

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTÓLOGO FRENTE
AL MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

Investigadores

**SHIRLEY DIAZ CARDENAS
FARITH GONZALEZ MARTINEZ
KATHERINE ARRIETA VERGARA**

Coinvestigadores

**EDER ACENDRA GONZALEZ
LUISA FDA HOYOS ALBORNOZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CARTAGENA**

2013

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTÓLOGO FRENTE
AL MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

FARITH DAMIAN GONZALEZ MARTINEZ

Odontólogo de la universidad de Cartagena, Magister en salud pública.
Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Docente de la Facultad
de odontología de la universidad de Cartagena.

SHIRLEY DÍAZ CARDENAS

Odontóloga, Especialista de Gerencia en Salud. Especialista en Salud Familiar.
Magister en Salud Pública. Docente pregrado Facultad de Odontología
Universidad de Cartagena.

KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA

Odontóloga, Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud
Universidad de Cartagena, Magister en Salud Pública Universidad Nacional de
Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud.

EDER ACENDRA GONZALEZ

LUISA FDA HOYOS ALBORNOZ

Estudiantes de Odontología, Décimo semestre. Trabajo de grado para optar título
de odontólogo. Universidad de Cartagena.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA
2013**

CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO TEORICO	21
4.1 MALTRATO INFANTIL	21
4.2 ETIOLOGÍA DEL MALTRATO	23
4.3 FACTORES DE RIESGO	25
4.4 TIPOS DE MALTRATO	26
4.4.1 Maltrato físico.	26
4.4.2 Maltrato Psicológico.	27
4.4.3 Maltrato Sexual.	29
4.4.4 Negligencia.....	30
4.4.5 NEGLIGENCIA DENTAL.	31
4.5 EPIDEMIOLOGIA	32
4.6 EL ODONTOLOGO FRENTE EL MALTRATO	34
4.6.1 Diagnostico del maltrato en consulta. Ya que el maltrato no se da solo	36
4.7 PROBLEMAS EN RELACION AL DIAGNOSTICO Y REPORTE DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLOGICA.....	41
4.8 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE NO DETECTAR EL MALTRATO	42
4.9 PREVENCION Y CONDUCTA ADECUADA	44
5. METODOLOGIA	47

5.1 TIPO DE ESTUDIO	47
5.2 POBLACIÓN.....	47
5.3 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	47
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	49
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
6. RESULTADOS.....	51
7. DISCUSION	64
8. CONCLUSIONES	69
9. RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRFIA	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables Socio-demográficas de los Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	52
Tabla 2. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	53
Tabla 3. Nivel de conocimiento de maltrato infantil de los Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	54
Tabla 4. Conocimiento sobre la Identificación de signos y síntomas de Maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	56
Tabla 5. Nivel de actitudes de los Odontólogos frente al maltrato infantil de la Ciudad de Cartagena 2013.....	58
Tabla 6. Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	59
Tabla 7. Tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.....	60
Tabla 8. Relación entre factores socio-demográficos y nivel de conocimientos frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	61
Tabla 9. Relación entre factores socio-demográficos y actitudes frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	62
Tabla 10. Relación entre factores socio-demográficos y presencia de Sospecha de Maltrato Infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.....	63

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento escrito e informado.....	78
ANEXO 2. INSTRUMENTO, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOLOGO FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.....	80

RESUMEN

PROBLEMA. En la actualidad el maltrato infantil(MI) es un problema de salud pública que nos compete e interesa a todos, porque esta situación no solo se presenta en Colombia si no que es flagelo del mundo entero , ellos son maltratados de diversas formas, lo que se traduce en no contar con una adecuada calidad de vida, aspecto que genera en su proceso de crecimiento un sentimiento de resentimiento demostrándolo en su adolescencia y edad adulta a través de un comportamiento que produce en la sociedad remordimientos en muchos casos tardío, por lo tanto cuando se tiene conocimiento de que esto está pasando en nuestro entorno debemos evaluar las razones de porque sucede , tomando cartas en el asunto ejecutando acciones correctas y evitando de esta manera muchas tragedias donde este abuso a menudo implican el daño físico, cognoscitivo o emocional del niño el cual puede extenderse en la edad adulta. Para la cual el objetivo de la presente es Identificar el nivel de conocimiento, actitud y práctica que adopta el odontólogo frente a la detección del maltrato infantil en la consulta odontológica en la ciudad de Cartagena de Indias.

METODOLOGÍA. Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal el cual estuvo conformado por 149 odontólogos que laboran o estudian educación continua en la ciudad de Cartagena 2013. Para la recolección de la información se utilizó un instrumento (cuestionario auto suministrado) previamente validado que incluye preguntas estructuradas, de selección única, y por selección de falso o verdadero, donde se indagó por conocimientos, actitudes y prácticas frente al maltrato infantil. Para esto se utilizo análisis univariados y bivariados, utilizando el programa Stata 9.1® Para establecer la significación del estimador en relación con otras variables se aplicó la prueba Chi cuadrado (χ^2).

RESULTADOS. Al Aplicar el cuestionario a los odontólogos seleccionados y tabular la información recolectada se encontró que hay un mayor porcentaje de profesionales de sexo femenino con un (59%), con un predominio del 83,8% de adultos jóvenes (20 a 44 años), sobre el nivel de conocimiento que se tiene sobre maltrato infantil, se detecto que más de la mitad de la población encuestada presenta buenos conocimientos en el tema. En cuanto a la relación entre nivel de conocimiento y factores socio-demográficos, de los egresados de las facultades de Odontología se observo que es mayor el conocimiento en egresados de las universidades públicas frente a las privadas, con un $p=0,007$ de estas últimas. En la relación entre la actitud frente a casos de sospecha de maltrato infantil y factores socio-demográficos, solo se encontró significancia para el ciclo vital en el adulto joven, $p = 0,013$. Y con procedencia urbana $p= 0,03$.

CONCLUSIONES. En los Odontólogos encuestados en la Ciudad de Cartagena en el 2013, se presentó un buen nivel de conocimiento frente al maltrato infantil, sumado a ello una actitud positiva en relación al mismo, en lo relacionado a las prácticas para establecer la realidad en la verificación de su sospecha y reporte de esta se encontró una escasa participación o intervención del profesional a fin de realizar acciones que atiendan la problemática.

PALABRAS CLAVES. Maltrato infantil, profesional en odontología, conocimientos, actitudes, prácticas.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de acciones que sean de carácter físico, psicológico de abuso sexual, negligencia, desatención en sus necesidades básicas, explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan originar daños en la salud.¹

Los niños se consideran el tesoro más hermoso que tiene una sociedad, debido a que ellos se constituyen como el futuro, por ello se les debe brindar amor y comprensión desde el mismo instante que son concebidos, porque a partir de este momento son ya la esperanza de esta familia y del mundo entero. Los Padres deben brindar una protección integral a sus hijos para que sea desde este núcleo familiar que se inicie la defensa de ellos para que desde allí estos no se vean vulnerados por ninguna persona causándole daños que pueden ser irreversibles y difíciles de reparar.

El objetivo de este estudio es determinar el conocimiento, actitudes, que se generan desde el profesional de la odontología frente a esta situación así como evaluar las prácticas ejercidas por el mismo frente a los posibles casos de maltrato infantil en el desarrollo de su actividad odontológica, reconociendo los signos y síntomas característicos de este.

Es importante resaltar que la consulta odontológica se debe manejar de manera integral y no solo identificar los problemas relacionados con la cavidad oral, si no llegar a reconocer los signos y síntomas característicos de los casos de maltrato

¹ OMS. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es

infantil, teniendo claros los criterios para definir un diagnóstico preciso y de esta manera poder informar oportunamente a las autoridades competentes, ayudando desde esta profesión a disminuir los casos que tanto afectan a las familias núcleo principal nuestra sociedad.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en odontólogos generales y especialistas que laboran o estén en proceso de formación continua en la ciudad de Cartagena con una población de 149 escogidos por criterio que aceptaron participar en el estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil ha sido una práctica común en la historia de la humanidad pero en las últimas décadas ha aumentado en frecuencia, generando una creciente preocupación sobre las incontables secuelas en cada dimensión de la vida de los niños y niñas.

Diversos estudios han demostrado que los niños maltratados o abandonados son por lo menos el 25% más susceptible a experimentar problemas tales como delincuencia, embarazo, bajo rendimiento académico, uso de drogas y problemas de salud mental.² Así mismo, el abuso y el abandono incrementan la probabilidad de comportamiento criminal violento del adulto en un 28 a 30 %³.

El problema se incrementa y no tendrá como detenerse si se considera que los padres que maltratan a sus hijos frecuentemente han experimentado maltrato durante su propia infancia y por lo tanto serán potenciales maltratadores; se estima que aproximadamente una tercera parte de los niños abusados y abandonados eventualmente maltratarán violentamente a sus propios hijos⁴

En la revisión de la diferente literatura se puede encontrar diversos significados e interpretaciones del MALTRATO INFANTIL como lo expone El Estado de Protección Infantil del Michigan el cual define el abuso infantil como " el daño o

² VASQUEZ, Carlos. Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social. Vol.14. Julio 2003. pp.135-158

³ Child Welfare Information Gateway Children's Bureau/ACYF/ACF/HHS1250 Maryland Avenue, SW Eighth Floor Washington, DC 20024 800.394.3366 Email: info@childwelfare.gov
[tps://www.childwelfare.gov](https://www.childwelfare.gov)

⁴ ADMINISTRATION FOR CHILDREN AND FAMILIES. Office of Planning, Research and Evaluation. (2004a). *Who are the children in foster care?* NSCAW Research Brief No. 1. Retrieved August 9, 2007, from the National Data Archive on Child Abuse and Neglect website:www.ndacan.cornell.edu/NDACAN/Datasets/Related_Docs/NSCAW_Research_Brief_1.pdf

amenaza a la salud de un niño o el bienestar que ocurre por la herida no accidental física o mental, el abuso sexual, la explotación sexual, o el maltrato, por un padre, un guardián legal, o cualquier otra persona responsable de la salud del niño o el bienestar o por un profesor.⁵

La negligencia Infantil es definida como el daño que amenaza la salud de un niño o el bienestar del menor producido por el padre, , o cualquier otra persona responsable de la salud del niño esta negligencia puede estar enmarcada por cualquiera de los siguientes condiciones: (i) tratamiento Negligente, incluyendo el fracaso de proporcionar alimento adecuado, ropa, refugio, o asistencia médica; (ii) Colocación del niño en un riesgo irrazonable que atente contra la salud del niño por el fracaso del padre, en cumplir con su deber frente a la crianza del menor.

En la ciudad de Cartagena se presenta una prevalencia de maltrato infantil de 22,7% del total de reporte de VIF con 333 casos de 1465 casos, de los cuales 215 casos (64.6%) las víctimas fueron del sexo femenino, y 118 casos (35.4%) del sexo masculino en el 2009 según DADIS.

Se indica que desde la actividad diaria del profesional de la salud como lo es el odontólogo se pueden encontrar varios signos en la cavidad oral que llevarían a decir que en esos casos hay un maltrato infantil, por cuanto este no solamente se tipifica en el hecho de pegar o maltratar físicamente a un niño, sino también se puede encontrar en el descuido de los padres hacia sus hijos teniéndolos en unas condiciones no aptas para su vida o en muchos casos se puede detecta en el abuso sexual

También en el examen de la cavidad oral, se puede detectar la negligencia dental que está definida por la American Academy of Pediatric dentistry como el fracaso

⁵ STRAFFON, Lloyd, D.D.S., M.S.; *et al.* Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students' Educational Experiences and Knowledge John E.

voluntarioso de padres para buscar y llevar a cabo con responsabilidad necesaria un nivel de salud oral esencial para la función adecuada, que evite el dolor y la infección.

La caries dental ,la enfermedad periodontal y otras condiciones orales que presenta el niño en su cita odontológica de no ser reportadas para ser tratada debidamente puede conducir a dolor infección y la pérdida de la función; estos resultados indeseables, desfavorablemente pueden afectar la comunicación, la nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento normal y el desarrollo del niños .⁶

El maltrato físico en regiones como la cabeza, la cara, y las heridas de cuello en los menores ocurre en más de la mitad de los casos de abuso infantil, por ello es necesario en todos los casos de abuso sospechado y negligencia, un examen cuidadoso intraoral y perioral.

Además, todas las víctimas sospechosas de abuso o negligencia, incluyendo a niños en los casos de custodia estatal o cuidado adoptivo, deberían ser examinadas con cuidado no sólo de los signos de trauma oral, sino también de caries, gingivitis, y otros problemas de salud orales.

Algunas autoridades consideran que la cavidad bucal puede ser un foco central para el abuso físico debido a su importancia en la comunicación y la nutrición, heridas orales pueden ser infligidas como el comer con utensilios no adecuados o instrumentos como una botella (con líquidos o sustancias cáusticas). Que producen alimentaciones forzadas.

El abuso igualmente puede causar: contusiones, quemaduras, laceraciones de la lengua, labios, mucosa bucal, paladar (suave y difícil), mucosa alveolar, o

⁶ KELLOGG, Nancy.MD. Oral and Dental Aspects o Child Abuse and Neglect .123(5):1421

frenillo; así como dientes fracturados, desplazados, y fracturas de mandibulares.⁷ Además la negligencia dental está asociada con el descuido de los padres (considerado este como tipo de maltrato infantil).

Es igualmente tener en cuenta que se deber considerar que existe una intima relación con el problema de que los Odontólogos una vez graduados prefieren quedarse en las grandes ciudades, tal vez por las oportunidades que aparentemente ofrecen, ya sea laboral, educativo y otras más, olvidando que existen pequeñas poblaciones con un número reducido de profesionales que brindan la atención encaminada a la educación y prevención dirigida hacia los padres para que ellos sean replicados en sus hijos; esto puede ser una excusa para que los padres de familia se escuden en ello para la falta de personal calificado.

Como lo muestra el estudio realizado en Head start se determina que el 28% de los niños tenía por lo menos un diente cariado, el 11% de los padres con niños que no podían tener el cuidado dental deseado afirmaban que este era por falta del seguro; frente a ello el personal de Head Start decían que la asistencia de los niños a las citas era pobre, y afectando esto negativamente el cuidado dental de los niños, pero los padres y personal sanitario dijeron que el acceso al dentista era el problema principal.⁸

Es muy importante tener claro definir bajo que parámetros se pueden determinar cuáles son los signos que tipifican el maltrato y cuáles de ellos se presentan con más frecuencia las citas de la consulta odontológica, para de esta manera crear un instrumento que facilite al diagnostico de el maltrato detectado y posteriormente identificado

⁷ Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect . American academy of pediatric dentistry

⁸ SIEGAL, Mark. DDS. MPH, L, *et al.* Parent or Caregiver; staff and Dentist perspectives on Access to Dental Care Issues for Head Start Children in Ohio .

Por ello es importante poder crear un protocolo a seguir tanto en el aspecto legal como el psicosocial del niño y de esta, manera brindarle la solución más adecuada al problema.

Por lo tanto uno de los principales aspectos a tener en cuenta es lo relacionado a verificar que tipo de heridas son las que se presentan como resultado del maltrato infantil. y cuál de ellas se ve con mayor frecuencia en los consultorios, tomemos como ejemplo “el morado que en la mayoría de las veces se convierte en hematoma es el más común en el abuso infantil físico, en muchos casos llevan la impresión del instrumento usado, en otros casos este se presenta debido a golpes con un elemento contundente, o en el caso de una atadura, en las manos con cuerda eléctrica o cinturones.⁹

Por ello es importante tener en cuenta que el odontólogo debe tener un grado alto de compromiso con respecto a este problema de salud pública que afronta hoy la sociedad, en virtud a que este que en muchas oportunidades no es tomado con la importancia que se debe, simplemente por no involucrarse con los padres, sabiendo que de esta manera no estamos actuando en forma correcta para erradicar esta situación desde el comienzo.

Sucede con frecuencia que en muchas ocasiones los niños han sido maltratados y no se ha realizado la respectiva notificación legal, ni se han tomado las medidas pertinentes por ello se seguirá en el mismo círculo vicioso, es decir estos niños maltratados en el futuro se convertirían en padres deprimidos y ansiosos y trataran a sus hijos de igual forma que los trataron en su niñez, no acabando nunca con esta situación. “la Asociación Dental Americana publicó un informe que anima a los miembros del sector salud a proceder con más

⁹ LD, Mouden. DC, Bross. Am Dent Assoc Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect.

responsabilidad en cuanto a su comportamiento profesional frente al abuso infantil”.

Por ello tomando como punto de partida los elementos y consideraciones descritos se plantea el siguiente interrogante:¿ Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena?

2. JUSTIFICACIÓN

El maltrato infantil hoy en nuestra sociedad es un problema de mayúsculas proporciones y el mismo ha presentado cuadros ascendentes para lo cual la mejor forma de eliminarlo de raíz es tomando conciencia que ellos son el futuro de una nación.

Ellos por ser parte de ese grupo tan delicado frágil y vulnerable, deben ser rodeados siempre de amor protección y cuidado por ello antes de adelantar procesos de vigilancia y control, se les debe rodear de afecto para generarles confianza y que esta les permita dar a conocer cualquier acción que en contra de su integridad ejecute cualquier persona sea del núcleo familiar o de su entorno escolar.

Este proceder disminuirá los casos que son de conocimiento de las entidades gubernamentales, no gubernamentales e instituciones educativas las cuales con la colaboración en este caso de los profesionales de la odontología, podrán asumir una política clara sobre el tema y tomar los correctivos que sean del caso, y de esta manera evitar que el futuro de una nación sea tan incierto con estos actos violentos que se presentan a menudo en Colombia, razón por la cual es importante no olvidar que la formación en valores de los infantes recae con mayor responsabilidad está en el núcleo familiar porque es allí donde el niño conoce además del amor filial, el respeto, la solidaridad y el saber convivir en comunidad, aspectos principales de la formación mental, psicológica y emocional del menor, por lo tanto la relación padres e hijos debe estar caracterizada por aspectos positivos.

De esta forma se brinda una gran ayuda al sector salud porque los organismos que lo integran toman como referente para sus acciones lo sucedido en las relaciones de hogar como primera instancia, porque el resultado de las mismas se verá reflejado en su comportamiento en los diferentes escenarios donde el menor inicia su vida pública tales como las Instituciones educativas a donde llega.

Por tal razón los profesionales de la salud y en especial el odontólogo por su contacto directo con este grupo de población, al tener conocimiento que el menor en su relación de hogar han sido vulnerados sus derechos está en la obligación de asumir el compromiso de recordarle al grupo familiar que es desde allí donde se debe erradicar esta situación procurando la no afectación del menor, Porque Todo profesional de la salud y en nuestro caso específico el odontólogo. Se convierte en un actor de vital importancia en este grupo interdisciplinario en virtud a su mayor grado de contacto con los menores de edad, porque no solo en su relación inicial paciente – médico al dar apertura a la Historia Clínica que se efectúa se pueden detectar los casos de maltrato infantil sino que esta acción se complementa con un examen físico e intraoral que determina porque al efectuar esta revisión en el niño aparecen situaciones tan importantes como la timidez, y en la parte física moretones en cuello y cara, afecciones protuberantes en el paladar duro, ausencia de múltiples dientes que no corresponden con el proceso normal en el crecimiento

Todos estos aspectos si son tenidos en cuenta podrán ser de una gran ayuda para el diagnóstico en cuanto a la presencia del maltrato infantil. Por tal razón en esta investigación prima la indagación de los conocimientos, actitudes y prácticas del odontólogo frente al maltrato infantil para así conocer cual la visión que tiene este profesional y desde qué punto se está partiendo en esta temática para poder así tomar las medidas correctivas con el fin de asegurar las buenas prácticas que en este campo en el futuro debe acometer el profesional.

Por las razones expuestas anteriormente se justifica la investigación, que se plantea porque conociendo el desarrollo del profesional de la odontología desde la consulta, frente a este tema se podrán tomar las medidas correctivas de tal forma que se incremente la capacidad para establecer reportes sobre la presencia de estos casos a las autoridades competentes

Con el fin de disminuir una problemática que atenta contra los derechos básicos de una población que en virtud a su vulnerabilidad se ve afectada en forma considerable en primera instancia por sus mayores quienes con esta acción propician el resentimiento y agresividad ad en los espacios donde al salir de su casa debe interactuar el menor

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento, actitud y práctica que adopta el odontólogo frente a la detección del maltrato infantil en la consulta odontológica en la ciudad de Cartagena de Indias.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los odontólogos de la ciudad de Cartagena de Indias.
- Estimar la prevalencia de sospecha de maltrato infantil presente en la consulta odontológica en la ciudad de Cartagena.
- Determinar el nivel de conocimiento del odontólogo frente al maltrato infantil entre los sujetos de estudio.
- Identificar las actitudes tomadas por el odontólogo frente al manejo del maltrato infantil.
- Evaluar las prácticas ejercidas por el odontólogo frente a los posibles casos de maltrato infantil.
- Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas con las variables socio demográficas y factores académicos relacionados con el maltrato infantil.

4. MARCO TEORICO

4.1 MALTRATO INFANTIL

La primera definición de Maltrato Infantil (MI) o llamada también síndrome del niño apaleado fue emitida por Kempe en 1962 y planteaba que era el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño. Posteriormente otros analistas del tema como Wolfe lo define como la presencia de una lesión no accidental resultado de actos de perpetración o de omisión¹⁰, Kieran y O'Hagan hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social"¹¹. La relevancia que tiene este tema ante la sociedad desde distintas perspectivas a dado paso a variados conceptos con los que se puede designar dicha problemática. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor"¹². Actualmente la OMS (organización mundial de la salud) lo define como toda forma

¹⁰ SOOMER, H; LINCOLN, M. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. USA. En: ForensicScience International. 2010; vol 201, n^o1, p. 68-73

¹¹ SANTANA, R; SÁNCHEZ, R; HERRERA, E .El maltrato infantil: un problema mundial. México. En: salud pública de México. 1998; vol 40, no.1, p. 57.

¹² COMITÉ DE MALTRATO INFANTIL SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer?. Chile. En: RevChil Pediatr.2007; vol 78, n^o 1, p. 85-95.

de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. En general, a los casos de maltrato físico y abuso sexual se les ha dado mayor prioridad desde el sector de la salud. Sin embargo, el maltrato por negligencia y el emocional son los más frecuentes y se asocian con secuelas importantes. Es responsabilidad del sector de la salud abordar todas las categorías del maltrato infantil. La violencia contra los niños y adolescentes es una violación de sus derechos humanos, una realidad preocupante de nuestras sociedades. Jamás se puede justificar, sea por razones disciplinarias o por tradiciones culturales. No hay niveles razonables de violencia que sean aceptables. La violencia legalizada contra los niños en un ámbito determinado corre el riesgo de generar tolerancia respecto de la violencia contra los niños y adolescentes en general¹³. El maltrato infantil es un importante problema de salud de carácter universal, que resulta de una compleja interacción de los factores de riesgo del individuo, la familia y la sociedad. Esto lo hace una problemática que repercute trascendentalmente en la sociedad y por ende requiere de intervención capacitada para diagnosticarlo, tratarlo y prevenirlo. Los efectos a largo plazo del abuso infantil son dolorosos y perjudiciales¹⁴. Las víctimas tienen un mayor riesgo de convertirse en adultos violentos, a menudo experimentan más problemas sociales y rinden menos en escuela; sobrevivientes de abuso sexual tienden a albergar sentimientos de baja autoestima y depresión extrema y con frecuencia experimentan una incidencia más alta de lo normal de abuso de sustancias y desordenes alimenticios. Los expertos predicen que la violencia hacia los niños seguirá aumentando y tiene un impacto significativo en el

¹³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, libro clínico. Organización panamericana de la salud. En:<http://www.paho.org/col>. Colombia. 2012.

¹⁴ SANTANA, R; SÁNCHEZ, R; HERRERA, E. El maltrato infantil: un problema mundial. México. En: salud pública de México. 1998; vol 40, no.1 p. 57.

sistema social. Se deben hacer esfuerzos por todos los ciudadanos a intervenir y detener el abuso infantil¹⁵.

4.2 ETIOLOGÍA DEL MALTRATO

Los estudios realizados señalan que el MI es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión¹⁶. La forma en la que estos factores interaccionan entre sí se caracteriza por ser dinámica, lo que permite que muchos de ellos coincidan en una misma familia y en un determinado momento. Muchos son los autores de diversas disciplinas que han descrito los factores etiológicos del maltrato. Coinciden en que no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, y que no siempre pueden ser analizados y delimitados cuantitativa ni cualitativamente¹⁷. Los responsables de bien del niño se puede ser demasiado crítico con el niño, no interactúan de manera normal con sus hijos y no vuelven a la rutina o atención de seguimiento. El noventa por ciento de los abusadores están relacionados con el niño. Por lo general son el cuidador principal, y puede ser solitario, triste o deprimido, y bajo una gran cantidad de estrés. Como el abuso es una conducta aprendida, el abusador era a menudo maltratado cuando era niño, por lo que considera que es un comportamiento "normal"¹⁸.

¹⁵ TSANG, A; SWEET, D. Detecting Child Abuse and Neglect -Are Dentists Doing Enough?. Canada. En: Journal of the Canadian Dental Association. 1999; vol. 65, No. 7, p. 387-391.

¹⁶ LOREDO, A; REYNES, J; DE MARTÍNEZ, C; CARBAJAL, L; VIDALES, C; VILLASEÑOR, J. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Mexico. En: Bol Med Hosp Infant Mex. 1986; vol 43, n^o 1, p. 425-434.

¹⁷ MEDRANO, G; PERONA, G. "Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?". Perú. En: Odontol Pediatr. 2010; vol 9 n^o, 1, p. 78- 93.

¹⁸ KENNEY, J. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. USA. En: Forensic Science International. 2006; vol 7, n^o 1, p. 121-125.

La causa del maltrato infantil está determinada por la interacción de factores individuales (del adulto y del propio niño), familiares y socioculturales, que a veces confluyen en un momento determinado y en una misma familia, de da por incontables causas las más comunes son: a nivel Individual, (características que afectan negativamente a la persona en su calidad de cuidador o educador y/o entorpecen la interpretación correcta de la necesidad real del niño). Pueden ser: Del Adulto: Antecedentes de haber sufrido malos tratos en su infancia, trastornos emocionales, mentales o físicos, bajo nivel intelectual, problemas de ludopatía, drogodependencia o alcoholismo, poca habilidad en la resolución de conflictos, falta de empatía y sensibilidad, baja tolerancia al stress, estilo de comportamiento rígido, respuestas desproporcionadas e impulsivas ante estímulos ambientales.

Del Propio Niño: Déficit físico o psíquico, enfermedad neurológica congénita o adquirida, retraso en el desarrollo, comportamiento difícil, insatisfacción de las expectativas de los padres. Factores Familiares: Son las características alteradas de la estructura y composición familiar y de la interacción madre/padre con el hijo¹⁹. El maltrato empieza en el embarazo con el hijo indeseado y rechazado, lo cual se acentúa por la falta de cuidados médicos y el estrés psicológico excesivo. Sigue durante el parto por falta de preparación y ansiedad, que dificulta el nacimiento. Cabe resaltar que desde la infancia hasta la adolescencia, el niño progresa a través de una sucesión de etapas del desarrollo. La etapa que comprende el 1er año de vida es crítica para el apego y el vínculo entre el niño y su cuidador. La autonomía y la autorregulación se vuelven objetivos durante el 2do y 3er año de vida, contribuyendo a la independencia en cuanto al lenguaje, el aseo y la comida y el maltrato desde esta edad repercute gravemente sobre el desarrollo del niño²⁰

¹⁹ MARIÑO, J; SIEIRA M. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. En: Cad Aten Primaria.2009; vol16, n^o1, p. 28-36.

²⁰ FERRO, M; MALDONADO, A; MONTIEL, Y; RIVAS, M.Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Venezuela. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010; Edición electrónica. P. 1-7.

4.3 FACTORES DE RIESGO

En general se considera que el maltrato infantil se puede presentar sin que existan criterios de psicopatologías en las personas victimarias. Pero unos subtipos de maltrato emocional están generados y condicionados principalmente por carencias psicoemocionales del cuidador.

Específicamente una baja autoestima, altos niveles de egoísmo, egocentrismo, inseguridad, necesidad de reconocimiento y dependencia son frecuentes dentro de perfil afectivo de los abusadores. También existe asociación entre el maltrato psíquico y la presencia de depresión y/o ansiedad en el cuidador. En todos estos casos se recomienda que el cuidador, además de participar entre los variados factores que se pueden detectar¹¹; la UNICEF destaca el hecho de que existe una gran asociación con la presencia de violencia entre los padres, con el mayor número de hijos, con la menor preocupación de los padres por la alimentación, la salud y el estudio de sus hijos, con la ingesta de alcohol de ambos padres y con el bajo nivel de escolaridad de la madre. La influencia de estos factores coincide con lo publicado en otras investigaciones. La baja en el rendimiento escolar, el uso de fármacos para resolver este problema y las dificultades en las relaciones interpersonales que presentan con mayor frecuencia los niños que sufren violencia, pueden ser causa o efecto. Otros investigadores de la temática destacan padres adoptivos o padrastros, recepción negativa del niño, crisis familiares, alcoholismo y drogadicción de los padres, violencia corporal aceptada como práctica cultural e interacción normal en la resolución de conflictos, enfermedades físicas y/o mentales de los padres, padres adolescentes multiparidad y embarazo no deseado, patrones culturales machistas, niños con discapacidad o malformaciones la personalidad que adopte el niño también lo pueden considerar factor de riesgo ya que los niños con mayor

¹¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, libro clínico. Organización panamericana de la salud. En:<http://www.paho.org/col>. Colombia. 2012.

riego son aquellos que no hablan y por tanto no se pueden comunicar aunque también puede ser consecuencia del trauma²¹.

4.4 TIPOS DE MALTRATO

Existen muchas formas de clasificar el maltrato, una de las más interesantes, refiere que el maltrato se puede dividir en abandono físico, sexual, psicológico. Estas categorías se superponen, ya que todas las formas de maltrato tienen componentes emocionales y el abuso sexual es también la categoría de maltrato físico. El abuso físico es generalmente en forma de agresión más reconocible para los niños con casos clínicos de trauma físico o la falta de desarrollo. Los odontólogos como trabajadores de la salud, deben reconocer cualquiera de los subtipos de maltrato y abandono infantil mediante el examen clínico y observación de la conducta.

4.4.1 Maltrato físico. El abuso físico en una lesión infringida a través del uso de fuerza excesiva sobre un niño en el periodo intrauterino también se da un tipo de maltrato físico, algunos autores incluso lo clasifican en una categoría específica, éste se produce cuando la madre descuida la atención médica necesaria para el control del embarazo, cuando ocurren intoxicaciones o intentos de aborto²². El maltrato físico constituye el tipo de maltrato más conocido²³. Es descrito generalmente como manifestación tardía de un problema antiguo o una situación de crisis en los cuidadores. Se entiende como maltrato físico toda agresión infligida por un adulto, producida por el uso de la fuerza física no accidental que produzca

²¹ FERNÁNDEZ, G; PEREA, J. Síndrome del maltrato infantil. Cuba. En: Rev Cubana Pediatr. 2004; vol 76, n^o 3, p. 45.

²² MORANTE, C; KANASHIRO, C. El odontólogo frente al maltrato infantil. Perú. En: RevEstomatol Herediana. 2009; Vol 19, n^o 1, p.50-54

²³ ESCALANTE, M; URIBE, R. Maltrato infantil. Perú. En: Rev Peruana Pediat. 2001; vol 54 n^o 2, p. 48-50.

una lesión que supere el enrojecimiento de la piel²⁴. Se considera maltrato físico, también el uso de cualquier instrumento para golpear a un niño. El golpe directo como lesión personal es la causa más frecuente de consulta por maltrato en las salas de urgencias y suele ocurrir por ira, castigo o asalto deliberado que puede llegar a asesinato. Así como lo expone Ferro y cols., los instrumentos y medios utilizados son variados y dependen de “la capacidad del autor”; las lesiones corporales infringidas por los padres o cuidadores a un menor de forma intencional como un comportamiento único o repetido. De la definición se desprenden algunas observaciones adicionales que deben ser tenidas en cuenta en el momento de evaluar un niño con posible maltrato físico. La primera de ellas tiene que ver con el concepto de accidente. Este depende de la intencionalidad del hecho, lo cual es difícil de determinar, para lo cual se debe evaluar el contexto y los posibles factores de riesgo existentes cerca del momento del hecho. La segunda consideración hace referencia al eritema como manifestación de agresión puesto que para que un eritema producido por un golpe ocurra se requiere haber activado los receptores de dolor como primer mecanismo de defensa del organismo contra la agresión. La tercera consideración tiene en cuenta el uso de instrumentos para agredir al niño, lo cual constituye un indicador de alto riesgo para incrementar la intensidad de la lesión y refleja generalmente escaso control por parte del agresor o una intencionalidad para agredir, lo cual constituye un delito.²⁵

4.4.2 Maltrato Psicológico. Es un patrón de relación dañino entre el cuidador y el niño, producido desde el lenguaje y la afectividad que lesiona su autoestima de forma preponderante. Se produce por carencias psicoemocionales del cuidador y

²⁴ RUPP, R. Función del odontólogo al reportar el abuso y descuido infantil. USA. En: J Clínic Odontol.2002; vol 17, n^o57, p. 349.

²⁵ FERRO, M; MALDONADO, A; MONTIEL, Y; RIVAS, M.Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Venezuela. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010; Edición electrónica. P. 1-7.

genera gran dependencia y trastorno del desarrollo en el niño²⁶.El maltrato emocional comprende²⁷:

- El menosprecio a la persona: minimizar, avergonzar, ridiculizar; escoger al niño para castigarlo, criticarlo o humillarlo en público.
- Aterrorizar al niño: hacer que se sienta inseguro; hacer exigencia de expectativas poco realistas bajo la amenaza de pérdidas o daños si las tareas no son cumplidas; amenaza directa de golpe al niño, violentar los objetos queridos por el niño.
- La explotación laboral o corrupción del niño: modelar, permitir o promocionar comportamientos antisociales o inapropiados; impedir la autonomía del niño según su nivel de desarrollo; restringir o interferir con el desarrollo cognoscitivo del niño.
- Negar la respuesta emocional: ignorar al niño, ausencia de expresiones afectivas, de cuidado y/o amor hacia el niño.
- Rechazar: evitar o enviar lejos al niño.
- Aislamiento: encerrar, poner limitaciones inadmisibles para el movimiento o la vida social de los niños.
- Patrones de crianza inadecuados o inconsistentes: normas y pautas de crianza contradictorias o ambivalentes.

Los niños son testigos de violencia doméstica: la participación de los niños como testigos de la VIF es otra de las formas frecuentes de maltrato emocional en la niñez y se ha asociado con la transmisión intergeneracional de la violencia.

En este tipo de maltrato se resalta el síndrome de alineación parental, que aunque no tan conocido, es importante hacerle la mención.La primera definición de éste

²⁶ VALDEBENITO, L; LARRAÍN, S.El maltrato deja huella. Manual para la detección y violencia intrafamiliar. UNICEF. Programa Puente. Gobierno de Chile. FOSIS. Santiago de Chile.2007.

²⁷ Op Cit., MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

que se realiza, es de Richard Gardner en 1985, que define el Síndrome de Alienación Parental como un desorden que surge principalmente en el contexto de las disputas por la guarda y custodia de los niños. Su primera manifestación es una campaña de difamación contra uno de los padres por parte del hijo, campaña que no tiene justificación. Otros autores como Aguilar lo definen como un trastorno caracterizado por un conjunto de síntomas que resultan del proceso por el cual un progenitor transforma la conciencia de sus hijos, mediante distintas estrategias, con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor. Los comportamientos y estrategias que el progenitor alienante pone en juego suelen ser sutiles²⁸.

4.4.3 Maltrato Sexual. El abuso sexual infantil o la explotación mediante cualquier acto sexual, que va desde exposición indecente, tocamiento indebido y exposición inapropiada de un niño a actos sexuales, prostitución, rapto, incesto, pornografía y comercio sexual. Si bien las lesiones por abuso sexual se manifiestan mayormente en los genitales los cuales no pueden ser diagnosticados por el odontólogo, si se pueden hallar manifestaciones bucales. El maltrato sexual ocurre cuando un adulto en una posición de poder o control emplea un niño o niña para su estimulación sexual estableciendo contacto e interacciones con estos mediante el engaño o la fuerza física²⁹. Existen varios términos que es necesario diferenciar para conocimiento del tema como lo indican Lago y cols., definiendo así los siguientes términos³⁰:

Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con acceso carnal o sin él, con violencia o intimidación y sin consentimiento. Se manifiesta por manoseo y caricias de los genitales y la inducción obligada a actos eróticos.

²⁸ SEGURA,C; GIL, M; SEPÚLVEDA,M. El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil.España.En: Cuad Med Forense. 2006; vol 12, n^o 43, p.117- 128.

²⁹ KELLOGG,N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect..USA. En: American Academy of Pediatrics. 2005; vol. 116, No. 6, p. 1565-1568.

³⁰ LAGO, G; ROJAS, G; POSADA, A; MONTÚFAR, M. Síndrome de maltrato infantil. Colombia. En: Recop SCP, Ascofame. 2005; vol 2, n^o 1, p. 35.

Acoso sexual: solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente con respecto a la víctima.

Relación sexual: consiste en la penetración vaginal, oral o rectal del pene, sin que medie violencia o coacción, o en el intento de ella.

Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, cuando se impone a un menor la contemplación de escenas de contenido sexual.

Violación sexual: es la realización del acto sexual obligado con lesión orgánica o sin ella. Es importante que se establezcan los procedimientos específicos para garantizar la activación de las rutas de protección y acceso a justicia en cada uno de los casos sospechosos de abuso sexual.

4.4.4 Negligencia. Jessee (1999) afirmó que la negligencia es un tipo de maltrato más común y se puede definir como un fracaso de los padres o tutores para proporcionar las necesidades básicas como la comida, la cultura, la ropa y la salud³¹. Se produce cuando los padres o responsables del niño no satisfacen las necesidades básicas para su desarrollo. Dubowitz, El investigador más prominente en los EE.UU. en el área de abandono, ha contribuido con un examen exhaustivo del tema de este año. Él aboga por una definición de abandono de los niños que se centra en la satisfacción de las necesidades básicas del niño en lugar de culpar a un padre que no está cumpliendo con su responsabilidad. Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo. Existe negligencia cuando los responsables del cuidado y educación de los niños

³¹ ALVES, P. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. uma revisão da literatura. Brasil. En: Publ. UEPG Biol. HealthSci. 2003; vol9, n^o1, p. 29-35.

no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, sean físicas, sociales, emocionales o intelectuales; la negligencia es diferente a pobreza³².

4.4.5 NEGLIGENCIA DENTAL. La negligencia dental es considerada un tipo de maltrato por American Academy of Pediatric Dentistry definiéndola en el 2003, así: cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo el desarrollo de infecciones y la aparición de dolor, es la "omisión intencional de los padres o tutores a buscar y seguir adelante con el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucodental básica para el funcionamiento adecuado y la ausencia de dolor y la infección." La caries dental, enfermedades periodontales, y otras condiciones orales, si se deja sin tratar, puede causar dolor, infección y pérdida de función³³. Estos resultados no deseados pueden afectar negativamente el aprendizaje, la comunicación, la nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal. El no buscar u obtener atención dental adecuada puede ser consecuencia de factores tales como el aislamiento de la familia, la falta de financiación, ignorancia de los padres, o la falta de percepción del valor de la salud oral. El punto en el cual considerar un padre negligente e iniciar la intervención se produce después de que el padre haya sido debidamente alertados por un profesional de la salud acerca de la naturaleza y el alcance de la condición del niño, el tratamiento específico necesario, y el mecanismo de acceso a ese tratamiento³⁴. Debido a que muchas familias se enfrentan a desafíos en su intento de acceder a la atención dental o un seguro para sus hijos, el médico debe determinar si los servicios dentales son fácilmente disponibles y accesibles para el niño cuando se considera si la negligencia se ha producido. El médico o el odontólogo debe tener la certeza de que los cuidadores entender la explicación de

³² Op Cit. Ministerio de Salud y Protección Social.

³³ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS committee on child abuse and neglect and the american academy of pediatric dentistry council on clinical affairs.Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. USA. En: American Academy of Pediatric Dentistry; Clinical Guidelines. 2005;p. 146- 149.

³⁴ CALIFORNIA SOCIETY OF PEDIATRIC DENTISTS. Dental neglect: when to report. USA. En: CalifPediatrician.1989; vol 23, n ° 1, p.31–32.

la enfermedad y sus consecuencias y, cuando las barreras a la atención necesaria existe, trata de ayudar a las familias a encontrar ayuda financiera, transporte o instalaciones públicas para servicios necesarios. El no brindar un adecuado tratamiento a las lesiones de caries dental, da paso a infecciones orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que puedan producir en el niño una mala alimentación, dolor, lo cual puede traer como consecuencia el retraso de su crecimiento y desarrollo y la limitación de sus actividades diarias. Las consecuencias no deseadas pueden, en forma adversa afectar el aprendizaje, la comunicación, la nutrición, la socialización y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal.³⁵

4.5 EPIDEMIOLOGIA

En América Latina y el Caribe se observa que países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al incremento de problemas socioeconómicos y de desempleo, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Colombia y Guatemala éstos constituyen una de las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 14 años de edad. En Venezuela, los municipios Libertador, Puerto Cabello y Guácara registran las cifras más altas de maltrato infantil³⁶. Otras estadísticas indican que en los Estados Unidos, 1000 niños mueren cada año como consecuencia de alguna forma de maltrato, de estos, el 78% son menores de 5 años, mientras que el 38% son menores de un año³⁷. Los estudios estadísticos revelan incidencias anuales de abusos crecientes en muchos países, incluso aquellos considerados económicamente fuertes y democráticas. En los Estados Unidos, por ejemplo, cada año se registran más de

³⁵ MEDRANO, G; PERONA, G. "Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?". Perú. En: OdontolPediatr. 2010; vol 9 n° 1, p. 78- 93.

³⁶ MORALES, M. Rol del Odontopediatra en el Diagnóstico de Maltrato Infantil. Venezuela En: Acta Odont. Venez. 2009; vol.47, N° 2, p. 1-6.

³⁷ GALLEGOS, L; MIEGIMOLLE, M; PLANELLS, P. "Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado". Venezuela. En: Acta Odontológica Venezolana. 2002; vol 40, n° 3, p.14.

1,5 millones de casos de abuso contra los niños y adolescentes, con un millar de muertes al año. Sin embargo, por cada 20 casos de violencia, sólo uno está registrado³⁸, desafortunadamente el silencio de las víctimas y el déficit general por parte de los profesionales de la salud para detectar estos casos hacen que haya pocos registros confiables acerca de las cifras de esta problemática esto dio paso a que la American Dental Association modificó su código de ética en 1993 para afirmar que los dentistas "estará obligado a familiarizarse con los signos de abuso y negligencia y reportar los casos sospechosos a las autoridades competentes de conformidad con las leyes estatales" En 1996 promulgó la ADA una política para aumentar los esfuerzos para profesionales de la educación dental en cómo identificar el abuso y la negligencia de los adultos. Un estudio realizado por "SavetheChildren" en el 2002 refleja que el 49% de niños, niñas y adolescentes recibe maltrato físico en el hogar y el 18,8 % lo recibe en las escuelas.³⁹

En Colombia en el año 2000 se registraron 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos⁴⁰, además 2 millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato. En promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente.

A pesar de lo anterior, en el año 2008 se observó que el fenómeno del maltrato físico, es el que más se reporta, generando un aumento en la recurrencia de las personas al Instituto en búsqueda de soluciones a nivel médico-legal y psicológico y dejando muchos sub-registros en las otras formas mencionadas, las cuales ocasionan un debilitamiento de la condición humana.

³⁸ ALVES, P. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. umarevisão da literatura. Brasil. En: Publ. UEPG Biol. HealthSci.2003; vol9, n^o1, p. 29-35.

³⁹ KENNEY, J. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today.USA. En: ForensicScience International. 2006; vol 7, n^o1, p.121–125.

⁴⁰ OFICINA DE ÁREA PARA COLOMBIA Y VENEZUELA. La niñez colombiana en cifras. Unicef Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.2002; Editores: Nieto,B; Franky, S.

En Colombia, país del tercer mundo con ambiente inapropiado para la crianza y educación y con patrones culturales que subvaloran la niñez, la conversión del menor en un objeto para satisfacer las necesidades económicas o sexuales ocasiona que el niño y la niña maltratados intencionalmente se conviertan por si solos en un problema médico y social que se refleja en la alta frecuencia de la consulta y de hospitalizaciones en las instituciones que prestan servicio de salud. El sub-registro, la ausencia de notificación por falta de compromiso de quienes la deben hacer y la precaria coordinación interinstitucional hacen que los datos estadísticos no sean confiables y son muy dispersas en los informes de las distintas agencias⁴¹. A pesar de esto, se identifican algunos indicadores de maltrato infantil provenientes de distintas fuentes (UNICEF, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Procuraduría General de la República, Defensoría del Pueblo, Ministerio de la Protección Social, ICBF).

4.6 EL ODONTOLOGO FRENTE EL MALTRATO

El maltrato y el abandono de los niños y los adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones médicas, legal o de servicio social. El odontólogo que atiende a niños y adolescentes, debe ser capaz de detectar, documentar, informar y, con frecuencia, ayudar a tratar a estos pacientes necesitados y sus familias. Con el alto porcentaje de lesiones que ocurren por violencia domestica en la cabeza y la zona del cuello, los profesionales de la salud oral tienen una oportunidad única para desempeñar un papel en la realización de evaluaciones de rutina de la violencia doméstica, ya que casi dos tercios de todos los adultos en los Estados Unidos han programado regularmente las visitas al dentista por lo menos una vez al año. El examen dental de rutina

⁴¹ SIMARRA, J; DE PAÚL , J; SAN JUAN, C. Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el Caribe colombiano. Colombia. En: Child Abuse & Neglect. 2002; vol 26, n°1, p. 815–831.

implica un examen minucioso de la cabeza del paciente, el cuello y cavidad oral que puede revelar signos de abuso⁴². Algunas autoridades creen que la cavidad oral puede ser un foco central de maltrato físico debido a su importancia en la comunicación y nutrición. Las lesiones orales pueden ser infligidas con instrumentos tales como utensilios para comer o una botella durante la alimentación forzada, manos, dedos, o líquidos hirvientes o sustancias cáusticas. El abuso puede resultar en contusiones, quemaduras o laceraciones de la lengua, los labios, la mucosa bucal, paladar (duro y blando), encía alveolar mucosa, o frenillo, dientes fracturados, desplazadas, o avulsión, signos de abuso y negligencia infantil a menudo se manifiesta en la región orofacial ,6-10 miembros del equipo dental están en una posición clave para identificar a los niños que han sido sometidos a abusos⁴³. Por otra parte, abandono de los niños a menudo se asocia también con la mala salud oral. Estudios realizados en varios países han demostrado, que el conocimiento acerca de los problemas de protección de menores es inexacto⁴⁴.El personal de la salud juega un rol importante en su detección. Los padres maltratadores suelen cambiar los médicos de sus hijos con frecuencia para evitar ser descubiertos. Sin embargo el odontólogo tiene la posibilidad de verlo generalmente dos veces al año por lo cual se trasforma en una pieza fundamental en el diagnóstico de maltrato. Debido a dicha importancia, se hace necesario indagar en los factores de riesgo, signos de alarma y características clínicas de un niño maltratado para dar al especialista las herramientas necesarias para poder diagnosticarlo y denunciarlo a las autoridades correspondientes evitando de esta manera que miles de niños sigan muriendo al año por esta causa⁴⁵.El papel del odontólogo en el abuso y la violencia en los

⁴² NELMS, A. What Victims of Domestic Violence Need from the Dental Profession. USA.En:Journal of Dental Education. 2009; vol 73, No 4, p. 490- 499.

⁴³ Op Cit., KELLOGG, N. p 1565-1568

⁴⁴ ULDUM, B. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. USA. En: International Journal of Paediatric Dentistry. 2010; vol 20, n^o1, p. 361– 365.

⁴⁵ NOOR, A; QUDEIMAT, M; QODCEIH, S.Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. Jordania.En: International Journal of Paediatric Dentistry. 2009; vol 19, n^o1, p. 291–296.

proveedores de atención de salud y los científicos forenses que comprender mejor los antecedentes de abuso y violencia, incluyendo su incidencia y etiología, puede actuar para proteger a la sociedad, y en especial". Los niños son las personas más vulnerables de nuestra sociedad; También son el bien más preciado que tiene el mundo y tienen derecho a ser protegido contra toda forma de abuso"⁴⁶. No todas las lesiones características de maltrato se van a localizar en la boca, pero el odontólogo informado debería de sospecharlo al cotejar un conjunto de signos. Los más destacados son: lesiones cutáneas, quemaduras, mordeduras y lesiones en la cavidad bucal. Las lesiones intrabucales se caracterizan por ser fundamentalmente contusiones, o bien lesiones en forma de abrasiones, laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias⁴⁷.

4.6.1 Diagnostico del maltrato en consulta. Ya que el maltrato no se da solo de una forma, el número de signos y síntomas que nos llevan a dar este diagnostico también es bastante extenso. Haciendo un cotejo general entre las víctimas, se hallan características comunes entre ellos las cuales pueden ser un indicio para el diagnostico, tales como: que el niño sea anormalmente temeroso o pasivo (especialmente con respecto a su padre o madre), El niño muestre evidencias de encierro prolongado, Existan evidencias de repetidas lesiones en la piel y otras. Ha habido tratamiento inadecuado de las lesiones por parte de los padres (vendaje o medicación incorrectos), el niño está malnutrido. El niño reciba alimentos o bebidas inadecuados. el niño use ropa impropia para las condiciones climáticas, hay evidencia de que en general el niño sea poco cuidado⁴⁸.

⁴⁶ SOOMER, H; LINCOLN, M. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. USA. En: ForensicScience International. 2010; vol 201, n° 1, p. 68–73.

⁴⁷ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry council on clinical affairs. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect.USA. En: American Academy of Pediatric Dentistry; clinical guidelines. 2005; p. 146- 149.

⁴⁸ MEDRANO, G; PERONA, G. "Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?". Perú. En: OdontolPediatr. 2010; vol 9 n° 1, p. 78- 93.

El menor víctima de malos tratos, comúnmente, lo es antes de los 3 años. Aunque, generalmente, se puede afirmar que las cifras más elevadas de morbilidad y mortalidad en un niño maltratado, ocurren antes de los 12 años de edad. Entre un 60-70% de los casos, las víctimas presentan lesiones en cabeza, cuello, cara y boca. Quizás por ser áreas anatómicas que están más al alcance del agresor y además, muy relacionadas con la nutrición y la comunicación. Así pues, para establecer un Diagnóstico de Maltrato Infantil, se trata de localizar una serie de Indicadores típicos que, estudiados individualmente y en conjunto, nos aportarán una cantidad de datos tal, que nos permitirán confirmar o descartar, con un alto porcentaje de aciertos, la existencia del maltrato. Dichos Indicadores para establecer dinámica, facilitar la comprensión y establecer mejor diagnóstico se podría clasificar en:

- a) Indicadores Físicos o Corporales en el Niño Maltratado: (Lesiones por Abuso Físico, lesiones por Abuso Sexual, lesiones por Negligencia Dental)
- b) Indicadores del Comportamiento en el Niño Maltratado.
- c) Indicadores del Comportamiento en el Adulto Maltratado⁴⁹.

Los odontólogos deben ser especialistas en los matices más finos de reconocimiento de abuso, y la posibilidad de consultar a los colegas clínicos cuando sea necesario. Las señales de abuso son a menudo sutiles y, sin embargo con frecuencia afectan la cavidad oral, cara, y las estructuras circundantes. En parte, esto puede ser determinado por preferencias culturales y patrones⁵⁰. Los odontólogos deben estar al tanto de las lesiones dentales directas, tales como dientes fracturados o avulsión, donde la historia le ofrecía es incompatible con el mecanismo de la lesión o la anatomía resultante. Se deben reconocer los resultados asociados a los tejidos blandos en los tejidos circundantes, incluyendo el pelo tirando traumática, contusiones, cortes, hematomas, y ojos de mapache

⁴⁹ Op Cit., MARIÑO, J; SIEIRA M. p. 28-36.

⁵⁰MARTIN, D;FRAYER,D.Troubled Times: Violence and Warfare in the Past, Gordon and Breach Publishers. 1997.

(este último como resultado de una hemorragia subconjuntival y periorbitaria por moretones). Por ejemplo, un clínico debe ser capaz de reconocer un patrón de laceraciones o abrasiones angulares alrededor de los labios, que puede indicar el uso de una mordaza. Se debe reconocer moretones de estrangulación en el cuello de una víctima, y las marcas de rasguño defensivas en los autores⁵¹.

El abuso físico es uno de los más notorios y uno de los más susceptible a ser diagnosticado en consulta, uno de los indicios que nos llevan a la detección de este son Indicadores físicos, tales como la alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo, persistentes falta de higiene y cuidado corporal, las marcas de castigos corporales, los accidentes frecuentes, el embarazo precoz, son factores importantes para considerar la existencia de un abuso o maltrato infantil. A menudo los niños son víctima de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda. Por ejemplo, el comportamiento del niño puede ser un claro indicador, siempre y cuando sepa interpretarse. Los odontólogos deben estar alerta a los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral, como por ejemplo: la presencia de petequias en el paladar o desgarró en el frenillo labial y lingual pueden ser signos de sospecha. Existen otros signos de abuso que deben alertar al odontólogo inmediatamente cuando el niño llegue al consultorio. El menor con vestidos inapropiados para la temporada, por ejemplo una camisa de manga larga en días de verano, quizás esconda hematomas en sus brazos. Un retraso largo para emprender el tratamiento de una lesión quizás tenga como explicación múltiples heridas viejas o en fase de cicatrización⁵². En cuanto a otros tipos de maltrato, el clínico debe poner más atento los sentidos, ya que el espectro del maltrato es muy amplio, los síntomas puede variar desde

⁵¹ SOOMER, H; LINCOLN, M. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. USA. En: ForensicScience International. 2010; vol 201, n° 1, p. 68–73.

⁵² CAIRNS, M; WELBURY, R. The dental practitioner and child protection in Scotland. Scotland. En: British dental journal. 2005; vol 199 n. 8 p. 517- 520.

expresiones muy sutiles a otras muy vergonzantes. Por tanto, su detección, cuantificación o incluso su definición, pueden ser muy difíciles. Sin embargo, es evidente que el maltrato emocional lesiona al niño y su sensación de seguridad personal. La prevención del maltrato emocional es uno de los más importantes retos de los trabajadores de la salud que atienden niños y sus familias. Para Becker et al. (1978), entre las lesiones en la cara, los moretones y equimosis representan el 66% de las lesiones y abrasiones y laceraciones en cuenta el 28%. Según los autores, el daño a las estructuras intraorales más frecuentes son: equimosis y contusiones (43%) y las abrasiones y laceraciones (29%). En cuanto a los traumatismos dentales, ocurre en el 29% de las lesiones. Por eso es muy importante para el rendimiento del odontólogo frente a los niños víctimas de malos tratos, que los dentistas, para atender al niño desde una edad temprana y para vigilar durante la infancia y la adolescencia puede ser el primero en identificar las manifestaciones físicas y emocionales del abuso infantil, además hay que tener en cuenta que los casos de maltrato infantil se deben sospechar cuando los padres consulten en forma tardía sin una explicación clara para ello, relatan una historia que no corresponde a los hallazgos durante el examen o la versión varía en el tiempo o según el entrevistado. Estos niños pueden presentar lesiones repetidas o historias de consulta frecuente por trauma. Finalmente, aquellos hogares disfuncionales y con abuso de sustancias, o con escasa red social de apoyo deben ser considerados como de alto riesgo para maltrato infantil. Un principio general para orientar el diagnóstico de maltrato físico es tener presente que las lesiones accidentales de los niños ocurren por su afán de explorar el mundo afectando el plano frontal del cuerpo, presentando lesiones en áreas en las que los huesos están cercanos a la piel, como es el caso de la frente, la nariz, la mandíbula, las palmas, los codos y la región tibial. Las demás lesiones deben generar sospecha. De allí la importancia de identificar el mecanismo de ocurrencia de la lesión⁵³. Stone un investigador importante del tema establece en el años

⁵³OWEN, L. Progress report on the development of child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. En: Child Abuse & Neglect. 2004; vol28, n^o 1, p. 93–111.

1970 sus 12 criterios que ayudan a considerar a una quemadura, como sospechosa de una lesión no accidental⁵⁴:

- Retardo en la solicitud de atención médica.
- Quemaduras viejas al examen físico y referidas por el familiar como recientes.
- La información del accidente no es compatible con la edad y las habilidades del niño.
- El adulto responsable del niño, alega no haber estado presente en el momento del accidente.
- El familiar que atiende y educa al niño no se presenta al hospital.
- Las quemaduras son atribuidas a la acción de otros niños.
- El niño se muestra sumiso, retraído, soporta sin llorar procedimientos dolorosos.
- Quemaduras simétricas en ambas manos y pies que sugiere que las extremidades fueron sumergidas forzosamente en líquidos calientes.
- Presencia de múltiples hematomas o escaras en variados estados de curación.
- Lesiones concurrentes o negligencias tales como desnutrición, pobre higiene
- Historia de hospitalización previa por trauma accidental.
- El niño es traído al hospital por los parientes y no por los padres.

Es útil conocer el perfil del ente abusador ya que en una recopilación de datos, se ha demostrado que en muchas ocasiones también encaja en un perfil. A menudo, uno de los padres es el castigador activo mientras que el otro (padre o madre) aprueba el maltrato en forma pasiva. Ese padre o madre frecuentemente tiene una historia de maltrato, de modo que esa práctica de crianza pasa de una generación a otra, Los padres pueden tener características indicativas de conducta pasiva tales como: Carácter irascible o violento, Expectativas irrealistas sobre la conducta

⁵⁴ Op Cit., FERNÁNDEZ, G; PEREA, J. p. 45.

del niño. respuestas inadecuadas a la seriedad del estado del niño (sobrepotección o desidia, hostilidad), Conducta excesivamente crítica con el niño, no describiéndolo nunca en términos positivos, Cuando evitan hablar o tocar al niño, Cuando hay reticencia a dar la historia del accidente o dan una explicación irreal, Cuando buscan tratamiento mucho después de que hayan ocurrido las lesiones. En cuanto al sexo de la persona agresora, en el rubro de violencia física y psicológica, el 71% de los agresores son de sexo masculino. Para los casos de violencia sexual, el porcentaje se incrementa ligeramente y representa el 77%.⁵⁵

La American Dental Association modificó su código de ética en 1993 para afirmar que los dentistas " estará obligado a familiarizarse con los signos de abuso y negligencia y reportar los casos sospechosos a las autoridades competentes de conformidad con las leyes estatales" En 1996 promulgó la ADA una política para aumentar los esfuerzos para profesionales de la educación dental en cómo identificar el abuso y la negligencia de los adultos. Estas víctimas vendrán de todos los niveles educativos y socioeconómicos.

4.7 PROBLEMAS EN RELACION AL DIAGNOSTICO Y REPORTE DE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA ODONTOLOGICA

Es importante descartar otras causas que hayan podido contribuir a la lesión. Una condición médica subyacente podría ser responsable de la aparición de moretones, por ejemplo, púrpura trombocitopénica idiopática, púrpura de Henoch Schönlein, trastornos de la coagulación, enfermedades del tejido conectivo o leucemia. Sin embargo, el abuso puede coexistir con un problema médico subyacente. Para las fracturas, lo siguiente debe ser considerado hallazgo

⁵⁵ Op Cit., MEDRANO, G; PERONA, G. p 78-93

fisiológico, por ejemplo, formación perióstica de hueso nuevo; las lesiones accidentales como las lesiones de nacimiento, en un niño pequeño. La mayoría de las fracturas que deberían sanar en unas semanas y no lo hacen; la enfermedad ósea por ejemplo, osteogénesis imperfecta, osteopenia de la prematuridad, el raquitismo, deficiencia de cobre, osteomielitis y lesiones metastásicas.

Una excelente revisión de los diagnósticos diferenciales y las investigaciones a realizar cuando hay fracturas inexplicables en la infancia es proporcionado por Bishop et al.⁵⁶ Las dos causas más comúnmente reconocidas de la fragilidad ósea en la infancia son la osteopenia de la prematuridad y la osteogénesis imperfecta. En los recién nacidos prematuros, las fracturas asociadas con osteopenia tienden a ocurrir en los primeros 2 años de vida. También se debe apreciar cuando el niño puede estar expuestos a amenazas psicológicas; La humillación, el ridículo, la negación de afecto y de menosprecio son todos los tipos de abuso emocional.

La investigación indica claramente una relación entre el maltrato infantil y los malos resultados del desarrollo de los niños, lo que lleva al reconocimiento de los cambios necesarios en la política de ampliar el objetivo de protección de la infancia más allá de la seguridad, permanencia y bienestar para hacer frente a las necesidades únicas de desarrollo de los niños maltratados⁵⁷.

4.8 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE NO DETECTAR EL MALTRATO

Los niños que son abusados físicamente por sus padres están en riesgo de múltiples consecuencias a corto y largo plazo. Aparte de la posibilidad de sufrir

⁵⁶ MONK, J. Non-accidental injury in children—An update. USA. En: Injury, Int. J. Care Injured. 2008; vol 39, n^o1, p. 978—985.

⁵⁷ MOXLEY, K. Early Intervention and Maltreated Children. USA. En: infants & young children. 2012; vol 25, No 1, p. 3- 18.

lesiones físicas y muerte. Las consecuencias dependerán de la severidad de los daños realizados al niño las consecuencias más o menos latentes que se plasmarán en su forma de ser y de desarrollarse como persona. Las huellas del sufrimiento en los niños abusados o víctimas del maltrato también pueden ser detectadas por el odontólogo, ya que es el profesional que tiene la posibilidad de ver más al niño con más frecuencia que el pediatra u otros profesionales de la salud; Una serie de signos que se manifiestan en zonas como cara y cuello, pueden alertar a los profesionales sobre un posible caso de abuso que el profesional debe denunciar⁵⁸. A los casos de sospecha de maltrato infantil se los trata con un equipo de profesionales, pero la denuncia se debe hacer ante la comisaria de familia más cercana y para radicarla hay que tener una fuerte sospecha. Se debe fomentar la conciencia y participación activa de los sectores y profesionales de la salud, ya que ellos son parte importante para detectar evidencias físicas y psicológicas, en la víctima de maltrato, mientras más involucrados estén, se podrán hacer más denuncias, más campañas, más colaboración para las víctimas y victimarios, y así disminuirán las estadísticas de esta problemática.

El odontólogo como parte importante de los profesionales de la salud, debe estar capacitado con técnicas y herramientas para detectar los aspectos físicos y psicológicos que reflejen la presencia de maltrato, así como para enfrentar y manejar este problema, para no solo atender las molestias bucales, sino poder mejorar la calidad de vida del paciente en todo lo que ha esto concierne. El abuso es a menudo subestimado, en el ámbito doméstico como en zonas de conflicto. Las víctimas pediátricas y adultas, incluidas las esposas abusadas y los ancianos, pueden ocultar o minimizar el abuso por vergüenza, culpa, negación, o los temores de seguridad. Los niños son más propensos a experimentar una serie de problemas psicosociales, tales como los déficits cognitivos, bajo rendimiento

⁵⁸ SASSENFELD, A. El Desarrollo Humano en la Psicología Jungiana. Chile. En: Teorías e Implicancias Clínicas [Tesis de Grado].Universidad de Chile. 2004.

escolar, baja autoestima, la depresión, la ansiedad, la ira, trastornos psicológicos, problemas de relación, reiteración y la psicopatología de adultos, incluyendo el comportamiento antisocial y trastorno de estrés postraumático.

Los niños que sufren abusos físicos, en comparación con los niños no maltratados, también tienen un mayor riesgo de cometer conductas violentas. Aunque hay excepciones (por ejemplo, Neller, Denney, Pietz, y Thomlinson, 2005), el abuso físico (CPA) se ha identificado como un factor de riesgo para varios tipos de violencia interpersonal, incluyendo la agresión entre parejas⁵⁹.

4.9 PREVENCIÓN Y CONDUCTA ADECUADA

Como expresó ElieWiesel, premio Nobel de la Paz y superviviente de un campo de concentración: “ante las atrocidades, tenemos que tomar partido. La posición neutral siempre ayuda al opresor, nunca a la víctima. El silencio protege al verdugo, nunca al que sufre”⁶⁰. No son únicamente los servicios sociales los que detectan e informan de los casos, sino que éstos pueden ser igualmente identificados y notificados por particulares, familiares y profesionales que en un momento dado pueden detectar estos abusos en la víctima. Entre estos profesionales figuran los encargados de la salud del niño, concretamente el odontólogo, que se encarga de tratar al niño y adolescente. Es importante entender que dentro del proceso de denuncia o notificación del maltrato infantil, en el cual se puede ver implicado el profesional de la odontología.

Es poco factible que el maltrato y descuido del niño puedan ser erradicados si no hay cambios en la actitud y prioridades en la sociedad. La aceptación de la

⁵⁹ MILNERA, J;THOMSENA, C. Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk?.USA. En: Child Abuse &Neglect. 2010; vol 34, n^o1, p. 332–344.

⁶⁰ Op Cit., ESCALANTE M, URIBE R. p. 48-50

violencia en nuestra cultura, sin duda, es un factor en las causas complejas del maltrato del niño. Como en otras disciplinas, los esfuerzos en el campo del maltrato y abandono infantil los ha dirigido el odontólogo básicamente a identificar las familias en las que tienen lugar y en algunos casos a denunciar por sospecha ante el ICBF, por medio de la comisaria de familia. El ejercicio profesional con niños es muy amplio y obliga a incluir la salud mental y la salud social juntas con el enfoque biomédico tradicional.

La prevención además no debe ir adjudicada del todo a nivel profesional, los entes gubernamentales a través del sistema de salud también están en la obligación de lanzar programas en pro a la reducción de esta problemática, en Colombia la ley encargada de esto es la ley 1098 del 2006 en su artículo 46 en el numeral 10 la cual habla de las obligaciones del sistema de seguridad social en salud entre estas se encuentra literalmente: “Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.” En base a esto lo ideal es establecer un plan de prevención primario, el cual consta en un conjunto de métodos y acciones encaminadas a la generación de un proceso educativo comunitario aplicado a una población general, sin dirigirlos a un grupo particular de riesgo, mediante la participación y la organización de niños jóvenes y adultos alrededor de actividades de tipo legal, social y nutricional, con el objeto de mejorar las condiciones de vida en el ámbito de las relaciones socio-familiares y de las condiciones materiales.

Una vez que el odontólogo observa una lesión sospechosa de maltrato, su primera e inmediata responsabilidad es la protección del niño. El profesional debe ser discreto para determinar exactamente cómo ha de proceder. Puede hacer consultas al médico del niño para confirmar las sospechas y realizar el tratamiento y la evaluación adecuada. Aunque sea desagradable y difícil, el odontólogo debe

discutir con los padres lo referido al maltrato. La responsabilidad estriba en identificar y alertar a los padres sobre la situación presente, se debe saber que existe una serie de fases establecidas por la administración, y que, en orden consecutivo, son: Detección y notificación, Investigación, Evaluación, Toma de decisiones y planificación de la intervención, Intervención., Seguimiento, Cierre del caso, El papel del odontólogo se sitúa en la primera etapa, detectando y notificando, o dando parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con la historia que nos relatan los padres o tutores.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptivo Transversal.

5.2 POBLACIÓN

Odontólogos que laboren o estén en formación continua en la Ciudad de Cartagena

5.3 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estuvo conformada por todos profesionales en odontología que laboran en la ciudad de Cartagena a través de una base de datos suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, DADIS, con un total de 200, pero que finalmente participaron acogiéndose a los criterios de inclusión y exclusión de 149 Odontólogos.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Profesionales en odontología que laboren o estudien en la ciudad de Cartagena.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Profesionales en Odontología que no aceptaron participar en el estudio

5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario auto suministrado previamente validado que incluye preguntas estructuradas, de selección única, y por selección de falso o verdadero, con la siguiente información:

Datos socio-demográficos: Se incluyeron variables como sexo, edad, tiempo de egresado, procedencia estrato socioeconómico y facultad de egreso (pública o privada).

El conocimiento se evaluó en 19 preguntas, asignándose valores para la respectiva evaluación, el nivel se estableció por rangos en los cuales de 0 a 11 se categorizo como bajo, de 12 – 23 medio y de 24- 35 alto, en las actitudes se interpreto como adecuada e inadecuada (0-19, 20-30) respectivamente, al igual que en las practicas (0-10) inadecuada, (11-20) adecuada. Las referencias usadas se obtuvieron de la, revisión bibliográfica aceptada como la dada por la OMS y artículos aceptados universalmente. Se indago por conocimientos relacionados con maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, indicadores y diagnostico de maltrato infantil desde la consulta odontológica y responsabilidades ante este evento.

Se evaluó el nivel de actitud por escala tipo Likert asignándose valores de 1 a 5 puntos a los ítems.

Se establecieron variables para conocer las prácticas de los Odontólogos frente al maltrato infantil a través de 8 preguntas de selección múltiple con única respuesta.

Además de preguntar por percepciones sobre la enseñanza recibida en el tema.

PRUEBA PILOTO: Luego de diseñado el instrumento para recolectar la información se extendió una prueba del instrumento para determinar su confiabilidad y validez a aproximadamente 20 profesores de la Facultad de

Odontología de la Universidad de Cartagena con características similares a la población de estudio (10% aproximadamente al tamaño de la población) para encontrar fallas en el mismo. Los docentes propusieron modificaciones en varios detalles, en la redacción de preguntas y la extensión de esta.

5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se ubicaron los sujetos en los respectivos consultorios ejerciendo sus prácticas diarias, donde se encontraron diversas dificultades para la recolección de la información debido a que no contaban con el tiempo suficiente para participar en la investigación o no se encontraban en el sitio de trabajo, a los cuales se les explicó la finalidad de la investigación y se les suministró el respectivo instrumento para la elaboración de este.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En cuanto al análisis e interpretación de los datos se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes); se estimó la ocurrencia de maltrato infantil a través de prevalencias y frecuencias, y se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas y los factores relacionados en los Odontólogos de la Ciudad de Cartagena. Los estimadores generados en consideración de los objetivos planteados en este estudio son calculados utilizando el programa Stata versión 9.1®. Luego se realizaron cruces de variables para describir la distribución de sospecha de maltrato infantil en la consulta del profesional, en relación con algunas variables de interés (sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas) para lo cual se utilizó tablas de frecuencia. Para establecer la significación del estimador en relación con otras variables se aplicó la prueba Chi cuadrado (χ^2). Los estimadores se presentaron junto con sus intervalos de confianza al 95% y teniendo en cuenta un error máximo permitido del 5%. Adicionalmente los resultados se presentaron en tablas de frecuencia.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto describe una investigación científica en sujetos humanos sin riesgo para estos, que estará acorde a todo lo dispuesto en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Esta investigación tendrá en cuenta los artículos a los que hace alusión dicha resolución en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en humanos y con base en el artículo 11 aun siendo el estudio tipificado como sin riesgo. sin embargo, todo participante firmará un consentimiento informado antes de iniciar el estudio (Consentimiento Informado ver anexo No. 1) en el cual se explicará a los encuestados el objetivo fundamental de este proyecto de investigación, junto a los beneficios que esta información recopilada traerá a la investigación en el área epidemiológica y la institución universitaria; enfatizando que los resultados obtenidos solo se utilizaran para este estudio, que se garantiza la confidencialidad y el anonimato de la participación, que dicha participación es opcional y no obligatoria y que no representa riesgo para el ejercicio de su trabajo dando cumpliendo a cabalidad todos los artículos de la resolución que comprometen esta investigación

6. RESULTADOS

Para la presente investigación se estimaba la participación de 200 Odontólogos ubicados en la ciudad de Cartagena, por medio de un listado suministrado por el DADIS, de los cuales participaron 149; del resto de la muestra, 40 profesionales quedaron por fuera del análisis debido a que no se encontraban en el área de trabajo y 11 profesionales no reintegraron la encuesta, es decir el 25% de la muestra inicial no participaron por los motivos antes mencionados.

En el total de los encuestados desde el punto de vista socio demográfico se encontraban en un promedio de edad de 35, con un mayor porcentaje de individuos de sexo femenino, con un predominio de adultos jóvenes y maduros, pertenecientes en su gran mayoría a estratos alto (estrato 4,5,6), de procedencia urbana y egresados de universidades públicas (tabla 1).

Tabla 1. Variables Socio-demográficas de los Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.

Variables	Frecuencia n= 149	Porcentaje %
Sexo		
Femenino	88	59
Masculino	61	41
Rango de edad		
Adulto Joven (20-44 años)	125	83,8
Adulto Maduro	23	14,4
Adulto Mayor	1	0,6
Tiempo de egresado		
10 años o menos	79	53,0
Más de 10 años	70	46,9
Procedencia		
Urbana	135	90,6
Rural	14	9,4
Estrato socioeconómico		
Estrato Bajo (1,2,3)	60	40,2
Estrato Alto (4,5,6)	89	59,7
Facultad de egreso		
Universidad Pública	95	63,7
Universidad Privada	54	36,2

Fuente: Autores.

Con respecto a la prevalencia actual de casos de sospecha de maltrato infantil se presentaron solo 8 sospechas, y en cuanto a la historia de sospecha de maltrato infantil presentado durante la consulta odontológica se tuvo una prevalencia del 34 %; con relación a la frecuencia de casos presentados, solo una vez fue la frecuencia más repetida en comparación con las otras veces de casos de sospecha (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.

Casos de sospecha de maltrato infantil	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Actualmente sospecha de maltrato en sus pacientes			
Si	8	5,3	1,7-9
No	141	94,6	90-98
Alguna vez a sospechado de maltrato			
Si	51	34,4	26-42
No	97	65,5	57-73
Cuántas veces ha sospechado			
1	17	34,6	20-48
2	3	6,1	0,1-8
3	17	34,6	31-37
4	5	10,2	1,4-19
5	4	8,1	0,2-16,1
10	2	4,0	0,1-10
102	1	2,0	2-6,1
No aplica	97		

Fuente: Autores

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre maltrato infantil se obtuvo que más de la mitad de la población encuestada presentó un nivel alto de conocimiento, encontrando que en cuanto a la definición de maltrato más de la mitad de la población marco la respuesta correcta, en los signos y/o patologías encontradas en el maltrato infantil se encontró que casi la totalidad de la población tiene conocimiento sobre los signos encontrados en el maltrato, al momento de evaluar la negligencia dental se reportó que más de la mitad de la población tiene conocimiento sobre esto, al igual que el conocimiento de sobre la responsabilidad del Odontólogo frente al maltrato infantil.

En cuanto los conocimientos presentados de la existencia de un protocolo o guía a seguir del niño maltratado se encontró que más de la mitad de la población no tienen conocimiento de algún tipo de protocolo, y los que reportaron que tienen conocimiento manifestaron diferentes protocolos como los fueron la Guía de Manejo e Intervención, y fundación contra el maltrato infantil (tabla3 y tabla4).

Tabla 3. Nivel de conocimiento de maltrato infantil de los Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013

Conocimiento sobre maltrato infantil	Frc	%	IC = 95%
Alto (35-24)	140	93,6	0,89-8,2
Medio (23-12)	9	6,04	1,7-9,1
Bajo(menos de 11)	0	0	
Que entiende por maltrato infantil			
El abuso o maltrato abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo.	134	90	85-94
El abuso o maltrato abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual.	11	7.3	3,1-11,6
El abuso o maltrato abarca abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo.	4	2.6	00,0- 5,3
El abuso o maltrato abarca explotación comercial o de otro tipo	0	0	0
Ninguna de las anteriores	0	0	0
Signos o Patologías			
Lesiones con forma o huella de un objeto.	9	6	2,1-10
Hematomas localizadas en áreas expuestas	11	7,3	3,1 - 11,6
Si presenta flujo, secreciones, sangrado, lesión o cicatriz en genitales	5	3,3	0,4 - 6,2
Todas las anteriores	124	83,2	77,1 - 89
Ninguna de las anteriores	0	0	0
Negligencia Dental			
Índice alto de caries y presencia de enfermedad periodontal	47	31,5	24 – 39
Múltiples fracturas dentales asociada a golpes o caídas	3	2,01	0,2 – 4,2
Succión labial	0	0	0
A y B Son ciertas	91	61	53,1 – 69
Todas las anteriores	8	5.3	1,7 - 9,0

Responsabilidad del Odontólogo frente al MI			
Notificar el caso a las autoridades competentes	100	67.1	59,4- ,74,7
Resolver el problema mediante el dialogo con los padres	3	2	0,2- 4,2
Prestar poca importancia debido a que no es mi área	0	0	0
A y B Son ciertas	44	29,5	22,1- 37
Ninguna de las anteriores	2	1	0,5- 3,2
Conocimiento de la existencia de un protocolo			
No tienen conocimiento	136	91,2	95,8- 95,8
Si tienen conocimiento	13	8,7	4,1 - 13,3

Fuente: Autores

Tabla 4. Conocimiento sobre la Identificación de signos y síntomas de Maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.

Lesiones de Maltrato Infantil	conocimiento sobre la Identificación de signos y síntomas de MI					
	Verdadero			Falso		
	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	IC= 95 %	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	IC= 95%
Lesiones relacionadas con Maltrato Físico						
¿Moretones en la mejilla son indicativos de bofetadas?	145	97,3	94,6-100	4	2,6	0,06-5,3
¿Repetidas lesiones con dientes avulsionados indican abuso?	132	89	83,4-93,7	17	11,4	6,2-16,5
¿Moretones en el cuello se asocian con trauma accidental?	38	25,5	18,4-32,5	111	74,5	67,4-81,5
¿Mordidas en cuello deben ser investigadas por ser componente de abuso infantil?	133	89,2	84,2-94,2	16	10,7	5,7-15,7
¿Existe correlación entre descuido dental y presencia de abandono físico?	137	92	87,5-96,3	12	8	3,6-12,4
LESIONES RELACIONADAS CON ABUSO SEXUAL						
¿Problemas psicosomáticos indican problemas de abuso sexual?	125	83,8	78-89	24	16,1	10,1-22
¿Comportamientos seductores del niño al odontólogo indican previo abuso sexual?	77	52,3	44,2-60,5	70	47,6	39,4-55,7
¿La imposibilidad del niño para mirar a los ojos y responder al odontólogo, son signos de abuso sexual?	104	70,2	62,8-77,7	44	29,7	22-37
¿El maltrato a menores está relacionado con pobreza y rara vez ocurre en familia de ingresos medios o altos?	33	22,1	15,4-28,8	116	77,8	71-84,5
¿Los niños al poco tiempo después del abuso comentan a alguien lo sucedido?	54	36,2	28,4-44	95	63,7	56-71,5

¿Si un niño afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación?	126	84,5	78,6-90,4	23	15,4	9,5-21,3
¿El maltrato está presente si un padre describe lesiones de su niño como auto-infligidas?	26	17,4	11,2-23,6	123	82,5	76,7-88,7
¿ maltrato se presenta cuando se nota un retraso en la búsqueda de atención medica para lesiones del menor por parte de los padres?	135	90,6	85,8-95,3	14	9,4	4,6-14,1

Fuente: Autores

Al evaluar el nivel de actitud frente a la problemática de maltrato infantil se obtuvo que la mayoría presentarían una actitud adecuada frente a un posible caso de maltrato infantil, en el cual están de acuerdo con reportar a las autoridades competentes, más de la mitad está de acuerdo con tener un trato digno con los pacientes diagnosticados con maltrato infantil reportando en la historia clínica y ofreciéndoles un tratamiento integral. (tabla 5)

Tabla 5. Nivel de actitudes de los Odontólogos frente al maltrato infantil de la Ciudad de Cartagena 2013.

Nivel de actitud	Frecuencia No 149	Porcentaje%	IC= 95%
Favorable (20-30)	128	85,9	100
Desfavorable (19-0)	21	14,0	14,9
Actitud			
¿En caso de maltrato infantil lo más adecuada seria reportar a las autoridades?			
Totalmente en desacuerdo	18	12,8	6,7-,17,3
En desacuerdo	4	2,6	0,05-5,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	0,6	0,6-1,9
De acuerdo	122	81,8	75,6- 88
Totalmente de acuerdo	4	2,6	0,05-5,3
¿En caso de sospecha de maltrato se debe garantizar un trato digno y respetuoso, durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño?			
Totalmente en desacuerdo	17	11,4	6,2-16,5
En desacuerdo	0	0	0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	0,6	0,6-2
De acuerdo	89	59,7	51,7-67,6
Totalmente de acuerdo	42	28,1	20,8-35,4
¿Cuando se realiza la historia clínica se debe hacer un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil?			
Totalmente en desacuerdo	8	5,3	1,7-9
En desacuerdo	4	2,6	0,05-5,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	10	5,1-14,9
De acuerdo	86	57,7	49,6-65,7
Totalmente de acuerdo	36	24,1	17,2-31,1
¿En caso de maltrato infantil solo se limitaría a realizar el tratamiento a nivel de cavidad oral sin brindarle atención integral?			
Totalmente en desacuerdo	63	42,2	34,2-50,3
En desacuerdo	58	39	31-46
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	6	2,1-15
De acuerdo	17	11,4	6,2-16,5
Totalmente de acuerdo	2	1,3	0,5-9
¿Las mordidas observadas en el cuello deben ser investigadas ya que son un componente del abuso infantil?			
Totalmente en desacuerdo	11	7,3	3,13506-11,6
En desacuerdo	3	2	0,2-4,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	2,6	0,05-5,3
De acuerdo	78	52,3	,44,2-60,4
Totalmente de acuerdo	53	35,5	27,7-43,3
¿Si un niño afirma que un adulto le ha hecho daño se debe intervenir en el caso?			
Totalmente en desacuerdo	10	6,7	2,6-10,7
En desacuerdo	6	4	0,8-7,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	6	2,1-10
De acuerdo	64	43	34,9-51
Totalmente de acuerdo	60	40	32,3-48,2

Fuente: Autores

En las prácticas de los encuestados se observó que más de la mitad tienen una práctica inadecuada, además se encontró que frente al maltrato infantil se observó que la mayoría no anota la sospecha de maltrato en la historia clínica, no realizan anamnesis con enfoque a riesgo de maltrato y no preguntan por conductas sospechosas de maltrato infantil al acudiente (tabla 6).

Tabla 6. Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013.

Nivel de Practicas	Frecuencia n=149	Porcentaj e (%)	IC=95%
Adecuada	20	13,4	7,8-18,9
Inadecuada	129	86,5	81-92
Prácticas frente a sospecha de maltrato			
Anoto la sospecha de maltrato infantil en la historia Clínica			
Si	19	36,5	23-50
No	33	63,4	50-77
Cuáles fueron sus indicios para su sospecha			
Trauma del menor, comportamiento temeroso, intento del niño por ocultar una lesión.	12	24,9	12,0- 36,9
Indicio de descuido como desaseo y/o malnutrición, Lesión a nivel facial o cervical, Todas las anteriores	35	71,4	59-84,5
Comportamiento temeroso del niño, indicios de descuido como desaseo y/o malnutrición.	2	4	2,8- 9,8
¿Pregunta por conductas sospechosas de maltrato infantil?			
Si	24	16,1	10-22
No	125	83,8	78-90
¿Al realizar la historia Clínica de Odontopediatra hace enfoque hacia el maltrato infantil?			
Si	24	16,2	10-22
No	124	83,7	77,7-89,7

Fuente: Autores

En cuanto a la preparación sobre el maltrato infantil se obtuvo que más de la mitad recibió educación sobre el tema, en el área de Salud Pública, pero en la intensidad horaria se observa que el mayor número de encuestados manifiesta que fue de cero horas, además se consideran que no están preparados para diagnosticar el Maltrato Infantil, considerando que es un tema que requiere mayor Capacitación e importancia en la formación como profesionales.(tabla7)

Tabla 7. Tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.

Preparación	Frecuencia No 149	Porcentaje%	IC =95%
¿Durante el pregrado como odontólogo cuales asignaturas hicieron énfasis en maltrato infantil?			
Proyección, salud Familiar, Educación en Salud	84	56,3	48,3-64,4
Ética	16	10,7	5,7-15,7
Odontopediatría	31	20,8	14,2-27,3
Todas	8	5,3	1,7-9
Ninguna	10	6,7	2,6-10,7
¿Cuál fue la intensidad horaria destinada a la educación sobre el maltrato infantil?			
0 horas	88	59	51,0-67,0
1-2 horas	39	26,1	19-33,3
3-4 horas	14	9,4	4,6-14,1
5-6 horas	7	4,7	1,2-8,1
7- 8 horas	0	0	0
Mas de 8 horas	1	0,6	0,6-1,9
¿Considera que recibió una buena preparación en el tema?			
Si	19	12,7	7,3-18,1
No	130	87,2	81,8-92,6
Está preparado para detectar el maltrato			
Si	31	20,8	14,2-27,3
No	118	79,1	72,6-85,7
En escala de 1 a 5 para diagnosticar maltrato			
1	19	12,7	7,3-18,1
2	49	32,8	25,2-40,5
3	67	45	36,8-53
4	12	8	3,6-12,4
5	2	1,3	0,5-3,2
El tema merece mayor capacitación			
Si	144	96,6	,93,7-99,5
No	5	3,3	0,43-6,2
Me da igual	0	0	0
¿Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño maltratado?			
Si	13	8,7	4,14-13,3
No	136	91,2	,86,6-95,8
¿ considera obligatorio reportar las sospechas de maltrato infantil?			
Si	142	95,3	91,8-98,7
No	7	4,7	1,2-8,1

Fuente: Autores

En cuanto a la relación entre nivel de conocimiento y factores socio-demográficos, solo se encontró significancia para la facultad de egreso, con un conocimiento adecuado para los egresados de las universidades públicas. (tabla 8).

Tabla 8. Relación entre factores socio-demográficos y nivel de conocimientos frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013

Factores socio-demográficos	Nivel de conocimientos frente al maltrato infantil				Valor de p
	Inadecuado		Adecuado		
	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	
Edad por ciclo vital individual					
Adulto joven(20 a 44) años)Adulto maduro (45 a 59)	9	6,08	139	93,9	
Adulto mayor(mas de 60)	0	0,0	1	100	0,79
Sexo					
Femenino	6	6,82	82	93,1	
Masculino	3	4,9	58	95,8	0,63
Estratificación social					
Bajo a medio-bajo (1 a 3)	4	6,67	56	93,3	
Medio- alto a alto (4 a 6)	5	5,6	84	94,3	0,79
Tiempo de egresado					
1 a 10 años	7	8,86	72	91,1	
Mas de 11 años	2	2,86	68	97,1	0,12
Procedencia					
Rural	2	14,2	12	85,7	
Urbana	7	5,1	128	94,8	0,17
Facultad de egreso					
Pública	2	2,11	93	97,8	0,007*
Privada	7	13	47	87	

*valores de p significantes.

Al relacionar el nivel de actitudes frente al MI, se obtuvo significancia en la edad y la procedencia, reportando actitudes adecuadas los adultos jóvenes y maduros al igual que los de procedencia urbana.(tabla9)

Tabla 9. Relación entre factores socio-demográficos y actitudes frente al maltrato infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013

Factores socio-demográficos	Nivel de actitud frente al maltrato infantil				Valor de p
	Inadecuada		Adecuada		
	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	
Edad por ciclo vital individual					0,013*
Adulto joven(20 a 44 años)Adulto maduro (45 a 59)	20	13,5	128	86,4	
Adulto mayor(mas de 60)	1	100	0	0,0	
Sexo					0,50
Femenino	11	12,5	77	87,5	
Masculino	10	16,3	51	83,6	
Estratificación social					0,79
Bajo a medio-bajo (1 a 3)	9	15	51	85	
Medio- alto a alto (4 a 6)	12	13,4	77	86,5	
Tiempo de egresado					0,06
1 a 10 años	15	18,9	64	81	
Mas de 11 años	6	8,5	64	91,4	
Procedencia					0,00*
Rural	8	57,1	6	42,8	
Urbana	13	9,6	122	90,3	
Facultad de egreso					0,20
Publica	16	16,8	79	83,1	
privada	5	9,2	49	90	

*valores de p significantes

Al relacionar los factores socio-demográficos con la presencia de sospecha de casos de MI, con todas las dependientes, no se encontró significancia alguna, sin embargo poca población encuestada reportó que ante un caso de sospecha la conducta que seguían era reportar a la trabajadora social de su entidad. (tabla10).

Tabla 10. Relación entre factores socio-demográficos y presencia de Sospecha de Maltrato Infantil en Odontólogos de la Ciudad de Cartagena 2013

Factores socio-demográficos	Presencia de Sospecha de maltrato infantil				Valor de p
	NO		Si		
	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	Frecuencia N=149	Porcentaje (%)	
Edad por ciclo vital individual					
Adulto joven(20 a 44 años)					0,46
Adulto maduro (45 a 59)	96	65,3	51	34,6	
Adulto mayor (más de 60)	1	100	0	0,0	
Sexo					
Femenino	57	65,2	30	34,8	0,99
Masculino	40	65,5	21	34,4	
Estratificación social					
Bajo a medio-bajo (1 a 3)	35	58,3	25	41,6	0,12
Medio- alto a alto (4 a 6)	62	70,4	26	29,5	
Tiempo de egresado					
1 a 10 años	49	62	30	37,9	0,33
Más de 11 años	48	69,5	21	30,4	
Procedencia					
Rural	7	50	7	50	0,19
Urbana	90	67,1	44	32,8	
Facultad de egreso					
Publica	60	63,8	34	36,1	0,56
Privada	37	68,5	17	31,4	

7. DISCUSION

La metodología realizada a lo largo del trabajo de investigación fue de tipo descriptivo transversal identificando el evento y los factores relacionados en un mismo periodo de tiempo, por ello no se permitió el establecimiento de asociaciones causales, pero si se consideró apropiado explorar posibles relaciones arrojen luces que nos ayuden al entendimiento de cuáles son las prácticas que realiza el profesional en la Odontología frente al MI, su nivel de conocimiento y proceder frente a los factores socio-demográficos de este tipo de población y el grado de preparación de los mismo.

Al realizar el estudio se encontraron varias limitaciones para su realización como fueron la localización y recolección de la muestra, por cuanto los profesionales no se encontraban en sus consultorios porque debían atender sus prácticas diarias, no contando con el tiempo suficiente para brindar la información requerida; superando esta situación se logro contar una información representativa en cuanto a la población estudiada.

Igualmente es importante resaltar que dentro del propósito y objetivo del trabajo de medir el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas de los profesionales de la odontología, determinando igualmente que grado de importancia se le da al hecho de reportar los casos de sospecha de (M.I), llamando la atención, que esta acción debe ser inculcada y fortalecida desde las facultades de odontológica en el proceso formación en pregrado, incluyendo allí la realización de protocolos de atención al niño maltratado y conocer la reglamentación existente frente a la obligación efectuar el reporte de sospecha ya en su calidad de odontólogos profesionales.

Al proceder a evaluar el nivel de conocimiento de los Odontólogos frente al maltrato infantil se encontró adecuado, pero se destaca que la gran mayoría de profesionales de la odontología encuestados afirmaron no estar lo suficientemente preparado para diagnosticar el M.I en su práctica diaria, por lo cual en una en una escala de uno a cinco la calificación fue tres; al igual que en estudios similares realizados por (Pires y Cols, 2005) donde al evaluar el grado de conocimiento de M.I en Odontopediatras Especialización que facilita un mayor contacto con la población infantil, y sin tener estudios específicos sobre el tema, se encontró que “La mayoría de los pediatras mostró un grado de conocimiento suficiente sobre el maltrato infantil, aunque la mayoría de ellos no han realizado formación específica en este ámbito, más de la mitad declararon no confiar en las agencias de protección al niño y 94.6% reportaron temor a sanciones legales por notificar un caso de abuso de menores”⁶¹

En cuanto al conocimiento sobre la definición de negligencia dental se detectó que solo la tercera parte de la población tenía claro el verdadero significado, como lo reporta(Manea y Cols, 2007), quienes afirman que la negligencia y el descuido dental son tipos de maltrato menos conocidos y detectados, a pesar de ser muy frecuentes, destacando que la adecuada educación es clave para facilitar e incrementar en el Odontólogo la capacidad para reconocer y denunciar el Maltrato infantil,⁶² debido a que desde la consulta se puede lograr para la población infantil una atención integral con el fin de tener una relación adecuada con este tipo de paciente y llegar a superar las falencias encontradas, así como

⁶¹ PIRES, J.; ZUBARAN, M.; Viera, E.; Nava, T.; Feldes, L.; Castilhos, K.; Simas, V. & Franzon, N. Barriers for reporter of child abuse by pediatricians. *Rev. Bras:saude:mater. Infant.*; 5 (1): 103-8, 2005

⁶² MANEA; S.; Favero, G.A.; Stellini, E.; Romoli; L.; Mazzucato, M. & Facchin, P. Dentists perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect northeast Italy. *J. Clin Pediatr. Dent.*, 32 (1): 19-25, 2007

se observa en estudios realizados a Odontólogos e Higienistas en Dinamarca donde ambos grupos no cumplen suficientemente su rol de protector infantil.⁶³

Se reporta también que el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil en los profesionales de la Odontología en la Ciudad de Cartagena, está influenciado por la edad, encontrándose que los adultos jóvenes (20 - 44 años), y adultos maduros (45-59 años) presentaban mayor grado de conocimiento, encontrando controversia debido a que en estudios realizados se afirma que la mayoría de los maltratadores son padres o tutores(casi siempre varones) y que en un 70% tienen entre 20 y 40 años⁶⁴, donde se puede ver que están en el mismo rango de edad a los profesionales que presentan buenos conocimientos en el tema.

Referente al nivel de conocimiento relacionado con la procedencia se encuentra que presentan un mejor conocimiento los procedentes de la zona urbana, esto puede estar relacionado debido a que en Colombia según la UNICEF siguen existiendo brechas entre las áreas urbanas y las rurales en cuanto a calidad de vida, distribución de la riqueza, movilidad social, cobertura y calidad de los servicios de salud, agua, saneamiento e higiene, recreación, educación, cultura y acceso a la información, entre otros.⁶⁵

En cuanto al nivel de actitud de los profesionales de Odontología frente al M.I se observó una actitud favorable en la totalidad de los encuestados; y sobre el reporte de sospecha de maltrato Infantil se evidencia que la tercera parte de la población estudiada reportan la sospecha, a diferencia de estudios realizados en Chile donde se encontró cifras de sospecha de M.I, en un 43% en donde la mayoría de estas sospechas fue reportado por mujeres. Las denuncias más

⁶³ UIDUM,B; Christensen, H.N.:Welbury, R & Poulsen, S. Danish dentists and dental hygienists Knowlwdgw of and experiece whith suspicion of child abuse or neglect. Int. J Paediatr. Dent.; 20 (5):361-5,2011

⁶⁴ Boj J. Odontopediatría. Primera Edición. Editorial Masson-España 2005.

⁶⁵ UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Oficina de Area para Colombia y Venezuela.En:<http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>

frecuentes se dirigieron a: el/la asistente social o jefe del centro de salud y a carabineros.⁶⁶ Así mismo al evaluar las practicas que se realizan frente al tema se encontró un nivel inadecuado de estas, ya que no reportan los casos a las autoridades competentes, observándose que la falta del reporte de estos casos se debe al miedo de que se tomen represalias contra los niños, al igual como se evidencia en estudios de Porto Alegre Brasil, donde el 94,6% informa temor a sanciones legales, al denunciar un caso de maltrato infantil. La escases de reporte de sospecha de MI se podría relacionar con la falta de un sistema claro de protección y marco legal a los cuales los profesionales en Colombia.

Debido a la alta frecuencia de abuso de menores y negligencia frente a esta situación en Colombia y al alto porcentaje de las heridas bucales y faciales como consecuencia del maltrato infantil, y aun mas en el entorno regional que se encontraban los encuestados, donde estos reportan una sospecha de maltrato infantil en Cartagena de 22,7% en comparación con el total de casos (1465) reportados por la Secretaria Distrital de Salud De Cartagena, DADIS solo se reportaron 333, de los cuales 215 casos (64.6%) las víctimas fueron del sexo femenino, y 118 casos (35.4%) del sexo masculino, en el 2009 ⁶⁷, es de suma importancia para los profesionales de la salud “Odontólogos” estar adecuadamente formados e instruidos sobre el abuso, y la negligencia hacia la población infantil para estos casos ; para que no sólo se reconozca los hechos sospechosos, sino también tenga claro los procedimientos si tienen un niño en su silla odontológica que muestra signos de haber sido abusado o abandonado.

Se evidencio igualmente que los Odontólogos encuestados en la ciudad de Cartagena manifiestan tener los conocimientos adecuados y suficientes para

⁶⁶ FIERRO, Claudia. *et al.* Attitude Towards Child Abuse According to the Knowledge of Dentists in Concepcion Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 6(1):105-110, 2012

⁶⁷ DADIS. Programa de vigilancia en salud pública departamento administrativo distrital de salud, Cartagena de Indias D. T. Y C. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, Bolívar – año 2009. 2009. Alcaldía mayor de Cartagena.

detectar las lesiones orales sospechosas para un diagnóstico de maltrato infantil, pero no hay una acción decidida de pasar de la sospecha de maltrato infantil a la denuncia adecuada de la misma.

Frente a este resultado es prioritario que el odontólogo debe capacitarse sobre las causas que originan el M.I. para poder diagnosticar un paciente maltratado y conocer las vías para denunciar el caso en los organismos correspondientes ya que tiene la obligación legal de hacerlo pues si no se convierte en cómplice.

Al no tener los profesionales una conducta adecuada del reporte no solo de maltrato físico sino también de la negligencia en el cuidado de los niños, el cual no se observa en los resultados y que va en incremento, se estanca el proceso de notificación de la sospecha.

Es por esto que se requiere un protocolo adecuado sobre las acciones y procedimientos que se deben seguir en el momento de detectar el Maltrato Infantil para que se pueda llegar a tener una práctica adecuada que brinde una atención integral. Al menor víctima de este flagelo

8. CONCLUSIONES

En los profesionales de la Odontología en la Ciudad de Cartagena se presenta un nivel alto de conocimiento frente al maltrato infantil, al igual que una actitud favorable frente a este.

En cuanto a las prácticas, se percibe una precaria participación o intervención del profesional en la verificación de su sospecha. Además el profesional es consciente de la necesidad de aumentar los niveles de preparación en sus estudios universitarios sobre la temática, debido a que el papel de Odontólogo frente al maltrato infantil no es solo contribuir a la protección del menor, sino poder detectar el maltrato desde la consulta verificando las posibles lesiones que ocasiona este y evaluar el grado de abandono en que se encuentra el menor, para así poder tener los soportes médicos para de una forma correcta denunciar la sospecha.

El nivel de conocimiento y de actitud se ve mejor reflejado en los adultos jóvenes y maduros que en los adultos mayores, al igual que los que tienen menos de diez años de egresados.

De esta forma se puede ver una visión preliminar de la situación del Maltrato Infantil en la ciudad de Cartagena desde la profesión del Odontólogo y cuales serían las posibles acciones que se podrían acometer directamente desde el Claustro Universitario como Centro de Formación de los Profesionales de esta disciplina

9. RECOMENDACIONES

En próximas investigaciones se aconseja aumentar el tamaño de la muestra.

Diseñar un protocolo de manejo para las sospechas y reporte del maltrato infantil presentadas en la Ciudad de Cartagena

BIBLIOGRFIA

1. ALVES, P. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. umarevisão da literatura. Brasil. En: Publ. UEPG Biol. HealthSci. 2003; vol9, n^o1, p. 29-35.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry council on clinical affairs. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect.USA. En: American Academy of Pediatric Dentistry; clinical guidelines. 2005; p. 146- 149
3. CALIFORNIA SOCIETY OF PEDIATRIC DENTISTS. Dental neglect: when to report. USA. En: CalifPediatrician.1989; vol 23, n^o 1, p.31–32.
4. CAIRNS,M; WELBURY, R. The dental practitioner and child protection in Scotland. Scotland. En:British dental journal.2005;vol 199 n. 8 p. 517- 520.
5. CASADO, J; DIAZ, J; MARTINEZ, C. Niños maltratados. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1997. p 10.
6. COMITÉ DE MALTRATO INFANTIL SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer?. Chile. En:RevChil Pediatr.2007; vol 78, n^o 1, p. 85-95.

7. DADIS. Programa de vigilancia en salud pública departamento administrativo distrital de salud, Cartagena de Indias D. T. Y C. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, Bolívar – año 2009. 2009. Alcaldía mayor de Cartagena.
8. ESCALANTE, M; URIBE, R. Maltrato infantil. Perú. En: Rev Peruana Pediat. 2001; vol 54 n^o 2, p. 48-50.
9. FERNÁNDEZ, G; PEREA, J. Síndrome del maltrato infantil. Cuba. En: Rev Cubana Pediatr. 2004; vol 76, n^o 3, p. 45
10. FERRO, M; MALDONADO, A; MONTIEL, Y; RIVAS, M. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Venezuela. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010; Edición electrónica. P. 1-7.
11. FIERRO, Claudia. *et al.* Attitude Towards Child Abuse According to the Knowledge of Dentists in Concepcion Chile. ***Int. J. Odontostomat.***, 6(1):105-110, 2012
12. GALLEGOS, L; MIEGIMOLLE, M; PLANELLS, P. “Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado”. Venezuela. En: Acta Odontológica Venezolana. 2002; vol 40, n^o 3, p.14
13. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect . A merican academy of pediatric dentistry
14. JESSEE, S. Child abuse and neglect curricula in North American dental schools. USA. En: JDentEduc. 1995; vol 59, no. 8, p. 841–843.

15. JESSEE, S; MARTIN, R. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. USA. En: ASDC J Dent Child. 1998; vol 65, no. 1, p. 21- 24.
16. KELLOGG, N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect..USA. En: American Academy of Pediatrics. 2005; vol. 116, No. 6, p. 1565-1568.
17. KENNEY, J. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today.USA. En: ForensicScience International. 2006; vol 7, n^o1, p.121–125.
18. LAGO, G; ROJAS, G; POSADA, A; MONTÚFAR, M. Síndrome de maltrato infantil. Colombia. En: Recop SCP, Ascofame. 2005; vol 2, n^o 1, p. 35.
19. LD, Mouden. DC, Bross. Am Dent Assoc Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect
20. LOREDO, A; REYNES, J; DE MARTÍNEZ, C; CARBAJAL, L; VIDALES, C; VILLASEÑOR, J. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Mexico. En: Bol MedHospInfantMex. 1986; vol 43, n^o1, p. 425-434.
21. MANEA; S.; Favero, G.A.; Stellini, E.; Romoli; L.; Mazzucato, M.& Facchin, P. Dentists perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect northeast Italy. J.Clin Pediatr. Dent., 32 (1): 19-25, 2007
22. MARIÑO, J; SIEIRA M. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. En: CadAtenPrimaria. 2009; vol 16, n^o1, p. 28-36.
23. MARTIN, D; FRAYER, D. Troubled Times: Violence and Warfare in the Past, Gordon and Breach Publishers. 1997.

24. MEDRANO, G; PERONA, G. "Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?". Perú. En: OdontolPediatr. 2010; vol 9 n° 1, p. 78- 93.
25. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, libro clínico. Organización panamericana de la salud. En:<http://www.paho.org/col>. Colombia. 2012.
26. MILNERA, J; THOMSENA, C. Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk?. USA. En: Child Abuse & Neglect. 2010; vol 34, n°1, p. 332–344
27. MORANTE, C; KANASHIRO, C. El odontólogo frente al maltrato infantil. Perú. En: RevEstomatol Herediana. 2009; Vol 19, n° 1, p.50-54.
28. MORALES, M. Rol del Odontopediatra en el Diagnóstico de Maltrato Infantil. Venezuela En: Acta Odont. Venez. 2009; vol.47, N° 2, p. 1-6.
29. MONK, J. Non-accidental injury in children—An update. USA. En: Injury, Int. J. Care Injured. 2008; vol 39, n°1, p. 978—985.
30. MOXLEY, K. Early Intervention and Maltreated Children. USA. En: infants & young children. 2012; vol 25, No 1, p.
31. NELMS, A. What Victims of Domestic Violence Need from the Dental Profession. USA. En: Journal of Dental Education. 2009; vol 73, No 4, p. 490-499.3- 18.
32. NOOR, A; QUDEIMAT, M; QODCEIH, S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. Jordania. En: International Journal of Paediatric Dentistry. 2009; vol 19, n°1, p. 291–296.

33. OFICINA DE ÁREA PARA COLOMBIA Y VENEZUELA. La niñez colombiana en cifras. Unicef Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. 2002; Editores: Nieto, B; Franky, S
34. OWAIS, A; QUDEMAIT, M; QODCEIH, S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. Jordania. En: Int J Paediatr Dent. 2009; Vol 19, n^o1 p. 291–296.
35. OMS. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es
36. PIRES, J.; ZUBARAN, M.; Viera, E.; Nava, T.; Feldes, L.; Castilhos, K.; Simas, V. & Franzon, N. Barriers for reporter of child abuse by pediatricians. Rev. Bras:saude:mater. Infant.; 5 (1): 103-8, 2005
37. OWEN, L. Progress report on the development of child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. En: Child Abuse & Neglect. 2004; vol 28, n^o 1, p. 93–111
38. RUPP, R. Función del odontólogo al reportar el abuso y descuido infantil. USA. En: J Clínic Odontol. 2002; vol 17, n^o 57, p. 349.
39. SANTANA, R; SÁNCHEZ, R; HERRERA, E. El maltrato infantil: un problema mundial. México. En: salud pública de México. 1998; vol 40, no. 1 p. 57
40. SASSENFELD, A. El Desarrollo Humano en la Psicología Jungiana. Chile. En: Teorías e Implicancias Clínicas [Tesis de Grado]. Universidad de Chile. 2004.

41. SEGURA, C; GIL, M; SEPÚLVEDA, M. El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. España. En: Cuad Med Forense. 2006; vol 12, nº 43, p.117- 128.
42. SIEGAL, Mark. DDS. MPH, L, *et al* .parent or Caregiver; staff and Dentist perspectives on Access to Dental Care Issues for Head Start Children in Ohio .
43. SIMARRA, J; DE PAÚL , J; SAN JUAN, C. Malos tratos infantiles: representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el Caribe colombiano. Colombia. En: Child Abuse & Neglect. 2002; vol 26, nº1, p. 815–831.
44. SOOMER, H; LINCOLN, M. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. USA. En: Forensic Science International. 2010; vol 201, nº 1, p. 68–73.
45. STRAFFON, Lloyd, D.D.S., M.S.; *et al*. Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students' Educational Experiences and Knowledge John E.
46. SWEET, David. DMD, PhD. Detecting Child Abuse and Neglect —Are Dentists Doing Enough?. *Can Dent Assoc* 1999; 65:387-91
47. TSANG, A; SWEET, D. Detecting Child Abuse and Neglect -Are Dentists Doing Enough?. Canada. En: Journal of the Canadian Dental Association. 1999; vol. 65, No. 7, p. 387-391

48. UIDUM, B; Christensen, H.N.: Welbury, R & Poulsen, S. Danish dentists and dental hygienists Knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int. J Paediatr. Dent.*; 20 (5):361-5,20
49. UIDUM, B. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. USA. En: *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2010; vol 20, n°1, p. 361– 365.
50. VALDEBENITO, L; LARRAÍN, S. El maltrato deja huella. Manual para la detección y violencia intrafamiliar. UNICEF. Programa Puente. Gobierno de Chile. FOSIS. Santiago de Chile.2007.

Anexo 1. Consentimiento escrito e informado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Odontólogos frente al manejo del maltrato infantil en la Ciudad de Cartagena.

INVESTIGADORES: Katherine Arrieta, Shyrley Díaz, Eder Acendra Gonzalez, Luisa F Hoyos Albornoz.

FECHA: _____

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación titulado: **conocimientos, Actitudes y prácticas de los Odontólogos frente al maltrato infantil en la ciudad de Cartagena.** Si usted decide participar debe firmar este consentimiento informado. Su firma quiere decir que se la ha explicado y ha entendido en qué consiste la investigación y sus posibles riesgos, incomodidades o molestias.

Este estudio es una investigación descriptiva liderada por la Universidad de Cartagena, con la aprobación del Comité de Investigación y el comité de ética institucional.

El objetivo de este estudio, es identificar los conocimientos, las actitudes y prácticas de los Odontólogos de la ciudad de Cartagena acerca del maltrato infantil.

Usted puede decidir no autorizar su participación en la investigación, esta decisión no perjudicará la relación con los investigadores y no habrá ningún costo adicional para usted relacionado con el insumo que se ha invertido dentro del proyecto.

Los datos de este estudio serán publicados. La información publicada no incluirá el nombre del participante o cualquier otra forma de identificación. De requerirse no serán utilizados sin su expresa autorización.

Usted puede hablar con los investigadores en cualquier momento y hacer cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio dirigiéndose a los investigadores: Shyrley Díaz correo: shyrely77@hotmail.com

Declaro que se me ha sido dada la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre la investigación y estas han sido respondidas. He entendido perfectamente cuáles son los procedimientos en los cuales estaré participando y autorizo que los resultados obtenidos del presente estudio sean publicados.

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre Shirley Díaz C.C

Firma

Nombre: _____
Firma: _____

Anexo 2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOLOGO FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE CARTAGENA.

Dr. (a) : Este cuestionario es anónimo y confidencial sólo se utilizará con fines investigativos; diligenciarlo de la manera más correcta posible **MARCANDO CON UNA X** la respuesta que más se acerque a la situación, previa firma del consentimiento informado.

1. Edad: _____ 2. Sexo: F____ M____ 3. Tiempo de egresado : _____ 4. Procedencia: Urbana____ Rural____
5. Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 6. Facultad de egreso: publica _____ privada_____

7. ¿Qué entiende usted por maltrato infantil?

- A. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
- B. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional y abuso sexual, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño.
- C. El abuso o maltrato infantil de menores a abarca abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud y la supervivencia.
- D. El abuso o maltrato infantil de menores abarco explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
- E. Ninguna de las anteriores.

8. Cuales signos, o patologías que indicarían que un niño ha sido maltratado?

- A. Lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura.
- B. Hematomas localizados en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido)
- C. Si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
- D. Todas las anteriores
- E. Ninguna de las anteriores

9. A que se le llama Negligencia Dental?

- A. Índice alto de caries y presencia de enfermedades periodontales
- B. Múltiples fracturas dentales asociadas a golpes o caídas.
- C. Succión labial
- D. A y B son ciertas
- E. Todas las anteriores

10.Cuál es la responsabilidad de los odontólogos con respecto al maltrato infantil?

- A. Notificar el caso a las autoridades competentes
- B. Resolver el problema mediante el dialogo con los padres.
- C. Prestarle poca importancia debido a que no es mi área.
- D. A y B
- E. Ninguna de las anteriores

11. Durante su pregrado como Odontólogo, en Cual(es) de esta (s) asignatura(s) hicieron énfasis en el manejo del maltrato infantil?

A. Salud familiar B. Ética para el odontólogo. C. proyección social. D. Odontopediatria E. Educación en salud F. Otras asignaturas cuales _____

12. Conoce usted algún protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil desde la consulta odontológica? Si____ No____
Cual_____

13. Según su criterio cuál es la primera institución donde se debe reportar la sospecha de maltrato infantil desde la consulta odontológica? A. Bienestar familiar B. Comisarias de Familia C. Policía D. Fiscalía E. No se debe reportar.

14. En caso de sospechar sobre un caso de maltrato infantil desde la consulta odontológica lo más adecuada sería reportar a las autoridades?
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

15. En caso de sospecha de maltrato infantil se debe Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño, mantener la calma y garantizar ayuda en la medida de las posibilidades.
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

16. Cuando se realiza la historia clínica se debe realizar la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil?
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

17. En caso de detectar un caso de maltrato infantil en la consulta odontológica solo se limitaría a realizar el tratamiento a nivel de la cavidad oral sin brindarle una atención integral, por miedo a represión por parte del agresor?
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

18. Las mordidas observadas en el cuello de un niño o en zonas menos accesibles deben ser investigadas, ya que marcas de mordidas son con frecuencia un componente de abuso infantil el cual hay que denunciarlo?
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

19. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación e intervenir en el caso?
A. Totalmente en desacuerdo
B. En desacuerdo
C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
D. De acuerdo
E. Totalmente de acuerdo

20. Sospecha usted actualmente que alguno de sus pacientes es víctima de maltrato infantil?
A. Si B. No

21. Ha sospechado alguna vez con base a su experiencia clínica de algún caso de maltrato infantil?
A. Si B. No C. Cuantas veces ha sospechado_____

Si su anterior respuesta es negativa pase a la pregunta 26

22. Su primera conducta cuando sospechó del caso de maltrato infantil fue:

- A. Habló con los padres del niño.
- B. Buscó ayuda de un pediatra
- C. Llamó a la policía
- D. Se quedó callado

23. En caso de haberse quedado callado su razón fue:

- A. No estar seguro del diagnóstico.
- B. Miedo a que se tomaran represalias contra el niño.
- C. No sabe a dónde recurrir
- D. Miedo a represalias en contra suya
- E. Miedo a perder el paciente y que este no vuelva más
- F. Emplear mucho tiempo en realizar trámites y denuncias
- G. No está seguro de lo que dice el niño.

24. Anotó la sospecha de maltrato infantil en la Historia Clínica? A. Si B. No

25. Cuáles fueron los indicios para su sospecha?

- A. Trauma del menor
- B. Comportamiento temeroso del niño
- C. Intento del niño por ocultar alguna lesión
- D. Lesión a nivel facial o cervical sospechosa de maltrato
- E. Indicios de descuido como desaseo, malnutrición
- F. Todas las anteriores

26. Preguntó usted durante la atención odontológica o en la visita domiciliaria por conductas sospechosas de maltrato infantil a los padres o acudientes del niño? A. Si B. No

27. Cuando realiza la historia clínica de Odontopediatría realiza la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil? A. Si B. no

Marque con **V** si es verdadero o **F** si es falso el enunciado:

28. Los moretones en la mejilla pueden indicar bofetadas o pellizcos en la cara. _____

29. Repetidas lesiones en la dentición que den como resultado dientes avulsionados o dientes con cambios de color pueden indicar un trauma repetido de abuso. _____

30. Los moretones observados alrededor del cuello generalmente están asociados con un trauma accidental. ____

31. Las mordidas observadas en el cuello de un niño o en zonas menos accesibles debe ser investigadas, ya que marcas de mordidas son con frecuencia un componente de abuso infantil _____

32. Existe una fuerte correlación entre el descuido dental y la presencia de abandono físico. _____

33. Problemas psicossomáticos por parte del niño pueden indicar abuso sexual. _____

34. Comportamientos seductores de un niño hacia el personal odontológico pueden ser un indicativo de previo abuso sexual del niño _____

35. La imposibilidad del niño para mirar a los ojos y responder al personal odontológico, puede ser un signo de abuso sexual. _____

36. El maltrato de menores se asocia principalmente a las tensiones de la pobreza y rara vez ocurren entre personas con ingresos medios o altos. ____
37. Los niños que han sido víctimas de abusos suelen decirle a alguien poco después del abuso. ____
38. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación ____
39. El maltrato infantil puede estar presente si un padre describe lesiones de su niño como un auto-infligida ____
40. El maltrato infantil puede estar presente si un padre informa que las lesiones del niño fueron infligidas por el hermano del niño. ____
41. El maltrato infantil puede estar presente cuando se nota un retraso por parte de los padres en la búsqueda de atención médica para tratar lesiones del niño. ____
42. En su último nivel de formación profesional cual fue la intensidad horaria destinada a la educación sobre el maltrato infantil
- A. 0 horas
 - B. 1 -2 horas
 - C. 3 -4 horas
 - D. 5-6 horas
 - E. 7-8 horas
 - F. Más de 8 horas
43. Considera que está recibió una buena preparación sobre el tema del Maltrato infantil en la Facultad? A. Si B. No
44. Se considera preparado para poder detectar y proceder correctamente ante un caso de maltrato infantil? A. Si B. No
45. En una escala de 1 a 5 que tan apto se considera usted para el diagnóstico maltrato infantil?

46. Cree que éste debería ser un tema que merece más capacitación en su formación profesional?
- A. Si
 - B. No
 - C. Me da igual
47. Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil? A. Si B. No
48. Considera usted obligatorio reportar las sospechas de Maltrato Infantil desde la consulta Odontológica? A. Si B. No