERALES, INDICADORES Y SEÑALES

#### Pregunta 6: Relación nivel pobreza con el maltrato infantil.

Al analizar la primera pregunta del bloque sobre conocimientos del maltrato, las respuestas a la afirmación **“El maltrato infantil se relaciona con el nivel de pobreza”** fueron: 13 contestaron estar muy de acuerdo con la afirmación (6,2%), 78 estaban de acuerdo (37,1%), 35 se mostraron indiferentes (16,7%), mientras que 67 afirmaron considerar que no había relación (31,9%) y 17 estaban muy en desacuerdo con la afirmación (8,1%).(Tabla 5)

Entre los encuestados, 91 señalaron la respuesta correcta (43,3%).

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	13	6,2
<b>De acuerdo</b>	78	37,1
<b>indiferente</b>	35	16,7
<b>En Desacuerdo</b>	67	31,9
<b>Muy en desacuerdo</b>	17	8,1
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 5. Conocimientos del maltrato infantil y su relación con el nivel de pobre

### Pregunta 7: Víctimas y comunicación temprana.

Respecto a la afirmación *“Los niños que han sido víctima de maltrato, comunican el abuso sufrido a alguien de manera temprana”*, las respuestas de los profesionales fueron: 79 muy en desacuerdo (37,6%), 104 en desacuerdo (49,5%) y solo 1 y 10 estuvieron respectivamente muy de acuerdo (0,5%) y de acuerdo (4,8%). Es decir 183 de los encuestados (87,1%), señalaron la respuesta correcta. (Tabla 6)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy De acuerdo</b>	1	0,5
<b>De acuerdo</b>	10	4,8
<b>Indiferente</b>	15	7,1
<b>En desacuerdo</b>	104	49,5
<b>Muy en desacuerdo</b>	79	37,6
<b>Total</b>	209	99,5
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 6. Conocimientos acerca de la comunicación temprana o no por parte de la víctima de maltrato infantil.

### Preguntas 8 y 9: Notificación en caso de sospecha y falta atención ante la necesidad de tratamiento-maltrato infantil.

A la pregunta 8 *“En caso de sospecha de maltrato infantil se debe actuar”*, el 100% de los encuestados contestaron que estaban de acuerdo o muy de acuerdo.

Cuando a los profesionales se les preguntó sobre si *la falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño*, se considera maltrato infantil, las respuestas fueron: 52,4% muy de acuerdo, 38,1% de acuerdo, 5,7% indiferente, 1,4% en desacuerdo y 1,9% muy en desacuerdo.

De los encuestados, 110 estaban muy de acuerdo (52,4%) y 80 de acuerdo (38,1%). En total podemos decir que 190 de los encuestados (90,05%) consideran que el desatender las necesidades de tratamiento que requiera un niño por parte de sus progenitores o tutores, puede considerarse como maltrato infantil. La tabla 7 muestra los porcentajes correspondientes.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	110	52,4
<b>De acuerdo</b>	80	38,1
<b>Indiferente</b>	12	5,7
<b>En desacuerdo</b>	3	1,4
<b>Muy en desacuerdo</b>	4	1,9
<b>Total</b>	209	99,5
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 7. Conocimientos sobre el maltrato infantil y la falta de atención médica al menor.

### Pregunta 10: Lesión en cabeza y cuello.

El segundo bloque de preguntas respecto a los signos y síntomas de maltrato infantil, comenzaba con la pregunta **“Entre el 50 y 75% de las lesiones ocurren en cabeza y cuello”** y las respuestas dadas por los odontólogos fueron: 34 muy de acuerdo (16,2%), 80 de acuerdo (38,1%), 51 indiferente (24,3%), 35 se mostraron en desacuerdo (16,5%) y 5 muy en desacuerdo (2,4%).

En resumen, 114 encuestados (54,3%) señalaron la respuesta correcta, en contraposición a 40 (19,1%) que se mostraron en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	34	16,2
<b>De acuerdo</b>	80	38,1
<b>Indiferente</b>	51	24,3
<b>En desacuerdo</b>	35	16,7
<b>Muy en desacuerdo</b>	5	2,4
<b>Total</b>	205	97,6
<b>Perdidos</b>	5	2,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 8. Conocimientos sobre las lesiones en cabeza y cuello en el maltrato infantil

### Pregunta 11: Presencia de daños en la mejilla.

Analizando las respuestas obtenidas para la pregunta, *“La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado”*, las respuestas fueron: 48 estaban muy de acuerdo (22,9%), 97 de acuerdo (46,2%), 45 indiferente (21,4%), y 17 se mostraron en desacuerdo (8,1%)

El 70% eligió la respuesta correcta. (Tabla 9)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	48	22,9
<b>De acuerdo</b>	97	46,2
<b>Indiferente</b>	45	21,4
<b>En desacuerdo</b>	17	8,1
<b>Total</b>	207	98,6
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 9. Conocimientos sobre el maltrato infantil y la presencia de daños en la mejilla.

**Pregunta 12: Dificultad de diferenciar ente lesión accidental y lesión provocada.**

Si se coteja la respuesta obtenida a si **“Resulta difícil diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no”** , 21 se mostraron muy de acuerdo (10%), 106 de acuerdo (50,5%), 21 indiferente (10%), 56 en desacuerdo (26,7%) y 3 muy en desacuerdo (1,4%). De entre los encuestados, sólo 3 no respondieron a esta pregunta. Los resultados se muestran en la tabla 10.

De los encuestados, un total de 127 eligieron una respuesta no correcta (61,4%) .

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	21	10,0
<b>De acuerdo</b>	106	50,5
<b>Indiferente</b>	21	10,0
<b>En desacuerdo</b>	56	26,7
<b>Muy en desacuerdo</b>	3	1,4
<b>Total</b>	207	98,6
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 10. Conocimientos sobre la diferenciación entre una lesión accidental y una provocada.

**Pregunta 13: Existencia de relación entre negligencia dental y negligencia física.**

Si se analizan las respuestas dadas a la pregunta: **“Existe una relación entre negligencia dental y negligencia física”**, los encuestados respondieron: 33 que estaban muy de acuerdo (15,7%), 75 de acuerdo (35,7%), a 66 les resultaba indiferente (31,4%), 24 estaban en desacuerdo (11,4%) y 7 muy en desacuerdo (3,3%). Un total de 5 dentistas no respondieron a esta pregunta. El 31,4% de los encuestados señalaron indiferente.

Solo el 51,4 % eligió la respuesta correcta. (Tabla 11)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	33	15,7
<b>De acuerdo</b>	75	35,7
<b>Indiferente</b>	66	31,4
<b>En desacuerdo</b>	24	11,4
<b>Muy en desacuerdo</b>	7	3,3
<b>Total</b>	205	97,6
<b>Perdidos</b>	5	2,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 11. Conocimientos sobre la relación entre la negligencia dental y la negligencia física.

#### **Pregunta 14: Golpes repetidos en los dientes como indicador de abuso infantil.**

La siguiente respuesta en ser analizada fue **“Los golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil”**.

Los resultados a los que se llegó fueron que el 24 que estaban muy de acuerdo (11,4%), 57 de acuerdo (27,1%), a 58 les resultaba indiferente (27,6%), 60 estaban en desacuerdo (28,6%) y 7 muy en desacuerdo (3,3%). Un total de 4 encuestados no respondieron a esta pregunta y a 58 (27,6%) les resultaba indiferente (Tabla 12).

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	24	11,4
<b>De acuerdo</b>	57	27,1
<b>Indiferente</b>	58	27,6
<b>En desacuerdo</b>	60	28,6
<b>Muy en desacuerdo</b>	7	3,3
<b>Total</b>	206	98,1
<b>Perdidos</b>	4	1,9
Total	210	100,0

Tabla 12. Conocimientos sobre la relación existente entre los golpes repetidos nivel dental y el maltrato infantil .

**Pregunta 15: Sobre la frecuencia con que aparecen daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria**

Cuando a los dentistas se les preguntó sobre si **“Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria”**, el análisis reveló los siguientes resultados: muy de acuerdo para 9 (4,3%), de acuerdo para un total de 33 profesionales (15,7%), indiferente para 41 (19,5%), en desacuerdo 88 (41,9%) y muy en desacuerdo para 37 (17,6%). 2 profesionales no contestaron este ítem.

En resumen solo el 59,5% eligió la respuesta correcta. (Tabla 13)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	9	4,3
<b>De acuerdo</b>	33	15,7
<b>Indiferente</b>	41	19,5
<b>En desacuerdo</b>	88	41,9
<b>Muy en desacuerdo</b>	37	17,6
<b>Total</b>	208	99,0
<b>Perdidos</b>	2	1,0
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 13. Conocimientos sobre la localización de las lesiones durante el juego .

**Pregunta 16: Las quemaduras orales suelen dejar la marca de objetos.**

Si se analizan las respuestas a la pregunta **“Las quemaduras orales suelen dejar la marca de objetos”** los resultados obtenidos fueron los siguientes: 27 estaban muy de acuerdo (12,9%), 78 de acuerdo (37,1%), a 57 les resultaba indiferente (27,1%), 29 estaban en desacuerdo (13,8%) y 14 muy en desacuerdo (13,8%). Un total de 5 dentistas no respondieron a esta pregunta. El porcentaje de aciertos fue del 50%. (Tabla 14)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	27	12,9
<b>De acuerdo</b>	78	37,1
<b>Indiferente</b>	57	27,1
<b>En desacuerdo</b>	29	13,8
<b>Muy en desacuerdo</b>	14	6,7
<b>Perdidos</b>	5	2,4
<b>Total</b>	210	100,0

*Tabla 14. Conocimientos acerca de las quemaduras orales.*

### Pregunta 17: Marcas de mordiscos como signo de sospecha de maltrato infantil

Analizando las respuestas que se obtuvieron sobre *“Las marcas de mordiscos son signos de sospecha de maltrato infantil”*, los resultados a los que se llegó fueron que 32 de los encuestados estaban muy de acuerdo (15,2%), 75 de acuerdo (35,7%), a 51 les resultaba indiferente (24,3%), 45 estaban en desacuerdo (21,4%) y 6 muy en desacuerdo (2,9%). Únicamente 1 dentista no respondió a esta pregunta. (Tabla 15)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	32	15,2
<b>De acuerdo</b>	75	35,7
<b>Indiferente</b>	51	24,3
<b>En desacuerdo</b>	45	21,4
<b>Muy en desacuerdo</b>	6	2,9
<b>Total</b>	209	99,5
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 15. Conocimientos sobre los mordiscos como lesión de maltrato infantil.

### Pregunta 18: Diferencias entre mordedura humana y mordedura animal

Al cotejar la respuesta que se obtuvo sobre si los profesionales consideraban que **“Las mordeduras humanas se diferencian claramente de las de animales”**, 91 afirmaron que estaban muy de acuerdo (43,3%), 80 de acuerdo (38,1%), a 27 les resultaba indiferente (12,9%), 9 estaban en desacuerdo (4,3%) y 2 muy en desacuerdo (1%). Únicamente 1 dentista no respondió a esta pregunta. El porcentaje de respuestas correctas fue del 81,4%. Los resultados se muestran en la tabla 16.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	91	43,3
<b>De acuerdo</b>	80	38,1
<b>Indiferente</b>	27	12,9
<b>En desacuerdo</b>	9	4,3
<b>Muy en desacuerdo</b>	2	1,0
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 16. Conocimientos sobre la diferencia entre un mordisco humano y uno animal.

### Pregunta 19: Petequias o eritema en el paladar como abuso sexual

Si se analizan las respuestas a *“En caso de lesiones como petequias o eritema en el paladar, debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual”*, 58 encuestados señalaron que estaban muy de acuerdo con la afirmación (27,6%), 87 estaban de acuerdo (41,4%), a 29 les resultaba indiferente (13,8%), 20 estaban en desacuerdo (9,5%) y 14 muy en desacuerdo (6,7%). 2 profesionales no respondieron a la pregunta.

Solo el 69% respondió correctamente a esta pregunta. (Tabla 17)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	58	27,6
<b>De acuerdo</b>	87	41,4
<b>Indiferente</b>	29	13,8
<b>En desacuerdo</b>	20	9,5
<b>Muy en desacuerdo</b>	14	6,7
<b>Perdidos</b>	2	1,0
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 17. Conocimientos sobre los mordiscos como lesión de maltrato infantil.

## Pregunta 20: Caries rampante no tratada vs negligencia dental

Analizando las respuestas dadas a la última cuestión de este bloque sobre **“Cuando un niño presenta caries rampante y los padres deciden deliberadamente no tratarlo, se produce una negligencia dental”**: 119 estaban muy de acuerdo con la afirmación (56,7%), 67 estaban de acuerdo (31,9%), a 10 les resultaba indiferente (4,8%), 11 estaban en desacuerdo (5,2%) y 2 muy en desacuerdo. Solo 1 profesional no contestó a la pregunta.

El porcentaje de aciertos fue del 88,6%. Los resultados se muestran en la tabla 18.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	119	56,7
<b>De acuerdo</b>	67	31,9
<b>Indiferente</b>	10	4,8
<b>En desacuerdo</b>	11	5,2
<b>Muy en desacuerdo</b>	2	1,0
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 18. Conocimientos sobre la decisión paterna de no tratar a un menor con caries rampante y su relación con el maltrato infantil.

## 5.2.2 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE DE CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS LEGALES

### Pregunta 21: Deber de actuación ante el maltrato infantil

En el tercer bloque centrado en los conocimientos respecto a la responsabilidad legal ante posibles casos de maltrato infantil, a los profesionales se les hizo en primer lugar dos preguntas acerca de las necesidades de hacer algo ante un posible caso de maltrato: una sobre el deber de actuar y otra sobre la obligación de informar.

Para la primera pregunta **“Los odontólogos/médicos estomatólogos tienen el deber de actuar ante un caso de maltrato”**, los resultados fueron: 194 profesionales consideraron que si tienen el deber de actuar (92,4%), 8 que no tienen tal deber (3,8%), 5 no sabían qué contestar (2,4%), y 3 no respondieron a este ítem (3,8%).

La tasa de respuesta correcta fue del 92,4%. (Tabla 19)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	194	92,4
<b>No</b>	8	3,8
<b>No sabe, no contesta</b>	5	2,4
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 19. Conocimientos sobre el deber de actuación del profesional ante un caos de maltrato infantil.

## Pregunta 22: Obligación de informar ante el maltrato infantil

Al analizar los resultados de la segunda afirmación **“Los odontólogos/médicos estomatólogos están obligados a informar ante un caso de maltrato”**, los resultados fueron: 198 profesionales consideraron que si tienen el deber de actuar (94,3%), 3 que no tienen tal deber (1,4%), 8 no sabían qué contestar (3,8%), y 1 no respondió a este ítem (0,5%).

El 94,3% respondió correctamente a esta pregunta. Los resultados se muestran en la tabla 20.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	198	94,3
<b>No</b>	3	1,4
<b>No sabe, no contesta</b>	8	3,8
<b>Total</b>	209	99,5
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 20. Conocimientos sobre el deber de notificación del profesional ante un caso de maltrato infantil.

### Pregunta 23: Conocimientos sobre donde presentar las notificaciones

Para valorar si los dentistas tenían conocimientos sobre **dónde presentar las notificaciones de sospecha**, se les expusieron diferentes opciones que consistían en: juzgado de guardia o Servicios Sociales, policía, hospital o No sabe/no contesta, con la posibilidad de responder varias opciones.

Los resultados obtenidos a partir del análisis de las respuestas fueron: 118 (56,2%) consideraron que la notificación se podía realizar en un Juzgado de Guardia o en los Servicios Sociales (92 no); 80 (38,1%) que podían notificarlo en la policía (130 no), 26 (12,4%) en el hospital (frente a 184 que no); y 33 (15,7%) no sabía/no contestaban dónde debían notificar un caso de maltrato infantil. (Tabla 21)

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Notificación en Juzgado de Guardia o Servicios Sociales</b>	No	92	43,8
	Si	118	56,2
	Total	210	100,0
<b>Notificación en la policía</b>	No	130	61,9
	Si	80	38,1
	Total	210	100,0
<b>Notificación en el Hospital</b>	No	184	87,6
	Si	26	12,4
	Total	210	100,0
<b>NS/NC donde notificar</b>	No	177	84,3
	Si	33	15,7
	Total	210	100,0

Tabla 21. Conocimientos acerca del lugar donde notificar los casos de sospecha de abuso infantil.

### 5.2.3 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE SOBRE EXPERIENCIA EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL Y ACTUACIÓN

#### Pregunta 24: Sospechas de maltrato infantil

Una de las preguntas realizadas fue si “*alguna vez ha tenido la sospecha de tener ante usted un caso de maltrato infantil*”; ante la cual solo 27 de los 210 encuestados respondieron afirmativamente (12,9%). De lo que extrapola que 182 no había tenido sospechas de haber estado ante un caso de maltrato infantil (86,7%). Los resultados se muestran en la tabla 22.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	27	12,9
<b>No</b>	182	86,7
<b>Perdidos</b>	1	0,5
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 22. Sospecha de los profesionales ante un caso de maltrato.

### Pregunta 25: Denuncia de maltrato infantil

En el análisis de la siguiente cuestión sobre si **“Ha denunciado Ud. Algún caso de maltrato infantil”**, solamente 12 reportaron afirmativamente, que sí que lo habían denunciado (5,7% del total de encuestados). (Tabla 23)

De 27 profesionales que sospecharon, solo 12 denunciaron. Esto supone un 44,4% de actuación por parte de los profesionales que pensaron que podían estar ante un caso de abuso infantil.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	12	5,7
<b>No</b>	196	93,3
<b>Perdidos</b>	2	1,0
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 23. Sospecha de los profesionales ante un caso de maltrato.

### Pregunta 26: Causas por las que no denunciar un caso de maltrato infantil

Para valorar el motivo por el cual los dentistas no denunciaban , se les preguntó **“En caso de que haya estado frente a un posible caso de maltrato infantil y no lo haya denunciado indique por favor el motivo”** y se les dieron las siguientes opciones: desconocimiento del tema, miedo a las represalias familiares, temor a equivocarse, no querer verse envuelto en un proceso legal u otros motivos.

En esta pregunta, nuevamente, los profesionales podían responder varias de las opciones presentadas.

Los motivos más señalados por los profesionales para no denunciar un posible caso de maltrato infantil fueron: 17 por falta de conocimientos (8,1%), 3 por miedo a las represalias familiares (1,4%), 21 por miedo a la equivocación (10%), 2 por temor a verse envueltos en un proceso legal (1%) y 11 por otros motivos.

#### 5.2.4 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE SOBRE LA FORMACIÓN EN DIFERENTES ASPECTOS DEL MALTRATO INFANTIL

En el último bloque del cuestionario para poder evaluar si los profesionales habían o no recibido la suficiente formación acerca del maltrato infantil se les hicieron cuatro preguntas:

- ¿Ha recibido usted la suficiente formación sobre el maltrato infantil y su relación con la odontología?
- ¿Ha recibido usted la suficiente formación sobre la notificación del maltrato infantil?
- ¿Sería capaz con sus conocimientos de actuar como testigo por requerimiento legal en un caso de maltrato infantil?
- ¿Cuáles han sido sus fuentes de aprendizaje sobre el maltrato infantil?

#### Pregunta27: Formación recibida sobre maltrato infantil

Respecto a si *habían recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en relación con la odontología*, los resultados a los que se llegaron fueron que 9 estaban muy de acuerdo (4,3%), 42 estaban de acuerdo (20%), a 18 les resultaba indiferente 8,6%), 96 estaban en desacuerdo (45,7%)y el 42 muy en desacuerdo (20%). 3 profesionales no contestaron a la pregunta.

En resumen de los encuestados, sólo 51 (24,3%) reconocían haber recibido suficiente formación al respecto. Las respuestas se muestran en la tabla 24.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	9	4,3
<b>De acuerdo</b>	42	20,0
<b>Indiferente</b>	18	8,6
<b>En desacuerdo</b>	96	45,7
<b>Muy en desacuerdo</b>	42	20,0
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 24. Opinión de los encuestados sobre si es suficiente su formación acerca del maltrato infantil y su relación con la odontología.

### Pregunta 28: Formación recibida sobre la notificación del maltrato infantil

Al cotejar los resultados de las respuestas a la pregunta si *habían recibido la formación necesaria sobre las notificaciones de maltrato infantil*, éstos fueron: 99 estaban en desacuerdo con la afirmación (47,1%) y el 56 muy en desacuerdo (26,7). Solo 3 estaban muy de acuerdo (1,4%), 26 de acuerdo (12,4%) y a 23 les resultó indiferente (11%). 3 personas no contestaron a la pregunta. (Tabla 25)

De los encuestados, solo 29 (13,8%) creían haber recibido suficiente formación sobre los aspectos de la notificación en casos de maltrato infantil.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	3	1,4
<b>De acuerdo</b>	26	12,4
<b>Indiferente</b>	23	11,0
<b>En desacuerdo</b>	99	47,1
<b>Muy en desacuerdo</b>	56	26,7
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 25. Opinión de los encuestados sobre su formación acerca de los aspectos de notificación en casos de maltrato infantil.

### Pregunta 29: Autovaloración de capacidad para actuar como testigo de un caso de maltrato infantil

Analizando la respuesta hallada respecto a si los profesionales encuestados *se consideran capaces de actuar como testigos ante un caso de maltrato infantil*, las respuestas fueron: 7 muy de acuerdo (3,3%), 45 de acuerdo (21,4%), 48 indiferente (22,9%), 75 en desacuerdo (35,7%) y 32 muy en desacuerdo (15,2%). De entre los encuestados, 3 no respondieron a esta pregunta (1,4%). Las respuestas se muestran en la tabla 26.

En resumen, sólo 52 profesionales (24,7% del total) se consideraban capaces de intervenir como testigos en un caso de maltrato infantil.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy de acuerdo</b>	7	3,3
<b>De acuerdo</b>	45	21,4
<b>Indiferente</b>	48	22,9
<b>En desacuerdo</b>	75	35,7
<b>Muy en desacuerdo</b>	32	15,2
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 26. Autovaloración para actuar como testigo ante un caso de maltrato infantil.

### Pregunta 30: Fuentes de aprendizaje sobre el maltrato infantil

Acercas de las fuentes de formación, a los encuestados se les pidió que marcaran *cuales han sido sus fuentes de aprendizaje sobre el maltrato infantil*, dándoles varias opciones entre las que se incluían: la formación académica recibida, revistas y literatura relacionada, cursos y congreso o reuniones dentales; pudiendo contestar varias de las respuestas.

De las respuestas, se determina que 145 de los encuestados afirmaba haber recibido formación académica (69%), 44 habían leído información relacionada con el tema por medio de literatura o revistas (21%), 13 habían recibido formación sobre el maltrato infantil en cursos de formación continua (6,2%) y, 24 en congresos o reuniones dentales (11,4%).

### Pregunta 31: Deseo de aumentar los conocimientos sobre el maltrato infantil

Por último, ante el análisis de los resultados obtenidos sobre si *“¿Desearía tener más conocimientos acerca de esta problemática y su relación con la odontología?”*, 201 encuestados respondieron que sí (95,7%), frente a 4 que no deseaban aumentar sus conocimientos (1,9%). De entre los encuestados, 2 profesionales (1%) respondieron que no sabían realmente si querían tener más información mientras que 3 de ellos no respondieron a la pregunta (1,4%).

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	201	95,7
<b>No</b>	4	1,9
<b>No sabe, no contesta</b>	2	1,0
<b>Perdidos</b>	3	1,4
<b>Total</b>	210	100,0

Tabla 27. Deseo de aumentar el conocimiento sobre el maltrato infantil vs odontología.



## 5.3 CORRELACIONES

### 5.3.1 RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL

Se encontró relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el sexo del encuestado y el acierto en la respuesta a la pregunta 11, que trata sobre si la presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado. Es decir las mujeres responden acertadamente, de forma significativa, con mayor frecuencia que los hombres.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p = 0,044$ ) entre el género de los encuestados y el acierto en la pregunta 13, que trata sobre si existe una relación entre negligencia dental y negligencia física. Las mujeres responden con acierto, de forma más significativa, con mayor frecuencia que los hombres.

No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre el género de los encuestados y acierto en las respuestas al resto de preguntas del bloque de conocimientos generales sobre el maltrato infantil.

Del mismo modo no se encontró correlación estadísticamente significativa entre el sexo de los encuestados y las preguntas 21, 22, 24 y 25, que hacían referencia a su deber de actuación y notificación, así como de su experiencia personal en el caso de haber tenido sospechas y haberlas o no notificado.

Tampoco se encontró correlación significativa entre la variable sexo de los encuestados y que respondieran negativa o afirmativamente a las preguntas 27, 28 y 29. Es decir, el porcentaje de encuestados que afirmaron haber recibido suficiente formación sobre el maltrato infantil y odontología (pregunta 27), y sobre los aspectos relevantes de la notificación del maltrato infantil (pregunta 28) así como el porcentaje de encuestados que se sienten capaces de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29) fue bajo independientemente del sexo del encuestado.

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 28 que relaciona, mediante chi-cuadrado de Pearson), el sexo de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE EL SEXO DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL				
		Mujer	Hombre	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	66	25	0,645 (p>0,05)
	No	66	18	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	8	3	0,891 (p>0,05)
	No*	137	46	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	157	52	K
	No	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considera maltrato infantil	Si*	145	45	0,367 (p>0,05)
	No	5	2	
	Indiferente	7	5	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	85	29	0,911 (p>0,05)
	No	29	11	
	Indiferente	39	12	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	107	38	<b>0,036</b> <b>(p&lt;0,05)</b>
	No	17	0	
	Indiferente	31	14	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	42	17	0,633 (p>0,05)
	No	98	29	
	Indiferente	15	6	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	81	27	<b>0,044</b> <b>(p&lt;0,05)</b>
	No	28	3	
	indiferente	44	22	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	0	0	0,897 (p>0,05)
	No	111	37	
	indiferente	44	14	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	91	34	0,228 (p>0,05)
	No*	30	12	
	indiferente	42	6	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	74	31	0,298 (p>0,05)
	No	34	9	
	indiferente	45	12	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	78	29	0,729 (p>0,05)
	No	40	11	
	indiferente	39	12	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	125	46	0,429 (p>0,05)
	No	10	1	
	indiferente	22	5	
Ante lesiones como petequias o eritema en el paladar, se debe descartar la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	107	38	0,378 (p>0,05)
	No	24	10	
	indiferente	25	4	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	139	47	0,773 (p>0,05)
	No	11	2	
	indiferente	7	3	
Deber de actuación	Si*	145	49	0,783 (p>0,05)
	No	6	2	
	indiferente	4	1	
Obligación de notificación	Si*	148	50	0,675 (p>0,05)
	No	2	1	
	indiferente	7	1	
Ha tenido sospechas	Si	16	11	0,105 (p>0,05)
	No	141	41	
Ha denunciado	Si	9	3	0,717 (p>0,05)
	No	147	49	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	38	13	0,851 (p>0,05)
	No	103	35	
	indiferente	15	3	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	22	7	0,668 (p>0,05)
	No	119	36	
	indiferente	15	8	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	35	17	0,213 (p>0,05)
	No	87	20	
	indiferente	34	14	

Tabla 28. Relación entre el sexo de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil. (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### 5.3.2 RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL

Se encontró una correlación estadísticamente significativa ( $p=0,01$ ) entre la variable edad de los encuestados y responder acertadamente a la pregunta 10 que indaga sobre si se tiene conocimiento de que entre el 50 a 75% de las lesiones en el maltrato infantil ocurren en la cabeza y en el cuello. Es decir, el grupo de menor edad responde significativamente con mayor acierto a esta pregunta.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,014$ ) entre la edad de los profesionales encuestados y responder correctamente a la pregunta 18, que cuestiona si se conocen las características sobre las diferencias entre mordeduras humanas y las de animales. Es decir, el grupo de edad comprendida entre 28- y 40 años es el que responde con mayor acierto la cuestión.

Así mismo, existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre la edad de los profesionales encuestados y que respondieran negativa o afirmativamente a las preguntas 27 y 28, que tratan sobre si los profesionales han recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en relación con la odontología (pregunta 27) y si han recibido la formación necesaria sobre como notificar un caso de maltrato (pregunta 28). En ambos casos el grupo de edad de 28-40 años responde con mayor porcentaje de manera negativa a ambas cuestiones planteadas.

También existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,043$ ) entre la edad y sentirse capaz de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29). Es decir, el porcentaje de encuestados que afirmaron sentirse capaces fue bajo en los grupos <28, 28-40, 41-50.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre la edad y el responder afirmativa o negativamente a las preguntas 21 y 23, sobre la obligación del profesional a actuar ante un caso de maltrato infantil y sus sospechas de haber estado frente a un caso. En el caso de la pregunta 21, el grupo de edad de 28-40 años responde con mayor porcentaje negativo a la cuestión planteada; mientras que por el contrario lo hace afirmativamente con mayor frecuencia a la 23.

No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre la edad de los encuestados y acierto en las respuestas al resto de preguntas del bloque de conocimientos generales sobre el maltrato infantil.

Sólo en el caso de la pregunta 20, que cuestiona si la caries rampante en un niño que no se trata por decisión paterna constituye una negligencia dental, se encontró una tendencia ( $p= 0,094$ ) a la significatividad, entre la edad de los encuestados y el acierto; siendo más acertada la respuesta entre los más jóvenes.

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 29 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson), la edad de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL						
		<28 años	28-40 años	41-50 años	>51 años	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	34	38	8	10	0,719 (p>0,05)
	No	35	39	7	3	
	Indiferente	13	16	3	3	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	4	7	0	0	0,746 (p>0,05)
	No*	72	78	17	15	
	Indiferente	5	8	1	1	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	81	93	18	16	K
	No	-	-	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considera maltrato infantil	Si*	77	83	17	12	0,204 (p>0,05)
	No	1	4	0	2	
	Indiferente	3	6	1	2	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	54	35	11	13	<b>0,001</b> (p<0,05)
	No	10	25	4	1	
	Indiferente	15	32	2	2	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	58	62	12	12	0,851 (p>0,05)
	No	4	10	2	1	
	Indiferente	19	20	3	3	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	26	23	5	5	0,689 (p>0,05)
	No	45	59	12	10	
	Indiferente	9	11	0	1	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	47	39	10	12	0,173 (p>0,05)
	No	9	18	3	1	
	Indiferente	24	34	4	3	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	-	-	0,216 (p>0,05)
	No	59	60	14	14	
	Indiferente	22	31	3	2	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	42	55	13	14	0,090 (p>0,05)
	No*	18	20	3	1	
	Indiferente	22	17	1	1	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	42	43	9	11	0,755 (p>0,05)
	No	15	24	3	1	
	Indiferente	23	24	5	4	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	5	40	7	9	0,214 (p>0,05)
	No	17	25	6	3	
	Indiferente	14	28	4	4	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	61	81	13	15	<b>0,014</b> (p<0,05)
	No	8	3	0	0	
	Indiferente	13	9	4	1	
Ante lesiones como petequias o eritema en el paladar, se debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	57	66	8	14	0,082 (p>0,05)
	No	15	14	3	2	
	Indiferente	10	12	6	0	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	70	83	16	16	0,094 (p>0,05)
	No	6	6	1	0	
	Indiferente	6	4	0	0	
Deber de actuación	Si	79	84	16	14	<b>0,001</b> (p<0,05)
	No	1	7	0	0	
	Indiferente	2	1	0	2	
Obligación de notificación	Si	80	87	15	15	0,479 (p>0,05)
	No	1	2	0	0	
	Indiferente	1	4	2	1	
Ha tenido sospechas	Si	7	12	3	5	<b>0,009</b> (p<0,05)
	No	75	81	14	11	
Ha denunciado	Si	3	6	1	2	0,313 (p>0,05)
	No	79	86	18	16	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	31	25	1	4	<b>0,033</b> (p<0,05)
	No	43	70	14	10	
	Indiferente	7	7	2	2	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	20	7	1	1	<b>0,016</b> (p<0,05)
	No	49	78	15	12	
	Indiferente	12	7	1	3	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	28	14	3	7	<b>0,043</b> (p<0,05)
	No	37	52	12	5	
	Indiferente	16	26	2	4	

Tabla 29. Relación entre la edad de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### 5.3.3 RELACION DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL

Existen correlaciones estadísticamente ( $p=0,015$ ) entre la experiencia profesional de los encuestados y responder acertadamente a la pregunta 10 que indaga sobre el conocimiento de los encuestados de que entre el 50 a 75% de las lesiones en casos de maltrato infantil ocurren en la cabeza y en el cuello. Es decir, el grupo de menor experiencia profesional responde significativamente con mayor acierto a esta pregunta.

Se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,008$ ) entre la experiencia profesional de los encuestados y el acierto en las respuestas de la pregunta 15, que estudia si los encuestados consideran que es probable que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria. El grupo de menos experiencia profesional responde con mayor acierto a esta cuestión.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,014$ ) entre la experiencia de los profesionales encuestados y responder correctamente a la pregunta 18, que cuestiona si se conocen las características sobre las diferencias entre mordeduras humanas y las de animales. Una vez más, es el grupo de menos experiencia profesional el que responde significativamente con mayor acierto la cuestión.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre la experiencia de los profesionales y el responder afirmativa o negativamente a las preguntas 21 y 23, sobre la obligación del profesional a actuar ante un caso de maltrato infantil y sus sospechas de haber estado frente a un caso. En el caso de la pregunta 21, el grupo de con una experiencia de 6-10 años responde con mayor porcentaje negativo a la cuestión planteada ; mientras que por el contrario lo hace afirmativamente ante la 23 el grupo de experiencia menor de 5 años.

Existen correlaciones estadísticamente significativas entre la experiencia profesional y la edad de los profesionales encuestados y que respondieran afirmativamente a las preguntas 27 ( $p=0,035$ ) y 28 ( $p=0,003$ ) , que tratan sobre si los profesionales han recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en relación con la odontología (pregunta 27) y si han recibido la formación necesaria sobre como notificar un caos de maltrato (pregunta 28). Es decir, aunque el porcentaje de encuestados que afirmaron haber recibido suficiente formación sobre el maltrato y la odontología y su notificación, fue bajo en general, el grupo de menos experiencia respondió con mayor frecuencia afirmativamente de forma significativa. .

No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre los años de experiencia profesional de los encuestados y acierto en las respuestas al resto de preguntas del bloque de conocimientos generales sobre el maltrato infantil.

Por último, no existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,736$ ) entre la experiencia profesional y sentirse o no capaz de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29).

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 30 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson, la experiencia profesional de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACION ENTRE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL						
		<5 años	6-10 años	11-20 años	>21 años	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	42	26	7	15	0,326 (p>0,05)
	No	43	24	12	5	
	Indiferente	14	11	5	4	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	3	7	1	0	0,210 (p>0,05)
	No*	88	50	20	23	
	Indiferente	7	4	3	1	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	98	61	24	24	K
	No	-	-	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considere maltrato infantil	Si*	92	54	23	19	0,301 (p>0,05)
	No	2	2	1	2	
	Indiferente	4	5	0	3	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	58	28	9	18	<b>0,015</b> (p<0,05)
	No	16	12	10	2	
	Indiferente	22	20	4	4	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	66	42	18	17	0,978 (p>0,05)
	No	9	5	1	2	
	Indiferente	23	13	4	5	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	28	16	8	7	0,828 (p>0,05)
	No	57	39	1	16	
	Indiferente	12	6	1	1	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	49	30	12	17	0,206 (p>0,05)
	No	13	11	6	1	
	indiferente	35	19	4	6	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	-	-	0,599 (p>0,05)
	No	68	43	16	20	
	indiferente	30	17	6	4	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	53	33	17	20	<b>0,008</b> (p<0,05)
	No*	18	19	3	2	
	indiferente	28	9	2	2	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	48	30	13	14	0,256 (p>0,05)
	No	22	14	6	1	
	indiferente	27	16	3	9	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si	55	28	10	13	0,766 (p>0,05)
	No	23	15	8	5	
	indiferente	21	18	5	6	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	75	55	19	20	<b>0,094</b> (p<0,05)
	No	8	2	1	0	
	indiferente	16	4	3	4	
Ante lesiones como petequias o eritema en el paladar, se debe descartar la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	68	45	13	18	0,343 (p>0,05)
	No	18	10	4	2	
	indiferente	13	5	6	4	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	83	56	21	24	0,123 (p>0,05)
	No	9	3	1	0	
	indiferente	7	2	1	0	
Deber de actuación	Si	93	56	21	22	<b>0,019</b> (p<0,05)
	No	2	5	1	0	
	indiferente	3	0	0	2	
Obligación de notificación	Si	94	58	22	22	0,469 (p>0,05)
	No	3	0	0	0	
	indiferente	2	3	1	2	
Ha tenido sospechas	Si	9	7	4	7	<b>0,019</b> (p<0,05)
	No	90	54	19	17	
Ha denunciado	Si	5	3	1	3	0,389 (p>0,05)
	No	94	57	22	21	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	36	8	3	4	<b>0,035</b> (p<0,05)
	No	52	48	18	18	
	indiferente	10	4	2	2	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	25	2	0	2	<b>0,003</b> (p<0,05)
	No	60	53	21	19	
	indiferente	13	5	2	3	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	26	12	5	9	0,736 (p>0,05)
	No	50	31	14	11	
	indiferente	22	17	4	4	

Tabla 30. Relación entre los años de experiencia profesional de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### 5.3.4 INFLUENCIA DEL PLAN DE ESTUDIOS Y FORMACIÓN DE POSTGRADO DE LOS PROFESIONALES Y LOS CONOCIMIENTOS QUE ÉSTOS POSEEN ACERCA DEL MALTRATO INFANTIL

#### Según la titulación: Médico Estomatólogo, Licenciado o Graduado en Odontología.

Se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,027$ ) entre la titulación de los encuestados y el acierto en la respuesta a la pregunta 15, que trata sobre la no cotidianidad de que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria. Es decir, los licenciados responden acertadamente, de forma significativa, con mayor frecuencia que los estomatólogos y los graduados.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,008$ ) entre la titulación de los profesionales y que respondieran negativa o afirmativamente a la pregunta 28, sobre los aspectos relevantes de la notificación del maltrato infantil. En general, el porcentaje de encuestados que afirmaron conocer el procedimiento fue bajo independientemente de la titulación, siendo el grupo de graduados el que respondió con mayor frecuencia afirmativamente de forma significativa.

Sólo en el caso de la pregunta 21, que indaga sobre si el dentista es conocedor de su deber de actuación ante un caso de maltrato, se encontró una tendencia ( $p= 0,079$ ) a la significatividad, en la correlación entre la titulación de los encuestados y responder adecuadamente. Es decir, los graduados respondieron que sí, de forma significativa, con mayor frecuencia que los licenciados y los estomatólogos.

No se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la titulación de los encuestados y el acierto o no en el resto de preguntas del bloque de conocimientos generales sobre el maltrato infantil.

Del mismo modo no se encontró correlación estadísticamente significativa entre la titulación de los encuestados y las preguntas 22, 24 y 25, que hacían referencia a su deber de notificación, así como de su experiencia personal en el caso de haber tenido sospechas y haberlas o no notificado.

Tampoco se encontró correlación significativa entre la variable titulación de los encuestados y que respondieran negativa o afirmativamente a las preguntas 27 y 29. Es decir, el porcentaje de encuestados que afirmaron haber recibido suficiente formación sobre el

maltrato infantil y odontología (pregunta 27), y sobre sentirse capaz de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29) fue bajo independientemente titulación del encuestado.

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 31 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson), la titulación de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE LA TITULACIÓN Y LAS RESPUESTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL					
		Médico Estomatólogo	Licenciado	Graduado	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	7	40	44	0,428 (p>0,05)
	No	2	45	37	
	Indiferente	3	17	15	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	0	7	4	0,769 (p>0,05)
	No*	11	89	83	
	Indiferente	1	6	8	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	12	102	95	K
	No	-	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considera maltrato infantil	Si*	10	89	91	0,111 (p>0,05)
	No	0	5	2	
	Indiferente	2	8	2	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	9	47	58	0,188 (p>0,05)
	No	1	24	15	
	Indiferente	2	28	21	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	8	70	67	0,998 (p>0,05)
	No	1	8	8	
	Indiferente	3	22	20	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	4	27	28	0,828 (p>0,05)
	No	7	65	55	
	Indiferente	1	8	12	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	9	48	51	0,206 (p>0,05)
	No	0	17	14	
	Indiferente	3	34	29	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	-	0,599 (p>0,05)
	No	10	72	66	
	Indiferente	2	27	29	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	11	62	52	<b>0,027</b> (p<0,05)
	No*	0	24	18	
	Indiferente	1	14	26	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	7	47	51	0,627 (p>0,05)
	No	1	21	21	
	Indiferente	4	30	23	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	5	47	55	0,527 (p>0,05)
	No	3	26	22	
	Indiferente	4	28	19	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	11	86	74	0,624 (p>0,05)
	No	0	5	6	
	Indiferente	1	10	16	
Ante lesiones como petequias o eritema en el paladar, se debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	12	69	64	0,193 (p>0,05)
	No	0	15	19	
	Indiferente	0	16	13	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	12	92	82	0,558 (p>0,05)
	No	0	6	7	
	Indiferente	0	3	7	
Deber de actuación	Si	11	89	94	0,079 (p>0,05)
	No	0	7	1	
	Indiferente	1	3	1	
Obligación de notificación	Si	11	95	92	0,671 (p>0,05)
	No	0	1	2	
	Indiferente	1	5	2	
Ha tenido sospechas	Si	3	15	9	0,401 (p>0,05)
	No	9	86	87	
Ha denunciado	Si	2	5	5	0,293 (p>0,05)
	No	10	95	91	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	1	19	31	0,181 (p>0,05)
	No	9	74	55	
	Indiferente	2	7	9	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	1	6	22	<b>0,008</b> (p<0,05)
	No	8	86	61	
	Indiferente	3	8	12	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	4	22	26	0,780 (p>0,05)
	No	4	56	47	
	Indiferente	4	22	22	

Tabla 31. Relación entre la titulación de los encuestados y las repuestas sobre el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### Según la formación de postgrado: Máster vs Doctorado.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,032$ ) entre la formación y el acierto a la pregunta 9, que cuestiona si los profesionales son conocedores de que la falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considera maltrato infantil. Es decir, los profesionales que han cursado un máster responden significativamente con mayor acierto a esta pregunta.

Lo mismo ocurre entre la formación de postgrado y responder acertadamente a la pregunta 10 que indaga sobre el conocimiento de los encuestados de que entre el 50 a 75% de las lesiones en casos de maltrato infantil ocurren en la cabeza y en el cuello ( $p=0,014$ ). La tasa de respuesta correcta es significativamente mayor entre los profesionales que han cursado un máster.

No se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la formación de postgrado de los encuestados y el acierto en el resto de las respuestas a las preguntas del bloque de conocimientos generales de l maltrato infantil.

Así mismo, no se han detectado correlaciones estadísticamente significativas entre la formación de postgrado de los encuestados y el acierto en el resto de las respuestas a las preguntas del bloque de conocimientos sobre actuación y notificación, así como el haber tenido sospechas y haberlo notificado.

Tampoco se ha encontrado correlación estadísticamente significativa con respecto a la formación de postgrado y que respondieran negativa o afirmativamente a las preguntas 27 ( $p=0,360$ ) y 28 ( $p=0,776$ ), que tratan sobre si los profesionales han recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en relación con la odontología y si han recibido la formación necesaria sobre como notificar un caos de maltrato, respectivamente.

Por último, no existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,692$ ) entre la formación de postgrado de los profesionales y sobre sentirse capaz de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29).

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 32 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson), la formación de postgrado de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE FORMACIÓN DE POSTGRADO DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO				
		Máster	Doctorado	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	65	9	0,337 (p>0,05)
	No	67	9	
	Indiferente	25	7	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	10	1	0,747 (p>0,05)
	No*	135	23	
	Indiferente	11	1	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	156	25	K
	No	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considere maltrato infantil	Si*	140	22	0,032 (p<0,05)
	No	4	3	
	Indiferente	12	0	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	84	22	0,014 (p<0,05)
	No	12	10	
	Indiferente	44	3	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	107	21	0,325 (p>0,05)
	No	14	1	
	Indiferente	33	3	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	45	7	0,474 (p>0,05)
	No	91	17	
	Indiferente	18	1	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	81	15	0,458 (p>0,05)
	No	23	5	
	Indiferente	49	5	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	0,433 (p>0,05)
	No	111	20	
	Indiferente	42		
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	93	18	0,312 (p>0,05)
	No*	30	5	
	Indiferente	32	2	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	73	15	0,216 (p>0,05)
	No	38	2	
	Indiferente	41	8	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	83	12	0,672 (p>0,05)
	No	37	8	
	Indiferente	36	5	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	126	22	0,558 (p>0,05)
	No	11	0	
	Indiferente	19	3	
Ante lesiones como Petequias o eritema en el paladar, se debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	112	17	0,884 (p>0,05)
	No	24	5	
	Indiferente	19	3	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	137	24	0,577 (p>0,05)
	No	10	1	
	Indiferente	9	0	
Deber de actuación	Si	145	23	0,691 (p>0,05)
	No	7	1	
	Indiferente	3	0	
Obligación de notificación	Si	148	25	0,511 (p>0,05)
	No	2	0	
	Indiferente	6	0	
Ha tenido sospechas	Si	19	137	0,259 (p>0,05)
	No	6	19	
Ha denunciado	Si	8	3	0,351 (p>0,05)
	No	147	22	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	36	6	0,360 (p>0,05)
	No	109	15	
	Indiferente	10	4	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	20	2	0,776 (p>0,05)
	No	118	21	
	Indiferente	17	2	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	36	8	0,692 (p>0,05)
	No	84	13	
	Indiferente	35	4	

Tabla 32. Relación entre la formación de postgrado de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### Según el área de conocimiento en la que los encuestados se han especializado.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,004$ ) entre el área de conocimiento en que se han especializado los encuestados y responder acertadamente a la pregunta 10 que indaga sobre el conocimiento de los encuestados de que entre el 50 a 75% de las lesiones en casos de maltrato infantil ocurren en la cabeza y en el cuello. Es decir, los profesionales que se han formado en odontopediatría responden significativamente con mayor acierto a esta pregunta.

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,032$ ) entre el área de especialización de los encuestados y el acierto en la pregunta 13, que trata sobre si son conocedores de la existencia de una relación entre negligencia dental y negligencia física. Los encuestados que tienen formación específica en odontopediatría responden significativamente con mayor acierto que los encuestados con formación en otras áreas de conocimiento.

De igual manera, se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,004$ ) entre el área de especialización de los encuestados y el responder correctamente a la pregunta 14, en la que se analizan los conocimientos de los profesionales acerca de si que los golpes repetidos en los dientes pueden ser un indicativo de abuso infantil.

El grupo con mayor tasa de respuestas correctas, y por tanto que respondió significativamente con mayor acierto fueron los odontopediatras.

Se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p=0,020$ ) entre el área de conocimiento en que se han especializado los encuestados y responder de manera correcta a la pregunta 19, la cual estudia los conocimientos de los encuestados acerca de la sospecha de que exista abuso sexual en el caso de lesiones como petequias o eritema en el paladar. Nuevamente fueron los odontopediatras los que presentan una tasa de acierto significativamente mayor con respecto al resto de las áreas.

Por último, en el resto de las respuestas no se encontró correlación estadísticamente significativa entre que un profesional se especializara en una determinada área de conocimiento y el acierto en sus respuestas.

Así mismo, no se han detectado correlaciones estadísticamente significativas entre la especialización de los encuestados y el acierto en el resto de las respuestas a las preguntas del

bloque sobre actuación y notificación, así como el haber tenido sospechas y haberlo notificado.

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 33 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson), las áreas de conocimiento de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE EL ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL															
		Odontopediatría	Prótesis	Endodoncia	Restauradora	Periodoncia	Estética	Medicina Oral	Cir. e Implantés	Ortodoncia	Pac. Especiales	C. C. OD.	Odont. C. Indiv. Y Comunitaria	Varios	Diferencias Intergupo
Nivel de Pobreza	Si*	14	7	12	1	3	1	1	9	7	3	1	1	7	0,856 (p>0,05)
	No	17	7	9	0	3	1	3	5	7	3	1	1	13	
	Indif.	7	3	5	0	3	2	2	2	4	0	0	0	1	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	0	2	2	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0,475 (p>0,05)
	No*	32	14	21	1	9	4	6	13	14	6	2	2	21	
	Indif.	6	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	38	17	25	1	9	4	6	16	18	6	2	2	21	K
	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Indif.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considere	Si*	34	16	21	1	9	4	4	16	15	5	2	2	20	0,211 (p>0,05)
	No	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
	Indif.	0	1	3	0	0	0	2	0	3	0	0	0	1	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	32	8	14	0	6	1	3	10	5	2	1	0	8	0,004 (p<0,05)
	No	2	4	3	0	1	0	2	2	4	3	1	1	7	
	Indif.	4	4	9	1	1	3	1	4	9	0	0	1	5	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	26	9	16	1	7	3	5	13	13	3	2	0	16	0,272 (p>0,05)
	No	3	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	4	
	Indif.	9	6	9	0	1	0	1	1	4	2	0	2	1	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	12	4	7	0	2	2	2	4	4	2	0	1	8	0,768 (p>0,05)
	No	23	11	16	1	3	2	3	9	13	4	2	0	10	
	Indif.	3	1	3	0	3	0	1	3	1	0	0	1	2	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	27	5	17	0	2	4	1	10	8	4	1	0	9	0,032 (p<0,05)
	No	4	5	4	0	2	0	0	2	2	1	0	1	7	
	Indif.	7	6	5	1	4	0	5	4	7	0	1	1	5	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04 (p<0,05)
	No	36	9	20	0	5	3	4	12	10	6	0	0	16	
	Indif.	2	7	6	1	4	1	2	4	7	0	2	1	5	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria	Si	24	12	13	1	5	2	2	5	12	5	1	1	19	0,133 (p>0,05)
	No*	4	2	7	0	1	1	3	4	2	0	1	1	2	
	Indif.	10	2	6	0	3	1	1	7	3	1	0	0	0	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0,075 (p>0,05)
	No	26	7	17	1	3	1	1	8	5	2	0	0	7	
	Indif.	6	6	6	0	4	2	4	5	6	1	1	0	3	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	25	5	13	0	4	2	3	8	13	3	2	1	10	0,331 (p>0,05)
	No	9	7	5	0	4	1	2	1	2	2	0	0	6	
	Indif.	4	4	8	1	1	1	1	7	3	1	0	1	5	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	33	12	20	0	6	3	6	11	17	6	1	1	17	0,306 (p>0,05)
	No	2	0	3	0	0	1	0	2	1	0	0	0	2	
	Indif.	3	4	3	1	3	0	0	3	0	0	1	1	2	
Ante lesiones como petequias o eritema en el paladar, se debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual	Si*	32	10	15	0	8	2	4	14	12	2	2	2	16	0,020 (p<0,05)
	No	6	1	6	0	1	2	2	1	3	1	0	0	4	
	Indif.	0	5	5	1	0	0	0	1	3	2	0	0	1	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	34	15	22	1	8	3	6	15	15	4	2	2	20	0,844 (p>0,05)
	No	2	0	2	0	1	0	0	0	2	2	0	0	1	
	Indif.	2	1	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	
Deber de actuación	Si	37	13	22	1	9	4	6	16	16	5	2	2	20	0,838 (p>0,05)
	No	1	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	Indif.	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Obligación de notificación	Si	38	14	25	1	7	4	6	16	17	5	2	2	20	0,385 (p>0,05)
	No	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	Indif.	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	
Ha tenido sospechas	Si	10	0	0	0	0	0	0	4	3	1	1	0	3	0,234 (p>0,05)
	No	28	16	26	1	9	4	6	12	15	5	1	2	18	
	Indif.	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	
Ha denunciado	Si	33	16	26	1	9	4	6	14	16	6	2	2	20	0,818 (p>0,05)
	No	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Indif.	5	0	1	0	1	1	0	4	2	0	0	0	0	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	14	2	8	0	4	0	0	1	6	0	0	1	4	0,252 (p>0,05)
	No	19	14	17	1	4	3	6	11	9	6	2	1	17	
	Indif.	5	0	1	0	1	1	0	4	2	0	0	0	0	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	11	1	5	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	,087 (p>0,05)
	No	23	15	19	1	5	2	4	12	13	6	2	2	21	
	Indif.	4	0	2	0	2	2	2	4	2	0	0	0	0	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	18	1	7	0	2	2	0	4	3	1	0	0	3	0,233 (p>0,05)
	No	17	11	15	0	5	1	2	7	9	4	2	1	12	
	Indif.	3	4	4	1	2	1	4	5	5	1	0	1	6	

Tabla 33. Relación entre el área de especialización de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6).

### 5.3.5 RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL.

Se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p= 0,008$ ) para las variables experiencia en atención pediátrica y el acierto a la pregunta 9, que cuestiona si los profesionales son conocedores de que la falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considera maltrato infantil. La tasa de aciertos fue significativamente mayor en el grupo de profesionales que, curiosamente, trata pacientes infantiles semanalmente o nunca .

Existen correlaciones estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre las variables experiencia en atención pediátrica y la respuesta afirmativa a las preguntas 24 y 25 que indagan sobre la experiencia del profesional ante la sospecha y notificación de haber estado frente a un caso de maltrato. En ambos casos responden significativamente con mayor respuesta afirmativa los profesionales que tratan a niños todos los días.

No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre la experiencia en atención pediátrica de los encuestados y el acierto o no en el resto de preguntas del bloque de conocimientos generales sobre el maltrato infantil.

Tampoco se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre la experiencia en atención pediátrica de los encuestados y la respuesta afirmativa o negativa en las preguntas 21 y 22, en referencia al deber de actuación y notificación del profesional ante un caso de maltrato infantil.

Igualmente, no se detectan correlaciones estadísticamente significativas ( $p>0,05$ ) entre la experiencia en atención pediátrica y que respondieran negativa o afirmativamente a las preguntas 27 y 28 , que tratan sobre si los profesionales han recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en relación con la odontología(pregunta 27) y si han recibido la formación necesaria sobre como notificar un caos de maltrato (pregunta 28). De igual manera, no existe correlación estadísticamente significativa ( $p=0, 742$ ), entre la experiencia en atención pediátrica y la formación recibida sobre los aspectos de la notificación de sospecha de maltrato infantil.

Tampoco existe correlación estadísticamente significativa ( $p=0,742$ ) entre la experiencia en atención pediátrica y sentirse capaz de actuar como testigo en un caso de maltrato (pregunta 29).

Todos los datos anteriormente citados se encuentran recogidos en la tabla 34 que relaciona, mediante chi-cuadro de Pearson), la experiencia en atención pediátrica de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil.

RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LOS ENCUESTADOS Y EL CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL						
		Todos los días	1/semana	Ocasionalmente	Nunca	Diferencias Intergrupo
Nivel de Pobreza	Si*	28	15	42	6	0,989 (p>0,05)
	No	28	13	36	7	
	Indiferente	12	4	16	3	
La víctima comunica el abuso sufrido a alguien de manera temprana	Si	3	3	4	1	0,111 (p>0,05)
	No*	55	27	86	15	
	Indiferente	10	1	4	0	
Ante un caso de sospecha se debe actuar	Si*	68	31	94	16	K
	No	-	-	-	-	
La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño se considere maltrato infantil	Si*	60	31	83	16	<b>0,008</b> (p<0,05)
	No	6	0	1	0	
	Indiferente	2	0	10	0	
50-70% de lesiones en cabeza y cuello	Si*	40	19	46	9	0,754 (p>0,05)
	No	12	7	19	2	
	Indiferente	15	5	27	4	
La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado	Si*	49	20	66	10	0,743 (p>0,05)
	No	5	3	6	3	
	Indiferente	13	8	21	3	
Dificultad de diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no	Si*	20	13	24	2	0,274 (p>0,05)
	No	43	17	56	11	
	Indiferente	5	1	13	2	
Negligencia dental y negligencia física	Si*	42	16	39	11	0,164 (p>0,05)
	No	7	5	18	1	
	indiferente	17	10	35	4	
Golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil	Si*	-	-	-	-	0,229 (p>0,05)
	No	52	20	67	9	
	indiferente	14	11	26	7	
Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma	Si	45	20	51	9	0,430 (p>0,05)
	No*	8	7	24	3	
	indiferente	14	4	19	4	
Quemaduras orales suelen dejar marcas de objetos	Si*	37	18	44	6	0,654 (p>0,05)
	No	15	5	18	5	
	indiferente	14	8	31	4	
Las marcas de mordisco son signos de sospecha de maltrato infantil	Si*	40	14	45	8	0,786 (p>0,05)
	No	15	8	25	3	
	indiferente	13	9	24	5	
Las mordeduras humanas se diferencian de las de animales	Si*	61	23	76	11	0,126 (p>0,05)
	No	4	2	4	1	
	indiferente	3	6	14	4	
Ante lesiones como Petequias o eritema en el paladar, se debe descartarse la posibilidad de que exista abuso	Si*	50	19	66	10	0,654 (p>0,05)
	No	10	8	13	3	
	indiferente	7	4	15	3	
La caries rampante no tratada por decisión paterna es una negligencia dental	Si*	59	28	84	15	0,534 (p>0,05)
	No	6	1	5	1	
	indiferente	3	2	5	0	
Deber de actuación	Si	64	29	85	16	0,345 (p>0,05)
	No	3	0	5	0	
	indiferente	1	1	3	0	
Obligación de notificación	Si	66	29	88	15	0,842 (p>0,05)
	No	0	1	2	0	
	indiferente	2	1	4	1	
Ha tenido sospechas	Si	17	2	7	1	<b>0,005</b> (p<0,05)
	No	51	29	87	15	
Ha denunciado	Si	7	2	2	1	<b>0,013</b> (p<0,05)
	No	61	28	92	15	
Formación sobre maltrato infantil en la odontología	Si	20	8	19	4	0,660 (p>0,05)
	No	39	19	69	11	
	indiferente	8	4	5	1	
Formación ante las notificaciones de sospecha de maltrato infantil	Si	12	4	12	1	0,927 (p>0,05)
	No	48	22	72	13	
	indiferente	7	5	9	2	
Capacidad para ser testigos ante un caso de maltrato infantil.	Si	21	8	21	2	0,742 (p>0,05)
	No	35	14	48	10	
	indiferente	11	9	24	4	

Tabla 34. Relación entre la experiencia en atención pediátrica de los encuestados y el conocimiento y reconocimiento del maltrato infantil (chi-cuadrado de Pearson).

\*: respuesta considerada correcta (Anexo 6)



# 6.- Discusión

---

## 6.1 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El abuso infantil constituye un problema de salud pública global, que incluye todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, y el abandono que podría suponer un daño real o potencial para la salud de un niño, su desarrollo y / o su autoestima. Además, constituye un grave problema público y científico presente en todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos. En la presente investigación se han estudiado diferentes parámetros relacionados con el maltrato infantil y para ello se han tomado como muestra la mayoría de ítems que utilizaron otros investigadores en sus estudios.

El objetivo de este estudio fue investigar los conocimientos sobre el maltrato infantil de un grupo de dentistas de Valencia, y los posibles factores determinantes de su nivel de conocimientos y su disposición a notificar en caso de sospecha, para evaluar sus posibles necesidades formativas en este campo.

Se reunió de forma aleatoria una muestra de conveniencia constituida por 300 dentistas y siendo que el mínimo establecido para conseguir una potencia del 90% se había cifrado en 208 individuos, se recuperaron 210 cuestionarios correctamente cumplimentados. Se trata de un tamaño muestral reducido que condicionará la interpretación de algunos de los resultados y sin embargo es muy similar al de la mayoría de trabajos publicados, que oscilan entre una cota máxima de 2005 dentistas en el estudio de Ramos-Gomez F, Rothman D y Blain S. en 1998 y 53 en el de Fierro *et al.* en 2012.

El cuestionario ha sido el método más utilizado en investigaciones previas sobre el mismo tema en otros países, además de que la encuestación según citan Sanchez-Carrión (2012) y Casas Anguita (2003), es un método de investigación social especialmente indicado para recoger opiniones, creencias o actitudes de los encuestados y el cuestionario permite recoger la información de forma estandarizada ya que las instrucciones y la formulación de las preguntas son los mismos para todos los encuestados.

En este trabajo se eligió aplicar el cuestionario de forma directa pero diferida, porque tratándose de una población bien definida, pensamos que disminuiría la presión de proximidad del encuestador y aumentaría la franqueza de los sujetos, gracias al anonimato.

Para formular las preguntas se tomó como punto de partida los contenidos reflejados en las publicaciones recuperadas a tal efecto. Se incluyeron preguntas cerradas de identificación y con dos opciones como en la mayoría de los trabajos revisados. En el bloque de conocimientos se optó por escalar las respuestas, lo que según algunos autores facilita que el sujeto encuestado responda con mayor libertad y se produzca un menor porcentaje de abstención en determinadas cuestiones (Casas Anguita 2003).

El porcentaje de participación en estudios similares varía entre el 1,65% en una encuestación realizada online en 2014 por Al-Dabaan R, Newton JT, y Asimakopouloub K; y el 100% en el realizado por entrevista por Kirankumar SV *et al.*, en 2011, siendo en general la entrevista el método de recogida de información que consigue mayor participación, y los estudiantes los más participativos en este tipo de estudios; no parece que influyan otros factores como el número de preguntas del cuestionario, el país o el año en que se realizó la investigación. La tasa de respuesta del 70% en el presente estudio está en consonancia con la mayoría de los trabajos más recientes, que se han llevado a cabo entregando los cuestionarios de forma presencial.

En el presente estudio la mayoría de profesionales eran mujeres (158), por debajo de los 40 años de edad, con menos de 10 años de experiencia (77%) y formación complementaria de postgrado. Alrededor de la mitad de los encuestados trataba niños todos los días, o al menos una vez por semana, dato que probablemente refleja la participación en este estudio de un grupo significativo de dentistas con dedicación a la odontopediatría y la ortodoncia.

El estudio muestra una diferencia significativa entre el número de dentistas masculinos y femeninos. La odontología era tradicionalmente una profesión dominada por hombres y la gran mayoría de los encuestados mayores son hombres. Sin embargo, ha habido una tendencia hacia más mujeres graduadas y esto podría explicar que la mayoría de los dentistas menores de 30 años fuesen mujeres.

Estas características definen una muestra que se corresponde con la predominancia de mujeres en la profesión en los últimos años y que es muy similar a la distribución por género de las muestras en los estudios llevados a cabo sobre dentistas en los últimos 10 años. Véanse los estudios de Uldum, B. *et al.* en 2010 que presenta una muestra de 799 mujeres y 333 hombres; el estudio de Suhad H.S. *et al.* también en 2010, cuyo grupo estaba formado por 279 mujeres y 162 hombres. Esta diferencia es más notable aún en el estudio de El Sarraf M. en

2012, en el que de 69 encuestas recuperadas cumplimentadas por odontopediatras, 8 fueron cumplimentadas por hombres y 61 por mujeres; en el estudio de Markovic *et al.*, en 2015, la participación fue del 30% de hombres y un 70% de mujeres.

Por otra parte, frente a otros estudios como el de Cairns AM, Mok JY y Welbury RR en 2005, en el que solo el 9% de los encuestados tenían menos de 30 años, en el presente estudio el 39% de los encuestados tenían menos de 28 años y el 76% de los encuestados contaba con una experiencia laboral menor de 10 años.

Así pues los datos descriptivos de este estudio definen a una muestra joven con experiencia profesional relativa y con una motivación hacia la formación continuada y especializada, lo que podría haber sesgado los resultados por exceso en lo relativo a los conocimientos y por defecto en lo relativo a haber tenido sospecha de estar ante un caso de maltrato infantil.

La Tabla 35 resume datos sobre recogida de información y tasa de participación de los estudios recuperados sobre conocimientos de maltrato infantil entre profesionales y estudiantes de odontología.

Estudio	Año	País	Nº preguntas	Tipo de respuestas	Método recogida	Nº Encuestas enviadas	Nº encuestas contestadas	Tasa de respuesta
Estudio actual	2019	Valencia (España)	31	Respuesta múltiple o S/N	Reparto	300	210	75%
Hashim R y Al-Dallal S.	2018	Emiratos Arabes Unidos	16	Cerradas	Reparto	177	124	70%
El Tantawi M. <i>et al.</i>	2018	Países Árabes	20	Cerradas	Reparto	4506	2936	65,2%
Kaur H. <i>et al.</i>	2017	India	21	Respuesta múltiple o S/N	Correo	120	-	97%
Jahanimoghadam I. <i>et al.</i>	2017	Irán	37	-	Reparto	-	164	-
Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, y Newton JT	2016	Arabia Saudita	34	Respuesta múltiple	Online	203	82/62	-
Hussein SA <i>et al.</i>	2016	Malasia	-	Respuesta múltiple	Reparto	158	108	74,70%
Deshpande A. <i>et al.</i>	2015	India	18	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	-	130	-
Cukovic- Bagic <i>et al.</i>	2015	Croacia	32	Respuesta múltiple	Reparto	544	510	93,75%
Markovic N. <i>et al.</i>	2015	Bosnia Herzegovina	27	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	300	210	70,00%
Da Silva, R.A.	2014	Brasil	-	Respuesta múltiple o S/N	Reparto	500	301	60%
Al-Dabaan R, Newton JT, y Asimakopoulou K	2014	Arabia Saudita	38	Respuesta múltiple	Online	7352	122	1,65%
Shapiro MC, Anderson OR y Lal S.	2014	EEUU	20	Respuesta múltiple	Online	80	72	90,00%
Hashim R y Al-Ani A.	2013	Emiratos Arabes Unidos	23	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	-	578	94%
Laud A. <i>et al.</i>	2013	Grecia	-	Respuesta múltiple o S/N	Entrevista	440	368	83%
Sousa M. <i>et al.</i>	2012	Brasil	48	Cerradas	Reparto	276	187	68%
Ante J. <i>et al.</i>	2012	Croacia	29	-	Reparto	726	544	74,90%
Fierro C. <i>et al.</i>	2012	Chile	10	Cerradas	-	68	53	78%
El Sarraf M. <i>et al.</i>	2012	Brasil	17	Cerradas y 1 de respuesta múltiple	Mail	212	69	33%
Sonbol HN. <i>et al.</i>	2012	Jordania	26	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	400	256	64%
Harris J. <i>et al.</i>	2011	Reino Unido	-	Abiertas y Cerradas	Correo	1000	467	46,70%
Newcity A, Ziniel S y Needleman H.	2011	EEUU	-	Cerradas	Mail	3451	671	19,60%
Kirankumar SV <i>et al.</i>	2011	India	15	Cerradas V/F	Entrevista	200	200	100%
Al-Jundi SH, Zawaidh FI y Al-Rawi MH	2010	Jordania	21	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	-	441	91%
Uldum, B. <i>et al.</i>	2010	Dinamarca	-	Cerradas y 1 de respuesta múltiple	Correo	1501	1145	76,30%
Suhad H.S.	2010	Jordania	21	Respuesta múltiple o V/F	Reparto	490	441	91%
Al-Habsi <i>et al.</i> , S.A.	2009	Reino Unido	14	Cerradas	Correo	228	150	46%
Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S.	2009	Jordania	36	Respuesta múltiple o S/N	Reparto	500	342	68,40%
Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT	2008	Nigeria	18	Respuesta múltiple o S/N	Correo	200	175	85,50%
Manea, S. <i>et al.</i>	2007	Italia	4 bloques de preguntas	V/F y casos clínicos	Entrevista	111	106	95,49%
Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR	2006	EEUU	28	-	Reparto	-	668 (220 dentistas, 159 higienistas, 233 est. odontología y 76 est. higiene dental)	44% dentistas, 35% higienistas, 55% est. Odontología y 77% est. higiene dental.
Cairns, A.M	2005	Reino Unido	-	-	Correo	700	375	75%
Welbury, R.R <i>et al.</i>	2001	Reino Unido	-	-	Online	102	40	39%
Vijay J.	1999	Australia	16	Respuesta múltiple y cerradas	Reparto	530	347	65,40%
Kilpatrick NM, Scott J y Robinson S.	1999	Australia	-	Respuesta múltiple	Entrevista	190	122	64,21%
Ramos-Gomez F, Rothman D y Blain S.	1998	EEUU	33	Respuesta múltiple o V/F	Correo	15000	2005	13%

Tabla 35. Datos sobre recogida de información y tasa de participación de los estudios recuperados sobre conocimientos de maltrato infantil entre profesionales y estudiantes de odontología.

## **6.2 CONOCIMIENTO DE LOS INDICADORES Y SEÑALES DEL MALTRATO INFANTIL**

En términos de reconocimiento del abuso infantil, los dentistas deben saber qué buscar y cómo diagnosticar, por eso en el presente estudio, como en la mayoría de los trabajos previos, se incluyó en el cuestionario un bloque relativo a signos y características del maltrato infantil, con cuestiones básicas utilizadas en otras investigaciones sobre este ámbito. Este bloque incluía 15 preguntas, dos de las cuales independientemente del nivel de acierto fueron contestadas por todos los participantes; y el resto fueron dejadas en blanco entre una y cinco ocasiones como máximo.

Analizando las respuestas obtenidas en este bloque, llama la atención que solo la mitad de los encuestados conociera la frecuente relación entre negligencia dental y negligencia física.

Los datos aportados por Ramos-Gómez a partir de su estudio llevado a cabo en California en 1998, revelan cifras muy similares ya que menos del 50% de los encuestados era conocedor de la marcada correlación entre la negligencia dental y la negligencia física. También en el estudio de Kirankamur en 2011, el 50% de los encuestados desconocía la relación entre negligencia dental y negligencia física.

Sin embargo en el presente estudio, un alto porcentaje de encuestados (88%) consideran que cuando un niño presenta una caries rampante y los padres deciden no tratarlo se produce una negligencia dental, y que también se produce cuando hay una falta de atención a la necesidad de un tratamiento médico del niño (90%).

En contraste con el estudio de Ramos Gómez llevado a cabo en California en 1998 en el que el 64% de los encuestados consideró que los padres cometían una negligencia, cuando habiéndoles informado de que sus hijos tenían una caries rampante que precisaba tratamiento no lo acometían.

En el estudio de Vilay en 1999, solo el 20% de los dentistas encuestados reconocía la negligencia física como una forma de maltrato infantil.

Manea (2007) también concluye que la negligencia física y el descuido dental son las formas de maltrato infantil menos conocidas.

En la cavidad oral, la falta de higiene, las lesiones de caries, y la infección se consideran signos de negligencia dental (AAP y AAPD 2005). En este caso, los dentistas deben determinar si el niño tiene fácil acceso a los servicios dentales, ya que muchas familias se enfrentan a problemas económicos para hacer acometer un tratamiento dental. Dada la importancia de una dentición sana para el desarrollo y crecimiento del niño, los dentistas tienen un claro deber de detectar y tratar los casos de negligencia; así como de conocer el impacto de la falta de cuidado de los dientes de leche y las consecuencias de las infecciones sobre los dientes permanentes.

En el estudio de Amaral da Silva en 2014, solo el 43% de los dentistas fueron capaces de identificar los signos de negligencia física, entre los que citaban con mayor frecuencia la falta de higiene, "mal olor" (citado por el 59,1%), las uñas sucias (51,0%), y la mala higiene oral acompañada de lesiones de caries (43,2%). La desnutrición (11,4%), los accidentes domésticos (9,1%), y la infección oral (9,1%) fueron citados también.

A partir de los resultados del bloque de conocimientos, también se observa que aproximadamente la mitad de los encuestados conocía la frecuencia con la que se dan las lesiones en cabeza y cuello en el maltrato infantil y el 70% de los encuestados estuvieron de acuerdo en que los daños en la mejilla deben alertar sobre un posible maltrato, pero solo el 38% de los encuestados estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación de que golpes repetidos sobre los dientes pudieran estar relacionados con el maltrato infantil.

Contrastan con este hallazgo los datos que aportan Manea en 2007 y El Sarraf en 2012, en cuyos estudios solo el 13% y el 17% de los encuestados respectivamente, conocen la alta frecuencia con la que se presentan las lesiones en cabeza y cuello en el maltrato infantil.

En este aspecto los datos aportados por Ramos-Gómez en 1998, revelan cifras muy superiores por cuanto que entre el 80 y el 90% de los encuestados en su estudio reconocía como signos físicos frecuentes del maltrato infantil, las contusiones en las mejillas, la avulsión y cambios de color dentario, las contusiones en el cuello, las quemaduras con la forma del objeto causante y las mordeduras.

Amaral da Silva R.A. en su estudio de 2014, obtiene que el 55,3% de los encuestados citaba como signos más relacionados con el abuso físico: el hematoma (64,9%), seguido por quemaduras (33,3%), múltiples fracturas (19,3%), rasguños (15,8%), dientes fracturados (12,3%), quemaduras de cigarrillos (10,5%), y las fracturas recurrentes (7,1%).

Sarraf M. et al. (2012), también señalaron que los hematomas eran las lesiones más frecuentemente citadas por los encuestados como asociadas al maltrato infantil, seguidos del cambio de comportamiento consecuente.

En el estudio de Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. (2009) coincidían en señalar a los hematomas infantiles (88%), las quemaduras con la forma del objeto caliente (84%) y las marcas de mordidas (83%), como los principales indicadores de abuso físico infantil seguidos de los dientes avulsionados o con decoloración (62%), y las contusiones limitadas al cuello (49%).

Los resultados del estudio de Al-Dabaan R, Newton JT, y Asimakopouloub K en 2014, señalan que las quemaduras fueron las manifestaciones más comunes (86,1%), seguidas por las lesiones orofaciales (84,4%). Además, el 69,7% de los encuestados indicó que las contusiones en el cuello eran manifestaciones de maltrato físico, y el 63,1% reconoció que las 'lesiones en las plantas de los pies' y 'fracturas óseas' pueden ser manifestaciones de maltrato físico.

Los encuestados por Newcity A, Ziniel S y Needleman H. (2011), también coinciden en señalar que lo más común son las lesiones de tejidos blandos intra y extraorales, fracturas dentales, desplazamientos y avulsiones.

Mathur S y Chopra R (2013) recogen a través de las encuestas, como lesiones más frecuentemente asociadas al maltrato infantil, las contusiones, quemaduras o laceraciones de la lengua, labios, mucosa bucal, paladar (blando y duro), encía, mucosa o rotura de frenillo, desplazamientos alveolodentarios o dientes avulsionados.

En el presente estudio no se ha obtenido información sobre el orden de frecuencia de presentación de diferentes signos según los encuestados, porque las preguntas se diseñaron para valorar el conocimiento de los signos de maltrato infantil y la capacidad para detectarlos.

En el bloque de conocimientos sobre indicadores físicos y sociales, un 69% de los profesionales encuestados manifestaron estar de acuerdo en que las lesiones como petequias o eritemas en el paladar deben hacer descartar la posibilidad de que exista abuso sexual.

Sin embargo las preguntas referentes a los signos de abuso sexual son las que menos aparecen en los cuestionarios de los estudios recuperados. En este sentido cabe destacar el estudio de Amaral da Silva, R.A. en 2014, en el que el 19.4% reconoció signos relacionados con

el abuso sexual, entre los que destacaban la presencia de enfermedades de transmisión sexual como el condiloma acuminado y la sífilis (65%) y otros como la presencia de petequias en el paladar (35%).

En el estudio de Manea en 2007 el 39% de los encuestados reconocía las petequias en el paladar como posibles signos de abuso sexual en niños mientras que en el estudio de Fierro C. *et al.* (2012) el 66% no reconocía que “las petequias en el paladar podrían ser un signo clínico de sexo oral forzado”.

Sin embargo el 92% de los dentistas del estudio de Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. en 2009, identificaron el abuso sexual como una forma frecuente de maltrato infantil, tras el abuso físico (97%) que fue identificado como el más frecuente.

En el estudio de Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT (2008), al ser preguntados los profesionales sobre la definición de maltrato físico y negligencia, el 61,7% y el 51,3%, respondían correctamente; pero solo el 33,1% consideró el maltrato emocional y el 33,7% el sexual, dentro de sus definiciones.

Vijay John *et al.* en 1999, afirma en su estudio que casi todos los dentistas (88-100%) identificaron el abuso emocional y el abuso físico como formas de abuso infantil e identificaron el abuso sexual como poco frecuente (33%) además, pocos dentistas identificaron el abandono como una forma de abuso (20%). Casi todos sus encuestados identificaron signos médicos de abuso infantil (97%) y la mayoría de los signos psicosociales(77%). Los signos orofaciales fueron identificados por menos de la mitad de los encuestados (41%).

También existen diferencias culturales respecto a la interpretación del abuso sexual en los niños. Mathur S y Chopra R (2013) , explican que hablar de abuso sexual infantil sigue siendo un tabú en la India, ya que un alto porcentaje de personas consideran que es un problema occidental y que el abuso sexual infantil no sucede en la India. Como resultado de esto, todas las formas de abuso sexual a un menor no son denunciadas ni puestas en conocimiento de nadie; muy probablemente porque se trata de una sociedad tradicionalmente familiar y una comunidad conservadora.

Más de la mitad de los encuestados del presente estudio (60,5%) consideró difícil diferenciar una lesión accidental de una provocada.

En este sentido, Harris J y Welbury R (2013) recuerdan la importancia del diagnóstico diferencial entre las lesiones de maltrato infantil y las que no lo son. A pesar de que los odontólogos deben sospechar ante las lesiones que se citan como posibles signos físicos de maltrato, deben ser conscientes de que el diagnóstico del abuso físico no se hace únicamente ante una señal, ya que podrían confundirse con lesiones de origen sistémico o endógeno; por ejemplo, las lesiones del impétigo pueden ser similares a las quemaduras de cigarrillos, las manchas o marcas de nacimiento pueden confundirse con hematomas y una conjuntivitis puede confundirse con un traumatismo. Los autores señalan que en casos de niños que sangran fácilmente deberían descartarse problemas de coagulación, y que la aparición de múltiples o frecuentes fracturas, de manera muy excepcional concuerdan con lesiones por osteogénesis imperfecta, y en estos casos los antecedentes familiares, la presencia de escleróticas azules y de dentinogénesis imperfecta pueden ayudar a establecer un correcto diagnóstico.

En cuanto a las posibles diferencias de género en el nivel de conocimientos de indicadores físicos y sociales del maltrato infantil, en el presente estudio solo se vio una correlación significativa en responder correctamente a las preguntas 11 “La presencia de daños en el mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado” y 13 “Existe relación entre negligencia dental y negligencia física”.

En general son pocos los autores que estudian este aspecto pero coinciden en resaltar que las mujeres conocen mejor los signos asociados al maltrato infantil. Para Bankole OO (2008), las mujeres identifican con mayor frecuencia los signos asociados al maltrato infantil emocional (76,1% frente al 62,5% de los hombres). Fierro en 2012 también obtiene una diferencia significativa a favor de las mujeres. Según Bankole OO, la explicación sería que las mujeres suelen ser principalmente las que se encargan del cuidado de los niños, y se les considera más emocionales y sensibles que los hombres.

En cuanto a la posible relación entre la edad y la experiencia profesional y el conocimiento de indicadores de maltrato sólo se encontró significancia estadística en responder correctamente a dos de las trece preguntas a favor de los más jóvenes ( menores de 28 y entre 28 a 40 años) y los de menos experiencia (menos de 5 años) y concretamente se trataba de las preguntas sobre la frecuencia de presentación de lesiones en cabeza y cuello en el maltrato infantil y la clara diferencia entre las mordeduras humanas y animales. Esto tiene una transcendencia limitada en el conjunto de los datos, pero en todo caso como apuntan

Sousa M. (2012) y Jordan, A. (2012), podría reflejar la inclusión de la temática del maltrato infantil en las competencias de los nuevos planes de estudios del grado de odontología.

Como bien explican la mayoría de los estudios analizados, la alta frecuencia de lesiones orofaciales asociadas con el abuso físico coloca al dentista en una situación muy importante en la detección y tratamiento de un niño maltratado. La detección debería considerarse como parte de cualquier examen clínico realizado en un niño y si bien es cierto que muchas de las lesiones orofaciales son accidentales y no causadas por el abuso, la actitud de los profesionales debería ser siempre juiciosa ante lesiones traumáticas en niños.

### 6.3 CONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL

Todos los encuestados en el presente trabajo manifiestan que se debe actuar ante un caso de maltrato, el 92,4% afirma además saber que tiene el deber de actuar y el 94,3% saben también que tienen la obligación legal de informar en caso de sospecha o de encontrarse ante un caso de maltrato infantil. Este resultado traduce un buen conocimiento del deber y obligación del dentista en casos de sospecha de maltrato.

Sólo Harris J y Welbury R (2013) obtienen mejores resultados ya que el 100% de los dentistas de su estudio consideran que ante un caso de maltrato se debe actuar.

Son datos además mucho mejores que los obtenidos por otros estudios, como por ejemplo el de Amaral da Silva, R.A. (2014) donde el 44,2% de los encuestados desconocía la obligación de la notificación de una sospecha a las autoridades competentes de protección de menores, o el estudio de Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT (2008), en el que el 59,4% de los encuestados, no sabían que los dentistas están obligados a informar de los casos de maltrato infantil.

En Jordania el 71% de los encuestados en el estudio de Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. (2009), conocían sus responsabilidades legales en los casos de sospecha de maltrato o negligencia infantil.

Sin embargo los datos obtenidos en nuestro estudio demuestran una cierta confusión sobre dónde notificar las sospechas. El 56,2% lo haría en un Juzgado de Guardia o en los Servicios Sociales, el 38,1% ante la Policía, el 12,4% lo haría en un hospital y existe un porcentaje de 15,7% que realmente no sabe dónde hacerlo.

Este hallazgo se repite en muchos de los estudios poniendo de relevancia uno de los aspectos que más desconocen los encuestados: Harris J. *et al.* (2011), encuentra que el 78% sabía donde debía denunciar pero solo el 66,5% sabía el nombre correcto; y en el estudio de Amaral da Silva, R.A. (2014) el 63,2% respondió que no sabían cómo actuar en casos de maltrato infantil.

Según el estudio de Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR (2006), el 56% de los profesionales encuestados afirma saber sobre sus obligaciones legales. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre en qué situaciones y dónde informar ante una posible caso de maltrato,

el 85% referían saber en qué situaciones, mientras que sólo el 27% sabían dónde debían acudir a notificar.

De todos los encuestados, los odontopediatras fueron los que más conocimientos mostraron sobre el maltrato infantil y los aspectos legales del mismo, confirmando los hallazgos de estudios previos (Newcity A, Ziniel S y Needleman H. 2011 y Sonbol, HN. *et al.* 2012).

En España, como en la mayoría de los países en los que se ha estudiado este tema, los dentistas están obligados por ley a denunciar cualquier sospecha o detección de abuso y/o negligencia hacia el menor y por lo tanto todos los dentistas deberían tener constancia de ello.

En cuanto a la experiencia con casos de maltrato, el 12,9% de los encuestados de nuestra investigación reportó haber tenido en algún momento de su práctica profesional alguna sospecha, pero solo el 5,7% de ellos lo denunció. Esto supone por una parte una de las cifras más bajas de sospecha entre los estudios recuperados y por otra parte, que menos de la mitad de los profesionales que pensaron que podían estar ante un caso de abuso infantil, actuaron en consecuencia.

Los datos más altos en cuanto a sospecha de casos corresponden a los estudios de Sonbol (2012) en Jordania con un porcentaje del 50%, Fierro en Chile en 2012 con un porcentaje del 43%, y Owais en Jordania en 2009 con un porcentaje del 42% y sin embargo los porcentajes de notificación fueron bajos en general, 12% en el estudio de Sonbol y 20% en el de Owais. El estudio de Amaral da Silva, R.A. en 2014 en Brasil aporta la cifra más alta en porcentaje de notificación con un 84% seguido del estudio de Fierro con un 57%.

Esta brecha entre las cifras de sospecha y notificación de casos de maltrato se repite en la mayoría de los estudios. Bankole en 2008, obtiene una cifra de sospecha del 39,4% junto a una cifra muy baja de notificación (6,9%).

Resultados similares obtiene Cairns en 2005; en su estudio el 29% de los dentistas encuestados había visto al menos un caso sospechoso en su carrera pero solo el 8% de los casos sospechosos fueron notificados.

En cuanto a los motivos por los que los profesionales no habían notificado los casos de sospecha, en el estudio de Cairns se citan las posibles represalias que pudieran derivar en el niño y en su familia, así como el miedo equivocarse, las represalias contra ellos mismos,

confidencialidad del paciente o simplemente no querer centrarse en otra cosa que no sea la odontología como tal. Cabe destacar que los autores afirman que el miedo y la reticencia a informar son comprensibles, pero la profesión dental tiene la responsabilidad del bienestar de los niños.

En el estudio de Owais en 2009, los autores atribuyen la baja tasa de denuncia a la falta de conocimientos sobre el maltrato en sí y los aspectos legales entre los dentistas jordanos, la ausencia de una definición clara de abuso infantil en el derecho penal en Jordania y la ausencia de un mensaje legal claro que obligue a informar a los dentistas.

En el estudio de Bankole, los encuestados señalan la confidencialidad y los posibles efectos sobre el niño y su familia, como barreras de notificación. También destacan motivos como el miedo a las represalias y el miedo a equivocarse. Además, los autores explican que en Nigeria la ley no defiende la buena fe de quien notifique una sospecha, a diferencia de otros países como Estados Unidos.

En el estudio de Newcity en 2011, cuando se les preguntó a los encuestados sobre los motivos de no haber informado de un caso de sospecha la respuesta más frecuente fue que no estaban totalmente seguros de que la lesión fuera debida al maltrato (76%).

En el estudio de Amaral da Silva, R.A. (2014), en el que un porcentaje muy alto, el 84% informó de sus sospechas a las autoridades competentes, la razón citada con mayor frecuencia (33,3%) por no reportar sospechas de abuso era el temor a los litigios y su potencial impacto en la práctica profesional, la incertidumbre relativa a las autoridades competentes, la incertidumbre del diagnóstico y la falta de pruebas.

Otro ejemplo de un nivel de sospecha similar al presente estudio es el realizado en Pelotas (Brasil) por Sousa M. *et al.* (2012), en el que la mayoría de los dentistas creían que podían detectar casos de maltrato infantil (78,7%), pero solo el 14,3% había tenido alguna sospecha, y entre los que sospecharon, solo el 24% informó de los casos a las autoridades.

La principal barrera para notificar que se señaló por los encuestados en el estudio actual, fue el miedo a la equivocación seguido de la falta de conocimiento, miedo a las represalias familiares y a verse envuelto en un proceso penal.

Los principales factores que influyen en la decisión de un dentista para reportar un caso de sospecha de abuso infantil son reflejados también en estudios como los de Al-Habsi *et*

*al.* (2009) , Sonbol, HN., (2012), Uldum B *et al.* (2010), Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. (2009), Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT (2008), Manea S. *et al.*,(2007), o Cairns AM, Mok JY y Welbury RR (2005), que especifican que la falta de una historia clínica completa, la incertidumbre sobre el diagnóstico y las posibles consecuencias para el niño son motivos para no notificar un posible caso. Otros factores comentados son: efectos sobre la familia del niño, las preocupaciones acerca de la confidencialidad, así como miedo a las represalias o el efecto que las denuncias pueden causar sobre el propio trabajo.

#### 6.4 FORMACIÓN SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

Los resultados de nuestro estudio dejan patente la necesidad de procurar más formación en todos los ámbitos del maltrato infantil, para dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para reconocer, notificar y poder ejercer como testigos ante un caso de maltrato infantil.

En cuanto a la opinión de los encuestados sobre la formación recibida, del análisis de los resultados del presente estudio se puede afirmar que alrededor del 65,7% consideran que no han recibido la suficiente formación en lo que respecta al maltrato infantil y la relación con su práctica diaria. Esta apreciación es bastante común en la mayoría de estudios previos.

Con este dato y considerando que el 95,7% dicen querer recibir más información sobre el maltrato infantil y su relación con la odontología, podemos afirmar que existe entre ellos una carencia de formación y conocimientos evidente.

Desde el primer estudio de referencia llevado a cabo por Ramos Gómez en 1998 en USA, hasta el más actual (Hashim R et al. 2018 en Emiratos Árabes) es constante la observación de la necesidad de mejora en la formación de los dentistas sobre los aspectos generales y legales del maltrato infantil, para mejorar su actitud y capacitación (Thomas JE 2006 en USA, Manea 2007 en Italia, Uldum 2010 en Dinamarca, Laud A 2013 en Grecia, Da Silva 2014, Hussein 2016 en Malasia).

Incluso en dos estudios (Kirankumar SV *et al.* 2011 en India y Cairns AM *et al.* 2005 en Reino Unido) se ha visto que también entre los profesionales médicos hay una falta de conocimiento general acerca del maltrato y negligencia infantil que les impide detectar e identificar los casos sospechosos, y por tanto corrobora la necesidad de educación médica continua en los aspectos de maltrato y negligencia infantil.

En general, los investigadores consideran necesario mejorar los planes de estudios de odontología para proporcionar información acerca de la detección y presentación de informes de abuso infantil; ya que es probable que se encuentren ante estas situaciones. Consideran que se deben proporcionar documentos de formación y cursos, manuales y tutoriales adaptados para los dentistas que les ayuden a mejorar sus conocimientos y actitudes en relación con las víctimas de abuso infantil. (Ante J *et al.* 2012 en Croacia, Da Silva R.A 2014 en Brasil, Al-Habsi *et al.* 2009 en Reino Unido, Fierro C *et al.* 2012 en Italia, El Sarraf M *et al.* en

Brasil 2012; Welbury R 2001 en Reino Unido; Uldum B *et al.* 2010 en Dinamarca, y Thomas JE, Straffon L y Inglehart MR 2006 en USA).

En la mayoría de los estudios revisados se recalca que los odontólogos están obligados por ley a denunciar los casos en los que crean que hay sospecha de maltrato infantil o en caso de negligencia. Esto pone de manifiesto que aunque las leyes estatales de cada país son diferentes, todas coinciden en materia jurídica y penal con respecto a este tema, a pesar de las diferentes culturas y costumbres.

Los autores en general destacan que sólo un pequeño porcentaje de los casos de sospecha es denunciado ante las autoridades legales. Esto indicaría una falta de concienciación por parte de estos profesionales sobre la necesidad de adoptar medidas de protección para las víctimas de maltrato infantil. Es necesario que los dentistas reciban más información sobre la necesidad de estar alerta ante la detección de casos sospechosos de malos tratos a los niños y adolescentes, y sobre su obligación legal de informar de estos casos a las autoridades.

Con respecto a las fuentes de aprendizaje sobre el maltrato infantil, se han citado la formación académica de pregrado, la formación continuada reglada y el autoaprendizaje que incluye asistencia a congresos y consulta a revistas científicas.

Sonbol, HN *et al.* (2012) analiza que el 34% (88) de los encuestados entrenamiento formal para reconocer y notificar el abuso infantil, y el 42% (n = 106) habían realizado cursos de formación continua de educación sobre el tema.

En este sentido, frente al estudio de Cairns AM, Mok JY y Welbury RR (2005) en el que solo el 19% recordaba alguna formación de pregrado y el 16% había asistido a una conferencia o seminario de posgrado en protección infantil, en estudios posteriores (Sonbol HN 2012 en Jordania y Al-Dabaan R 2014 en Arabia Saudita) el 34% y el 69% respectivamente de los encuestado señalaba como fuente principal de aprendizaje sobre maltrato infantil la formación de pregrado. Sin embargo no hay suficientes datos para establecer si ha mejorado el papel de la formación sobre el maltrato infantil en los planes de estudio.

Por otra parte, en los estudios en los que se ha investigado la efectividad de cursos de formación virtual (Welbury 2001 en Inglaterra, Newcity 2011 en USA, Harris 2011 en Inglaterra, Shapiro 2014 en USA y Al-Dabaan 2016 en Arabia Saudí) los autores siempre encontraron una utilidad y efectividad muy alta en la preparación y motivación de los participantes.

También se ha visto que existe una relación importante entre la participación de los profesionales en cursos de formación continuada y el conocimiento y actitud hacia la detección y notificación de casos de sospecha de maltrato infantil (Newcity A 2011 en USA).

El papel de la formación continuada en esta temática también se subraya por Newcity A, Ziniel S y Needleman H. en 2011, puntualizando que los dentistas que participan en cursos de formación continua sobre el tema del maltrato infantil y negligencia, son 41 veces más capaces de reconocer e informar sobre esta problemática, y Sonbol en 2012 que resalta el alto porcentaje de los encuestados en su estudio (42%) que obtuvieron formación adicional sobre la materia a través de la formación continuada.

Como hecho concreto y persistente cabe destacar que en casi todos los estudios revisados, la mayor parte de dentistas revelaron su deseo de obtener más conocimiento sobre el abuso y maltrato infantil, lo que traduce una cierta preocupación de los profesionales por su formación en esta materia.

Por último, el contraste de nuestros resultados con el análisis de la literatura sugiere que los dentistas en general, y concretamente los dentistas de nuestro entorno, necesitan más formación para aumentar sus conocimientos y concienciación acerca de los muchos aspectos del abuso infantil. Además, la sociedad necesita que sean capaces de reconocer los signos de abuso infantil y denunciar los casos sospechosos a las autoridades pertinentes.

Sería conveniente contrastar si la educación impartida en las escuelas y facultades de odontología en la actualidad, es suficiente para capacitar a los futuros profesionales para reconocer las señales de maltrato infantil que se pueden detectar en un examen dental, y la consecuente actuación que debe emprender para proteger a la posible víctima infantil.



## **6.5 PRINCIPALES LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El tamaño de la muestra, la selección de conveniencia y los foros de procedencia son las principales limitaciones de este estudio.

Una muestra aleatorizada por estratos de edad y de mayor tamaño permitiría analizar más a fondo las posibles diferencias en la formación y actitudes con el paso del tiempo.

El hecho de que los cuestionarios se distribuyeran en foros ligados a la formación podría determinar una sobreestimación del nivel de conocimientos sobre el maltrato infantil, si se extrapolasen al conjunto de los dentistas de nuestro entorno.

No se ha valorado el ámbito público o privado, en el que los dentistas encuestados desempeñan su labor profesional, lo que podría haber marcado diferencias en alguno de los parámetros estudiados.

El alto porcentaje de dentistas menores de 28 años y también de dentistas con menos de 10 años de experiencia profesional, puede haber determinado una menor posibilidad de contacto con un caso sospechoso de maltrato infantil.

Los resultados de este estudio y la trascendencia social del tema, sugieren la conveniencia de llevar a cabo futuras investigaciones sobre este ámbito en muestras y estratos representativos.



## 7.- Conclusiones

---

Teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, los resultados obtenidos nos permiten concluir:

1.- Los dentistas encuestados reconocen de forma desigual las señales físicas asociadas con el maltrato infantil, y resaltan la dificultad de diferenciar las lesiones provocadas de las accidentales.

Hasta un 88% identifica las caries rampantes no tratadas en niños como negligencia dental, el 61% de ellos no relaciona la negligencia física y la negligencia dental y solo la mitad sabe que la cara, cuello orejas y hombros son zonas habituales de castigo en el maltrato infantil.

2.- No se ha podido establecer una correlación franca entre el género y un mayor conocimiento de los aspectos relevantes en el maltrato infantil, aunque se observa una ligera tendencia (en dos preguntas) a favor de las mujeres.

3.- Tampoco se ha podido establecer una correlación evidente entre la edad y los años de experiencia y un mayor conocimiento de los aspectos relevantes en el maltrato infantil, si bien se observa una ligera tendencia de mayor conocimiento hacia los más jóvenes y los que tienen menos años de experiencia ( en dos y tres preguntas respectivamente).

4.-No se ha encontrado ninguna correlación entre la formación académica y un mayor conocimiento sobre el maltrato infantil.

5.-La casi totalidad de los dentistas encuestados conocen sus obligaciones como profesionales en caso de sospecha de maltrato infantil, pero solo la mitad saben los pasos que deben seguir si se enfrentan a esa situación. Entre quienes están informados el miedo a equivocarse es la principal barrera para notificar.

6.- El 96% de los dentistas encuestados desearían tener más conocimientos sobre el maltrato infantil y su relación con la odontología.

7.- Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de incrementar las oportunidades de formación en reconocimiento y protocolos de actuación ante la sospecha de maltrato infantil, tanto a nivel de pregrado como en la formación continuada de postgrado.



## 8.- Bibliografía

---

- Al-Dabaan R, Newton JT, y Asimakopouloub K (2014):“Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect”. *Saudi Dent J*, 26(3), pp. 79–87.

- Al-Dabaan R, Asimakopoulou K, y Newton JT (2016). “Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre- and post-test study”. *Eur J Dent Educ*, 20, pp. 45–54.

- Al-Habsi SA, Roberts G J, Attari N y Parekh S (2009). “A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register?” *BDJ*, 206: E7.

- Al-Jundi SH, Zawaideh FI y Al-Rawi MH (2010) . “Jordanian Dental Students’ Knowledge and Attitudes in Regard to Child Physical Abuse”. *J Dent Education* (74) 10, pp. 1159-65.

- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry (2005). “Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect”. *Reference Manual* 33 (6): 11/12, pp. 147-50.

- Asamblea General de las Naciones Unidas, tema 62 del programa provisional, Promoción y Prevención de los Derechos del Niño, 29 de Agosto de 2006.[Consultado el 21 de Octubre de 2011].

- Bankole OO, Denloye OO y Adeyemi AT. (2008) “Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists”. *Afr J Med Med Sci J* ,37(2), pp.125-34.

- Boletín Oficial de Estado (BOE) del 4 de Marzo de 2011. Nº 54; sección III, pp. 24971-24981. [ Consultado el 21 de Noviembre de 2011].

- Cairns AM, Mok JY y Welbury RR. (2005). “ The dental practitioner and child protection in Scotland”. *Br Dent J*. 22;199(8), pp. 517-20.

- California Dental Association Foundation (2004). “Dental Professionals Against Violence”. [Consultado el 19 de Noviembre de 2011].

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000 [Consultado el 15 de Octubre de 2011].

- Cavalcanti LA, Granville-Garcia AF, Melo de Brito Costa EM, de Barros Correia Fontes L, Oliveira Pereira Diniz de Sá L y Durval Lemos A. (2009) "Dentist's Role in Recognizing child abuse: a case report". *Revista Odonto Ciencia*, 24(4), pp. 432-4.

- Child Welfare Information Gateway (2010). "Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistics and Interventions". Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/img/Child\\_Abuse\\_and\\_Neglect\\_Fatalities.\\_Statistics\\_and\\_Interventions\\_\(en\\_ingles\).pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/img/Child_Abuse_and_Neglect_Fatalities._Statistics_and_Interventions_(en_ingles).pdf). [Consultado el 16 de Noviembre de 2011]

- Collantes M, Figueroa C, Garay R, Moreno A, Munayco E, Paulino W, Vargas H, Chira A, Huatuco del Solar E y Schult E. (2008). "Prevención de Traumatismo Dental y Maltrato Infantil en Odontopediatría". Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/monografias/alumnos/quintana\\_dc.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/monografias/alumnos/quintana_dc.pdf). [Consultado el 10 de Noviembre de 2011].

- Comunidad de Aragón. (2004). "Maltrato en la infancia". Informe especial sobre los malos tratos en el seno familiar y la violencia de hijos a padre. [Consultado el 24 de Noviembre de 2011].

- Consejo General del Poder Judicial (2003). Servicio de Inspección del Informe provisional sobre violencia doméstica en el ámbito de menores. Disponible en: <https://www.icav.es/bd/archivos/archivo365.pdf> [Consultado el 23 de Diciembre de 2011].

- Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas (1989). Disponible en [www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf](http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf) [Consultado el 10 de Octubre de 2011]

- Cukovic- Bagic I, Dumancic J, Tiljak MK, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Krupic I, Bakarcic D, Budimir M y Welbury RR. (2015) "Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect". *Int J Paediatr Dent* ,25(6), pp. 444-50.

- Custodio-Menéndez Y. (2004). "Cuestionario y análisis de salud oral en el profesorado" (monografía Facultad Odontología). Tenerife: Universidad Complutense Madrid.

- Da Silva RA, Goncalves LM, Rodrigues AC y Da Cruz MC. (2014). "The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge". *Gen Dent* ,62(1), pp.62.

- Declaración de los Derechos del Niño de 1959. Asamblea General de las Naciones Unidas. [Consultado el 10 de Octubre de 2011].

- Deshpande A, Macwan C, Poonacha KS, Bargale S, Dhillon S y Porwal P. (2015). "Knowledge and attitude in regards to physical child abuse amongst medical and dental residents of central Gujarat: a cross-sectional survey". *J Indian Soc Pedod Prev Dent* .33(3), pp. 177-82.
- Ferro M, Maldonado, A y Montiel y Rivas M. "Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil". *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. "Ortodoncia.ws" edición electrónica enero 2010. Disponible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws). [Consultado en Octubre de 2011].
- Fierro MC, Salazar SE, Ruiz SL, Luengo ML y Perez FA. (2012). "Maltrato infantil: actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile". *Int J Odontostomat*, 6(1), pp. 105-110.
- Firoozeh N, Jabbarifar SE, Khalighinejad N, Sadri L, Saeidi, A y Arbab L. (2012) "Evaluation of factors influencing child abuse leading to oro-facial lesions in Isfahan, Iran: A qualitative approach." *Dent Res J (Isfahan)*, 9(5), pp. 624-7.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAMPI) (2008). "Cuadernos de Bienestar y Prevención Infantil". [Consultado el 24 de Noviembre de 2011]
- El Sarraf M, Marego G, Correr GM, Pizzatto E y Losso EM (2012). "Physical child abuse: perception, diagnosis, and management by Southern Brazilian pediatric dentists". *Pediatr Dent* ,34(4), pp. 72-6.
- El Tantawi M, Gaffar B, Arheiam A, Aziz WA, Al-Batayneh OB, Alhoti MF, Al-Maweri S, Dama MA, Zaghez M, Hassan KS, Al-Sane M, AbdelSalam M, Sabbah W, Owais AI, Abdelgawad F, Aldhelai TA, Abd El Sadek El Meligy O, AlHumaid J y Al-Harbi F. (2018). "Dentists' intention to report suspected violence: a cross-sectional study in eight Arab countries". *BMJ Open*, 30;8(3), e019786.
- Gaitán, L. (2011). "La infancia en cifras 2009". Universidad Complutense de Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/documentos/laInfanciaCifrasdic2011.pdf>. [Consultado el 14 de Febrero de 2012].
- Gallegos L, Miegimolle M y Planells P. (2002) "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado". *Acta Odontol Venez*, 40 (3), pp. 1-7.
- Generalitat Valenciana (2008) "Informe de Salud. Violencia en la infancia en la Comunidad Valenciana". Consellería de Sanidad. [Consultado el 22 de Noviembre de 2011].
- Harris J y Welbury R. (2013) "Top tips for child protection for the GDP". *Dent Update*. 40(6), pp. 438-40.

- Harris J, Bradbury J, Porritt J, Nilchia F y Franklin C. (2011) "NHS dental professionals' evaluation of a child protection learning resource". *Br Dent J* , 22;210(2):75-9.
- Hashim R y Al-Ani A. "Child physical abuse: assessment of dental students' attitudes and knowledge in United Arab Emirates". *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013 ,14(5), pp. 301-5.
- Hashim R y Al-Dallal S. (2018) "Child physical abuse: Perception and responsibility of dentists living in the United Arab Emirates". *Eur J Gen Dent*, 7:31-4.
- Hussein SA, Ahmad R, Ibrahim N, Yusoff A y Ahmad D. (2016) "Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia" *Eur Arch Paediatr Dent* ,17, pp. 387–95.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co). [Consultado en Enero de 2012].
- Jaén P. "I Seminario para Medios de Comunicación Sobre prevención de la Violencia Sexual y Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes". Madrid. 28 de Noviembre de 2011 [Consultado el 13 de Febrero de 2012].
- Jahanimoghadam F, Kalantari M, Horri A, Ahmadipour H y Pourmorteza E. (2017). "A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Dentists and Pedodontists in Relation to Child Abuse". *J Dent Shiraz Univ Med Sci*, 18(4), pp. 282-288.
- Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK y Cukovic-Bagic I. (2012). "Croatian Dental Students' Educational Experiences and Knowledge in Regard to Child Abuse and Neglect". *J Dent Education*; 76 (11), pp. 1512-19.
- Kaur H, Vinod KS, Singh H, Arya L, Verma P y Singh B.(2017). "Child maltreatment: Cross-sectional survey of general dentists". *J Forensic Dent Sci.* , 9(1), pp. 24–30.
- Kellogg MD and the Committee on Child Abuse and Neglect (2005). "Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect". *Pediatrics*, 116(6).
- Kilpatrick NM, Scott J y Robinson S. (1999)"Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia". *International Journal of Paediatric Dentistry*, 9, pp. 153-9.
- Kirankumar SV, Noorani H, Shivprakash PK y Sinha S. (2011). "Medical professional perception, attitude, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Bagalkot district of north Karnataka: A survey report" .*J Indian Soc Pedod Prev Dent* , 29(3), pp. 193-7.

- Lachica E. (2010). "Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales". Cuad. med. forense [online]. 16 (1-2), pp. 53-63

-

- Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R y Papagiannoulis L. "Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece". Int J Paediatr Dent. 2013 ;23(1):64-71.

- Legano L, McHugh M y Palusci V. (2009) "Child Abuse and Neglect". Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 9:31.e1-31.e26.

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley Enjuiciamiento Civil. BOE nº 15, del 17 de Enero de 1996.

- Ley 26/2015, de 28 de Julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. BOE nº 180, del 29 de Julio de 2015.

- Little K. (2004) "Family Violence: An Intervention Model for Dental Professionals". OVC Bulletin. Office of Justice Programs. Disponible en [www.ojp.usdoj.gov](http://www.ojp.usdoj.gov) [Consultado el 19 de Noviembre de 2011].

- Louwers E, Affourtit MJ, Moll HA, De Koning HJ y Korfage IJ. (2010). "Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review". Arch Dis Child ,95, pp. 214-8

- Maltrato infantil. (2008) <http://www.odonfo.com/2008/08/maltrato-infantil.html>. [Publicado el 13 de Agosto de 2008 y consultado el 7 de Diciembre de 2011].

- "Majority of U.S. Adults Had Troubled Childhoods: CDC." Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/img/Infancia\\_problema\\_de\\_la\\_mayoria\\_de\\_americanos\\_\(en\\_ingles\)..pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/img/Infancia_problema_de_la_mayoria_de_americanos_(en_ingles)..pdf). [Consultado el 12 de Noviembre de 2011]

- Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M y Facchin P. (2007) "Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy". J Clin Pediatr Dent., 32(1), pp. 19-25.

- Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A y Cuković-Bagic I.(2015) "Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect". Mater Sociomed ,27(6), pp. 372-375.

- Mathur S y Chopra R. (2013)"Combating child abuse: the role of a dentist". Oral Health Prev Dent., 11(3), pp. 243-50.

- Martín Arribas, MC. (2004) "Diseño y validación de cuestionarios". Matrona profesión, 5(17), pp. 23-29.

- Medrano G y Perona G. (2010) "Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?" *Odontol. Pediatr*, 9(1), pp. 78-94.
- Mikton Ch y Butchart A. (2009) "Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews". *Bull World Health Organ*, 87, pp. 353-61.
- Newcity A, Ziniel S y Needleman H. (2011) "Part 1: knowledge and educational experience. Recognizing and reporting child maltreatment: a survey of Massachusetts Dentists". *J Mass Dent Soc.*, 60(3), pp. 20-3.
- Newcity A, Ziniel S y Needleman H. (2011) "Part 2: abuse. Recognizing and reporting child maltreatment: a survey of Massachusetts Dentists". *J Mass Dent Soc*, 60(3), pp. 24-7.
- Newcity A, Ziniel S y Needleman H. (2011) "Part 3: neglect. Recognizing and reporting child maltreatment: a survey of Massachusetts Dentists". *J Mass Dent Soc*, 60(3), pp. 28-31.
- Newton A, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C y Lewis M. (2010) "Improving Child Protection in the Emergency Department: A Systematic Review of Professional Interventions for Health Care Providers". *Acad Emerg Med*, 17(2)
- Observatorio infancia (2006). "Maltrato Infantil: Detección, notificación y registro de casos". Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Secretaría General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Consultado el 22 de Noviembre de 2011].
- Observatorio infancia (2009) "Estadística básica de medidas de protección a la infancia". Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Secretaría General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín nº 12.
- Organización Mundial de la Salud. (2010) "Maltrato infantil". Centro de prensa de la OMS. Nota descriptiva 150 [Consultado el 23 de Noviembre de 2011].
- Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. (2009) "Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study". *Int J Paediatr Dent*, 19:291-6.
- Planells del Pozo P. y Gallegos López L. (2004) Lesiones por malos tratos. En: Boj JR *et al.*, Eds. *Odontopediatría*. Barcelona: Masson. pp423-437.
- Preethi S, Einstein A y Sivapathasundharam B. (2011) "Awareness of forensic odontology among dental practitioners in Chennai: A knowledge, attitude, practice study". *J Forensic Dent Sci*, 3(2): 63-6.

- Preidt R. (2012) "Toothache More Likely to Strike Poor, Minority Kids: U.S. Study". Disponible en [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory\\_105025.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_105025.html) [Consultado en Febrero de 2012].

- Ramos-Gomez F, Rothman D y Blain S. (1998). "Knowledge and attitudes among california dental care providers regarding child abuse and neglect ". JADA, Vol. 129: 340-348.

- Rebollo KL. (2004). "Diseño de una campaña visual, para difundir información acerca del maltrato infantil". Universidad de las Américas Puebla. Cholula, Puebla, Méjico. [Consultado en Octubre de 2011].

- Shapiro MC, Anderson OR y Lal S. (2014) "Assessment of a novel module for training dental students in child abuse recognition and reporting". J Dent Educ, 78(8), pp. 1167-75.

- Sanmartín J. (2002) "Maltrato infantil en la familia 1997-98". Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, pp. 110-2.

- Santana-Tavira R, Sánchez.Ahedo R y Herrera-Basto E. (1998) "El maltrato infantil: un problema mundial". Salud pública de México , 40(1).

- Serna L. (2011) "¿Cómo Afecta en los Niños de 3 a 6 Años de Edad, el Maltrato Físico, Emocional o Mental?". Disponible en: <http://200.21.104.25/grume/investigacion/Documentos/Maltrato%20infantil2.pdf>. [Consultado el 16 de Octubre de 2011].

- Schönbuche V , Maier T, Held L, Mohler-Kuo M, Schnyder U y Landolt MA. (2011). "Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review". Swiss Med Wkly, 140,w:13123.

- Shalu R. (2011). "Dental Perspective: Recognition and Response to Child Abuse and Neglect in Indian Setting". J Indian Acad Oral Med Radiol, 23(1), pp. 57-60.

- Sociedad Española de Odontopediatría (2011). "Maltrato Infantil. Lesiones por malos tratos". Disponible en [http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS\\_TRATOS\\_columnasFIGURASfinal2.pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/img/MALOS_TRATOS_columnasFIGURASfinal2.pdf). [Consultado el 13 de Noviembre de 2011].

- Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R y Al-Bitar ZB. (2012) "Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists". Eur J Dent Educ 16 , pp. 158–65.

- Soriano FJ. (2005) "Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud". *PrevInfad*. [Consultado el 1 de Diciembre de 2011].

- Sousa M , Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF y Torriani DD. (2012) "Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil". *Braz Oral Res* ;26(1), pp. 5-11.

- Spencer DE. (2004 )"Child Abuse: Dentists' Recognition and Involvement". *J Calif Dent Assoc*, 4 (32), pp 299-303.

- Stavrianos C, Stavrianou P, Vasiliadis L, Karamouzi A, Tatsis D y Samara E. (2011) "Physical Child Abuse: A case report." *Social Sciences*, 6(6), pp. 432-7.

- Stephen AJ. (2009) "Neglect: Implications for de Dental Professional" Continuing Education Course. *Crest and Oral-B*. [Consultado el 29 de Mayo de 2012].

- Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR (2006) "Knowledge and Professional Experiences Concerning Child Abuse: An Analysis of Provider and Student Responses". *J Pediatr Dent*, 28(5), pp. 438-44.

- Uldum B, Nødgaard H, Welbury CR y Poulsen S (2010) "Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect". *Int J Paediatr Dent*, 20: 361-5.

- "What to Know about Child Abuse" Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/img/Que\\_saber\\_del\\_maltrato\\_infantil\\_\(en\\_ingles\)..pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/img/Que_saber_del_maltrato_infantil_(en_ingles)..pdf). [Consultado el 12 de Noviembre de 2011].

- Welbury RR, Hobson RS, Stephenson JJ y Jepson NJA (2001)"Evaluation of a computer-assisted learning programme on the oro-facial signs of child physical abuse (non- accidental injury) by general dental practitioners ". *Br Dent J* , Vol. 190 (12), p668. 3p.

# 9.- Anexos

---

**Anexo 1.-** Aprobación Comité de Ética en Investigación Experimental de la Universidad de Valencia.

VNIVERSITAT  
ID VALÈNCIA Vicerektorat  
d'Investigació i Política Científica

**D. Fernando A. Verdú Pascual**, Profesor Titular de Medicina Legal y Forense, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

**CERTIFICA:**

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 20 de noviembre de 2014, una vez estudiado el proyecto de investigación titulado: *“Maltrato infantil: Actitud y conocimientos de los dentistas”*, número de procedimiento H1411735083687, cuya investigadora responsable es Dña. Montserrat Catalá Pizarro, ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a veintisiete de noviembre de dos mil catorce.



**TÍTULO DEL ESTUDIO: EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL.**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Montserrat Catalá Pizarro. [Montserrat.Catala@uv.es](mailto:Montserrat.Catala@uv.es)

**Investigadora de campo:** M<sup>a</sup> Teresa Chofré Lorente. [mtchltt@gmail.com](mailto:mtchltt@gmail.com)

***Estimado compañero/a :***

Solicitamos su autorización para cumplimentar un cuestionario sobre conocimientos relativos al maltrato infantil.

Esta investigación tiene como objeto establecer el nivel de conocimientos entre los profesionales respecto a aspectos señalados del maltrato infantil y determinar si existe necesidad de formación en este campo específico.

El estudio se centra en odontólogos y estomatólogos que ejercen su profesión en la Comunidad Valenciana y por ello, solicitamos su colaboración para cumplimentar el cuestionario que se adjunta.

Este cuestionario puede realizarse de forma independiente o con ayuda del investigador de campo pero en cualquier caso su cumplimentación no requiere más de 10 de minutos.

Su participación en este estudio es voluntaria, y puede decidir no participar, o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

***Confidencialidad y tratamiento de los datos***

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el profesional del estudio / colaboradores podrán relacionar dichos datos con Usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

Gracias por su inestimable colaboración.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el caso de que usted consienta realizar este cuestionario, rellene por favor esta hoja. Los datos recabados en esta encuesta son confidenciales y serán utilizados sólo a efectos estadísticos.

**He leído la hoja de información anterior.**

**He podido hacer preguntas sobre el estudio.**

**He recibido suficiente información sobre el estudio.**

**Comprendo que mi participación es voluntaria.**

**El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.**

D/D<sup>a</sup>.....

DNI.....

**Doy mi consentimiento para participar en la cumplimentación del cuestionario y para que este material, aparezca en informes y artículos de revista de publicaciones médicas, manteniendo siempre en el anonimato la identidad del encuestado.**

Autorizo,

Firmado

Valencia,      de              de 201

### Anexo 3-. Cuestionario.

#### EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL.

1) Sexo    Hombre                       Mujer

2) Indique el rango de edad en el que se encuentra

<28 años                       28-40 años                       41-50 años                       >51 años

3) Estudios

Médico Estomatólogo                       Licenciado                       Graduado

Años de práctica    <5 años                       6-10 años                       11-20 años                       >21 años

4) ¿Tiene alguna formación complementaria (Máster, Postgrado, Doctorado)?

No     Si     (Indique la especialidad/es) \_\_\_\_\_

5) ¿Atiende Ud. Pacientes infantiles?

Todos los días                       Al menos uno a la semana                       Ocasionalmente

Nunca

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones siendo MA: Muy de Acuerdo, A: De Acuerdo, I: Indiferente, DS: Desacuerdo y MDS: Muy en Desacuerdo.

	MA	A	I	DS	MDS
6) <i>El maltrato infantil se relaciona con el nivel de pobreza .</i>					
7) <i>Los niños que han sido víctima de maltrato, comunican el abuso sufrido a alguien de manera temprana.</i>					
8) <i>En caso de sospecha de maltrato infantil se debe actuar.</i>					
9) <i>La falta de atención ante la necesidad de un tratamiento médico para el niño, se considera maltrato infantil.</i>					

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones siendo MA: Muy de Acuerdo, A: De Acuerdo, I: Indiferente, DS: Desacuerdo y MDS: Muy en Desacuerdo.

	MA	A	I	DS	MDS
10) Entre el 50 y 75% de las lesiones ocurren en cabeza y cuello					
11) La presencia de daños en la mejilla debe alertar al profesional sobre la posibilidad de que el niño haya sido golpeado.					
12) Resulta difícil diferenciar qué lesiones son accidentales y cuáles no.					
13) Existe una relación entre negligencia dental y negligencia física					
14) Los golpes repetidos en los dientes son un indicador de abuso infantil.					
15) Es común que aparezcan daños en orejas, laterales de cara y cuello y hombros durante el juego y de forma diaria.					
16) Las quemaduras orales suelen dejar la marca de objetos.					
17) Las marcas de mordiscos son signos de sospecha de maltrato infantil.					
18) Las mordeduras humanas se diferencian claramente de las animales.					
19) En caso de lesiones como petequias o eritema en el paladar, debe descartarse la posibilidad de que exista abuso sexual.					
20) Cuando un niño presenta caries rampante y los padres deciden deliberadamente no tratarlo, se produce una negligencia dental.					

Marque la contestación que le parezca más correcta.

21) Los odontólogos/médicos estomatólogos tienen el deber de actuar ante un caso de maltrato	SI	NO	NO SÉ
22) Los odontólogos/médicos estomatólogos están obligados a informar ante un caso de maltrato.	SI	NO	NO SÉ

23) ¿Dónde debe presentar la notificación de sospecha? Marque la opción u opciones que le parezcan más correctas)

- Juzgado de guardia o Servicios sociales       Policía   
 Hospital más cercano       No sabe/No contesta

24) <i>Alguna vez ha tenido la sospecha de tener ante Ud. Un caso de maltrato infantil</i>	SI	NO
25) <i>Ha denunciado Ud. Algún caso de maltrato infantil</i>	SI	NO

26) En caso de que haya estado frente a un posible caso de maltrato infantil y no lo haya denunciado indique por favor el motivo:

- Desconocimiento del tema       Miedo a las represalias familiares   
 Temor a equivocarme       Por no verse envuelto en un proceso legal   
 Otros motivos

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones siendo MA: Muy de Acuerdo, A: De Acuerdo, I: Indiferente, DS: Desacuerdo y MDS: Muy en Desacuerdo.

	MA	A	I	DS	MDS
27) <i>Ha recibido usted la suficiente formación sobre el maltrato infantil y su relación con la odontología.</i>					
28) <i>Ha recibido usted la suficiente formación sobre la notificación del maltrato infantil.</i>					
29) <i>¿Sería capaz con sus conocimientos de actuar como testigo por requerimiento legal en un caso de maltrato infantil?</i>					

30) De las siguientes marque cual o cuales han sido sus fuentes de aprendizaje sobre el maltrato infantil:

- Formación académica       Revistas y literatura relacionada   
 Cursos formación continuada       Conferencias, congresos y/o reuniones dentales

31) <i>¿Desearía tener más conocimientos acerca de esta problemática y su relación con la odontología?</i>	SI	NO	NO SÉ
--	----	----	-------



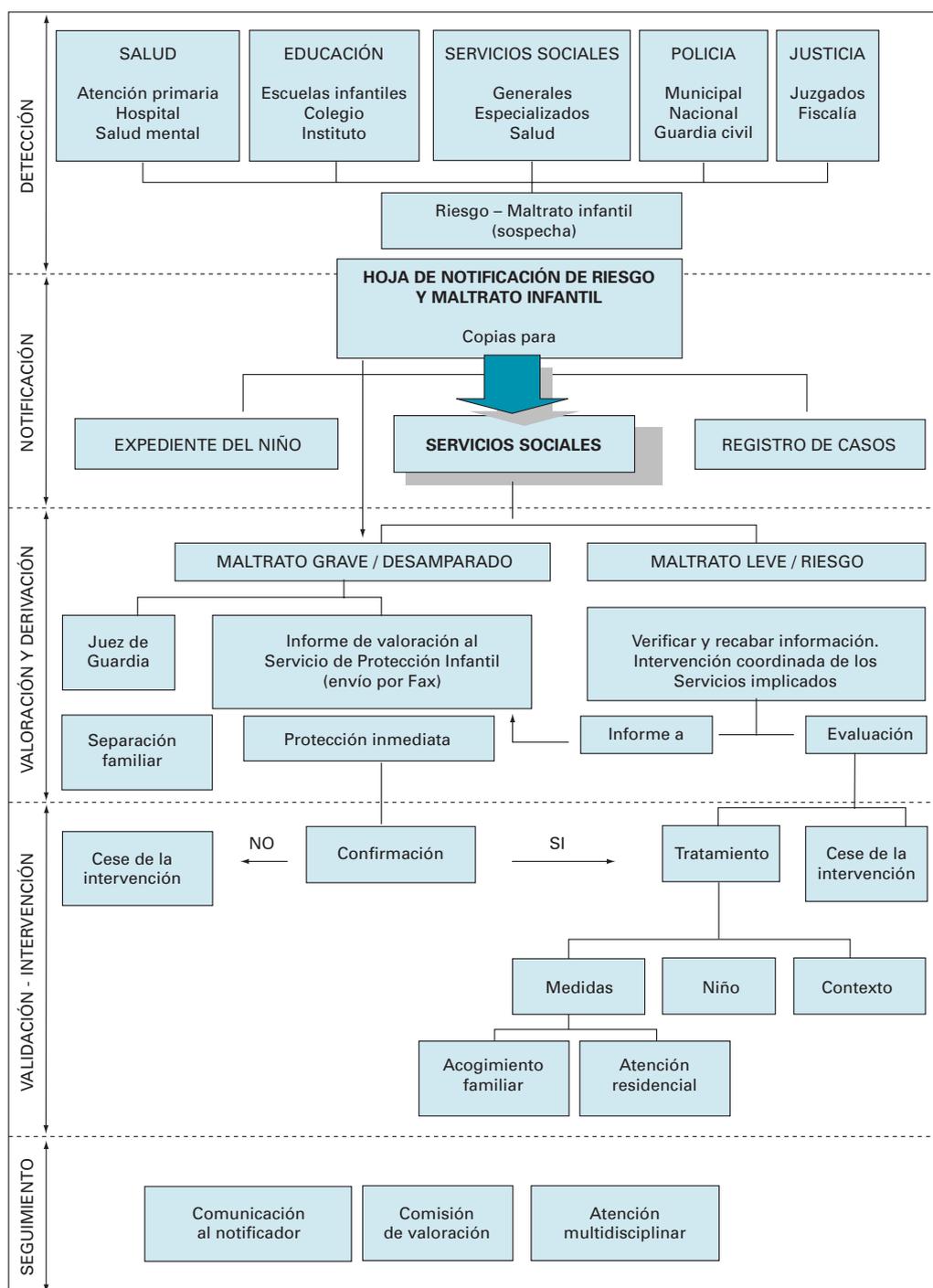
**Anexo 4-** Respuestas consideradas acertadas para cada pregunta.

Repuestas consideradas acertadas en cada uno de los ítems:

- Pregunta 6: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 7: en desacuerdo o muy en desacuerdo.
- Pregunta 8: Muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 9: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 10: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 11: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 12: en desacuerdo o muy en desacuerdo.
- Pregunta 13: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 14: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 15: en desacuerdo o muy en desacuerdo.
- Pregunta 16: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 17: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 18: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 19: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 20: muy de acuerdo o de acuerdo.
- Pregunta 21: si
- Pregunta 22: si
- Pregunta 23: Juzgado de Guardia o Servicios Sociales
- El resto (24-31) son cualitativas y a valorar



**Anexo 5.- Fases del Proceso en casos de Riesgo y Maltrato Infantil. (Observatorio infancia 2006)**



(\*) Siempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores.

(\*\*) Parte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios de la Comunidades Autónomas con la competencia de protección de menores.

(\*\*\*) Cuando se requiera la intervención del Fiscal de Menores con sus funciones de defensor del menor o de la policía en las ciudades el GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMUME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil).



**Anexo 6**-.Protocolos sobre detección y notificación del maltrato infantil. (Observatorio infancia 2006)

Comunidad Autónoma	Documento
Andalucía	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instrucciones sobre prevención y atención por los Centros Docentes en caso de maltrato a menores. 1997</li> <li>2. La atención a la infancia en Andalucía. Dirección General de Atención al niño. 1993</li> <li>3. Jiménez J, Moreno MC, Oliva A, Palacios J, Saldana D. El maltrato infantil en Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995</li> <li>4. Sánchez EM, Cañas M, Muriel R, Ponce JA, Valdecantos R (dir).Guía de atención al maltrato infantil. Sevilla: ADIMA, 1993</li> </ol>
Aragón	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Guía sobre maltrato infantil. Diputación General de Aragón.</li> <li>6. Programa de intervención familiar. Documento de trabajo. Dirección General de Bienestar Social.</li> <li>7. Casión JM, Mur MJ, Gómez JD, Lahoz J et al. Detección del maltrato infantil. Análisis de la realidad y propuestas de actuación del Programa de Prevención y Detección de Situaciones de desprotección y maltrato infantil en Aragón. 2001</li> <li>8. El maltrato a menores en la ciudad de Zaragoza. Diputación General de Aragón–Equipo de Investigación Sociológica EDIS. 1992</li> </ol>
Asturias	
Baleares	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Carrión A, Mercadal A, Michelena A. Maltractament infantil. Guia per mestres.</li> <li>10. Michelena A, Cerezo MA. Maltrato infantil en las Islas Baleares: Fomento de su detección y mejora de la intervención desde el servicio de menores. Govern Balear. 1998</li> <li>11. Programa experimental de prevenció del maltractament infantil des de l'àmbit escolar. Memoria curs 98/99. Govern de les Isles Balears. 2000</li> </ol>
Canarias	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Hoja de comunicación de posible situación de desamparo.</li> <li>13. Hoja de denuncia de posible situación de desamparo.</li> <li>14. Grande J (de). Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores. Servicio Canario de Salud. 1999</li> </ol>
Cantabria	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. García M, Lozano MJ (dir). Malos tratos en la infancia. Instituto Nacional de la Salud. Cantabria. 1990</li> <li>16. Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales. CAVAS. 2000</li> </ol>
Castilla-La Mancha	
Castilla y León	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Modelos de Hoja de notificación y de Informe sobre situaciones detectadas de desprotección infantil</li> <li>18. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Junta de Castilla y León.</li> <li>19. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil. Junta de Castilla y León.</li> <li>20. Verdugo MA, Gutiérrez B, Fuertes J, Elices JA. Maltrato y minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.</li> </ol>
Cataluña	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Alonso JM, Creus E, Domingo F, <i>et al</i>. El llibre d'en pau. Guia per a l'àmbit de treball del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Generalitat Catalunya. 1996</li> <li>22. Martínez Roig A. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat. Generalitat de Catalunya. 1991</li> <li>23. Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi actual i balance de la seva situació actual. 1991</li> <li>24. Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Quants, Com, Per què. Centre d'Estudis Jurídics. Generalitat de Catalunya. 2000</li> </ol>

Comunidad Autónoma	Documento
Extremadura	<p>25. Hoja de notificación de la Dirección General de Infancia y Familia de la Consejería de Bienestar Social</p> <p>26. Hoja de notificación del Programa Experimental para la mejora del tratamiento en los casos de riesgo de maltrato infantil</p> <p>27. Ficha de Detección utilizada de los Programas de Educación por los profesionales de Educación Familiar y Apoyo a Familias Desfavorecidas y en situación de Riesgo Social.</p> <p>28. Ficha de Recepción de Llamadas del Teléfono al Menor</p> <p>29. Merideño F (dir). Guía de detección y notificación del maltrato infantil. Consejería de Bienestar Social. 1998</p>
Galicia	<p>30. Guía para a detección do maltrato infantil. Xunta de Galicia. 1999</p> <p>31. Guía para a detección de situacións de maltrato infantil. Xunta de Galicia. 1997</p> <p>32. A infancia: problemas e solucións. Relatorios das xornadas. Xunta de Galicia. 2000</p>
La Rioja	<p>33. Escalona MJ, Navas E, Vallés P, Vallespi O. La infancia ignorada. Una aproximación a la desigualdad social en Logroño desde la perspectiva de la educación social. Instituto de Estudios Riojanos. Gobierno de La Rioja. 1995</p>
Madrid	<p>34. Abad D, Albeniz C, Alzu V, Casado J <i>et al.</i> Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud. Consejería de Salud. 1993</p> <p>35. Casas F, González M, Calafat C, Fornells M. Riesgo y protección en la población infantil: factores sociales influyentes según los profesionales de la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 2000</p> <p>36. Díaz Aguado MJ, Martínez R (dir). Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para la detección a través de la escuela. Madrid: Consejería de Educación. 1996</p> <p>37. Díaz Aguado MJ, Martínez R (dir). La. educación infantil y el riesgo social . Su evolución y tratamiento. Madrid: Consejería de Educación. 2001</p> <p>38. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al abuso sexual infantil. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 2000</p> <p>39. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde salud mental. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 2000</p> <p>40. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 1999</p> <p>41. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998</p> <p>42. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J (dir). Atención al niño de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario. Consejería de Servicios Sociales. 1999</p> <p>43. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Programa para la detección del riesgo social en neonatología. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998</p> <p>44. Lobo E, Duce R, García E, Martínez MR, Varona B. Guía para la escuela. La protección de los niños y niñas en situación de riesgo social. Consejería de Educación. 1989.</p> <p>45. Oñorbe M, García M, Díaz Huertas JA (dir). Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Salud. 1995</p> <p>46. Procedimiento de colaboración para la atención social de menores. Instituto Madrileño del Menor y la Familia - Ayuntamiento de Madrid. 1998</p> <p>47. Simón C, López JL, Linaza JL. La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 1998</p> <p>48. Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario</p> <p>49. Hoja de notificación de riesgo social en la embarazada y el recién nacido</p> <p>50. Hoja notificación escuela (E 10)</p>

Comunidad Autónoma	Documento
Murcia	51. Parra JA, García J, Mompeán P (dir). Maltrato infantil. Protocolos de actuación. Consejería de Trabajo y Política Social. Murcia. 2000
Navarra	
País Valenciano	52. El papel del ámbito educativo en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil (Borrador avanzado) 53. El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil. (Borrador avanzado) 54. El papel del ámbito policial en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil. (Borrador avanzado)
País Vasco	55. Paúl J (dir) Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988 56. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del personal de guarderías en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 57. Martínez A, Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 58. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del trabajador social en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 59. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del Agente de Policía en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988 60. Redondo E (dir). I Jornadas sobre Infancia Maltratada: Maltrato institucional. Diputación Foral de Álava. 1994 61. Los abusos sexuales a menores. Diputación Foral de Álava. 1994 62. EMAIKER. Menores en situación de riesgo en Álava. Diputación Foral de Álava. 1995 63. Aisa E, Fuente A, Garate J, García T <i>et al</i> . Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Diputación Foral de Vizcaya. Gobierno Vasco -. 2000. 64. Plan de Infancia para la atención de las situaciones de desprotección infantil. 2000 65. Protocolo de intervención policial ante situación de maltrato infantil. Diputación Foral de Álava.

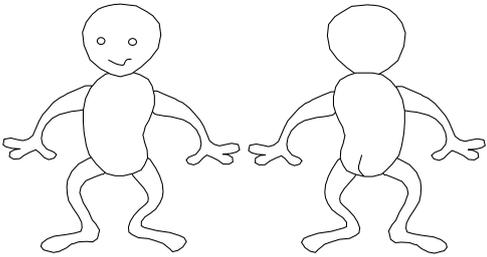
Institución	Documento
Ministerio Sanidad y Consumo	66. Jornadas ante el maltrato a la infancia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990 67. Sánchez Moro C (dir). Aproximación a un análisis cualitativo de los malos tratos a la infancia. Equipo de Investigación EDIS. 1988 68. Consejo interterritorial. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999
Ministerio de Justicia	69. Memoria de la Fiscalía General del Estado Año 2000 pags. 305-323 70. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales. 1999 Tomo I. Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Apuntes para una reforma. La violencia en el ámbito familiar: aspectos jurídicos y médico-periciales Tomo II. Delitos contra la libertad sexual. Aspectos jurídicos y médico legales. Proyectos de reforma legislativa. Tomo III. Características psicopatológicas del agresor y la víctima en los supuestos de violencia familiar. Protección de las víctimas de los delitos violentos y contra la libertad sexual.
Ministerio del Interior	71. División de Formación y Perfeccionamiento. Curso de tratamiento policial de menores. Dirección General de la Policía.

Institución	Documento
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	
Instituto de la Mujer	72. Violencia contra las mujeres. 1995
Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia	<p>73. Gracia E, Musitu G. Programa de formación para profesionales del ámbito social en materia de malos tratos a la infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999</p> <p>74. Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. 1994</p> <p>75. López F, Torres B, Fuertes J, Sánchez JM. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1994</p> <p>76. Documento sobre la violencia en el ámbito familiar. Conclusiones del Grupo de Trabajo</p> <p>Materiales de Trabajo</p> <p>77. (53) Programa experimental para la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo de maltrato no grave. Región de Murcia. 2000</p> <p>78. (54) Maltrato infantil en las Islas Baleares: fomento de su detección y mejora de la intervención desde el Servicio de Menores 1995-1997</p> <p>79. (55) Programa experimental de atención y tratamiento a familias con problemas de maltrato infantil. Principado de Asturias. 2000</p> <p>80. (56) Experiencias de investigación de malos tratos a la infancia. Memoria del Programa experimental sobre Abuso sexual infantil. Generalitat Valenciana. 2000</p> <p>81. (59) Los malos tratos en el ámbito familiar valorados por los servicios sociales comunitarios. Explotación específica del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales en Asturias y Murcia. 2000</p> <p>82. (67) Programa de integración familiar. Comunidad Autónoma de Galicia. 2001</p> <p>83. (70) Leyes de Protección a la infancia de las Comunidades Autónomas. 2001</p> <p>84. Observatorio de la Infancia</p> <p>85. Catalogo de Estudios e Investigaciones</p> <p>86. Estudio Delphi para la elaboración de una Hoja de Notificación de casos de maltrato infantil. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública. 2000</p>
Senado	<p>87. Informe de la Ponencia para el estudio de la Problemática de los hechos y comportamientos violentos relacionados con los menores de edad, constituida en el seno de la Comisión de Interior y Función Pública. 1998</p> <p>88. Informe de la Ponencia constituida en el seno de la Comisión de Relaciones con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos sobre la Problemática del Menor en España. Boletín Oficial de la Cortes Generales Senado 3 de mayo de 1989 Pág. 11953-11975</p> <p>89. Informe del Defensor del Pueblo sobre Violencia escolar. Defensor del Pueblo. 1999</p>
Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia	<p>90. Sanmartín J. Violencia contra niños. Ariel. 1999</p> <p>91. Maltrato infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997-1998).</p> <p>92. Raine A, Sanmartín J. Violencia y psicopatía. Ariel. 2000</p> <p>93. Materiales sobre violencia en la escuela.</p>
Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)	<p>94. El maltrato infantil: guía para maestros. Asociación Murciana de apoyo a la infancia maltratada. 1996</p> <p>95. I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona. 1989</p> <p>96. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria. 1991</p> <p>97. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Madrid. 1993</p> <p>98. IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Sevilla. 1995</p> <p>99. V Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Valencia. 1999</p>

Institución	Documento
International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN)	<p>100. IV European Congress on Child Abuse and Neglect. Padua, Italia. 1993</p> <p>101. VI European Congress on Child Abuse and Neglect. Barcelona, España 1997</p> <p>102. VIII European Congress on Child Abuse and Neglect. Jerusalén, Israel. 1999</p> <p>103. Daro D, Downs B, Keeton K, McCurdy K <i>et al.</i> World perspectives on child abuse: An international resource book. National Committee on Child Abuse Prevention Research. ISPCAN. 1992</p> <p>104. Bross DC, Miyoshi TJ, Miyoshi P, Krugman RD. World perspectives on child abuse: The fourth international resource book. ISPCAN. 2000</p>
Save the children	<p>105. Horno P. Educa. No pegues. Materiales didácticos. 1999</p> <p>106. Molino M. El menor como víctima en el proceso judicial.</p> <p>107. Nyman A, Svensson B. Chicos. Abuso sexual y tratamiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000</p> <p>108. Holman K. Tratamiento de jóvenes agresores sexuales. 2001</p> <p>109. Holman K. Abuso sexual infantil. Programas de prevención. ¿Cuál es el efecto del trabajo en prevención. 2001</p>
Plataforma Asociaciones Infancia (POI)	<p>110. Martínez M. El niño en Europa. Representaciones sociales de los adolescentes madrileños sobre la violencia. 2000</p>
Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)	<p>111. WHO Regional Office for Europe. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO/HSC/PVI/99.1 Ginebra, Suiza 1999</p> <p>112. WHO. First Meeting on Strategies for Child Protection EUR/ICP/FMLY/ 01.03.01 Padua, Italia 1998</p> <p>113. Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health. Protocol for the study of interpersonal physical abuse of Children. Switzerland, World Health Organization. 1994</p>
Parlamento Europeo	<p>114. Decisión 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de enero de 2000 por la que se aprueba un Programa de acción comunitario (programa Daphne) (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres.</p>
Varios	<p>115. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. 1997</p> <p>116. Ochotorena J, Arruabarrena MI. Manual de protección infantil. Barcelona. Masson. 1996</p> <p>117. Child Welfare League of America. Standards for abused or neglected children and their families. 1989</p>



**Anexo 7-** Hojas de notificación de riesgo de maltrato infantil en sanidad.  
(Observatorio infancia 2006)

LOGOTIPO COMUNIDAD AUTÓNOMA	<b>HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL</b> <b>DESDE EL ÁMBITO SANITARIO</b> L = Leve    M = Moderado    G = Grave Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso	Sospecha <input type="radio"/> Maltrato <input type="radio"/>																		
<b>MALTRATO FÍSICO</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones<sup>1</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras<sup>2</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas<sup>3</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas<sup>4</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales<sup>5</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas<sup>6</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada<sup>7</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado<sup>8</sup></td></tr> </table>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones <sup>1</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras <sup>2</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas <sup>3</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas <sup>4</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales <sup>5</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas <sup>6</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada <sup>7</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>												
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones <sup>1</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras <sup>2</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas <sup>3</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas <sup>4</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales <sup>5</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas <sup>6</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada <sup>7</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>																				
Señale la localización de los síntomas																				
<b>NEGLIGENCIA</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene<sup>9</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión<sup>10</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas<sup>11</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso<sup>12</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado</td></tr> </table>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene <sup>9</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión <sup>10</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado	Otros síntomas o comentarios: <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>												
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene <sup>9</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión <sup>10</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado																				
<b>MALTRATO EMOCIONAL</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional<sup>13</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual<sup>14</sup></td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección<sup>15</sup></td></tr> </table>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional <sup>13</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio	<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>																
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional <sup>13</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio																				
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>																				
<b>ABUSO SEXUAL</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> S Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Con contacto físico y sin penetración<sup>16</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Dolor o picor en la zonal genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Enfermedad venérea<sup>17</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> S Apertura anal patológica<sup>18</sup></td></tr> <tr><td>Configuración del himen<sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> S Sin contacto físico	<input type="checkbox"/> S Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>	<input type="checkbox"/> S Con contacto físico y con penetración	<input type="checkbox"/> S Dificultad para andar y sentarse	<input type="checkbox"/> S Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	<input type="checkbox"/> S Dolor o picor en la zonal genital	<input type="checkbox"/> S Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	<input type="checkbox"/> S Cerviz o vulva hinchados o rojos	<input type="checkbox"/> S Explotación sexual	<input type="checkbox"/> S Semen en la boca, genitales o ropa	<input type="checkbox"/> S Enfermedad venérea <sup>17</sup>	<input type="checkbox"/> S Apertura anal patológica <sup>18</sup>	Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/>							
<input type="checkbox"/> S Sin contacto físico																				
<input type="checkbox"/> S Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>																				
<input type="checkbox"/> S Con contacto físico y con penetración																				
<input type="checkbox"/> S Dificultad para andar y sentarse																				
<input type="checkbox"/> S Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada																				
<input type="checkbox"/> S Dolor o picor en la zonal genital																				
<input type="checkbox"/> S Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal																				
<input type="checkbox"/> S Cerviz o vulva hinchados o rojos																				
<input type="checkbox"/> S Explotación sexual																				
<input type="checkbox"/> S Semen en la boca, genitales o ropa																				
<input type="checkbox"/> S Enfermedad venérea <sup>17</sup>																				
<input type="checkbox"/> S Apertura anal patológica <sup>18</sup>																				
Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/>																				
<b>IDENTIFICACIÓN DEL CASO</b> (Tache o rellene lo que proceda)																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Identificación del niño</b></td> <td style="width: 50%;">Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M</td> <td>Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Identificación del notificador</b></td> <td>Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo</td> <td>N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>Identificación del niño</b>	Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>		<b>Identificación del notificador</b>	Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/>	Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Identificación del niño</b>	Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>																			
Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>																				
<b>Identificación del notificador</b>	Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/>																			
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>																			

## ANEXO

**Sospecha:** No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento,

**M (Moderado):** necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

**G (Grave):** requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- <sup>1</sup> Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infringidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- <sup>2</sup> Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- <sup>3</sup> Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- <sup>4</sup> Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- <sup>5</sup> Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- <sup>6</sup> Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- <sup>7</sup> Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- <sup>8</sup> Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- <sup>9</sup> Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- <sup>10</sup> Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- <sup>11</sup> Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- <sup>12</sup> Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- <sup>13</sup> Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- <sup>14</sup> Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- <sup>15</sup> Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- <sup>16</sup> Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- <sup>17</sup> Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- <sup>18</sup> Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbiteo lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- <sup>19</sup> Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.



