

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPEDIATRA
FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO.

Por

TAYRA STEPHANIE HERNÁNDEZ CONTRERAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Septiembre, 2024

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPEDIATRA
FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO.**

TAYRA STEPHANIE HERNÁNDEZ CONTRERAS

Comité de Tesis

Presidente

Secretario

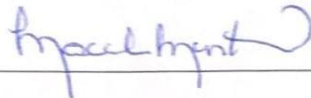
Vocal

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría,
**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPEDIATRA
FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO.**



TAYRA STEPHANIE HERNÁNDEZ CONTRERAS

Comité de Tesis



**DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARCELA MONTES VILLARREAL**



**CODIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA TERESA PÉREZ QUINTERO**



**ASESOR METODOLÓGICO
DR. GUSTAVO ISRAEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ**



**ASESOR METODOLÓGICO
DR. ENRIQUE NIETO RAMÍREZ**



**ASESOR METODOLÓGICO
DRA. SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS**

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	IV
INDICE.....	V
LISTA DE TABLAS.....	VIII
LISTA DE FIGURAS.....	IX
NOMENCLATURA.....	X
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. HIPÒTESIS	3
2.1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. OBJETIVOS.....	6
5. ANTECEDENTES.....	7
5.1 MALTRATO INFANTIL.....	7
5.1.1 Antecedentes históricos y evolución del concepto.....	7
5.1.2 Definición.....	8
5.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO INFANTIL	8
5.2.1 Factores socioeconómicos	8
5.2.2. Dinámicas familiares.....	9
5.2.3 Características individuales.....	9
5.2.4 Factores socioculturales.....	9
5.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.....	10
5.3.1 Abandono	10
5.3.2 Abuso físico	10
5.3.3 Abuso sexual.....	10
5.3.4 Maltrato emocional.....	11

5.3.5 Negligencia	11
5.3.6 Otros	12
5.4 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN EL ABUSO FÍSICO INFANTIL	13
5.4.1 Manifestaciones clínicas	14
5.4.2 Mecanismos de lesión oral	14
5.4.3 Importancia de la evaluación odontológica	15
5.5 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN EL ABUSO SEXUAL.....	15
5.5.1 Lesiones orales típicas.....	15
5.5.2 Importancia de la evaluación odontológica.....	16
5.5.3 Limitaciones y consideraciones	16
5.6 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN NEGLIGENCIA DENTAL.....	16
5.6.1 El papel del odontólogo.....	17
5.6.2 Prevención y promoción.....	17
5.6.3 La Odontología ante el desafío de la detección y denuncia del maltrato infantil.....	18
5.6.4 Signos de alarma en la cavidad oral.....	19
6. MÉTODOS.....	20
6.1 Universo de estudio.....	20
6.2 Muestra.....	20
6.3 Diseño del estudio.....	20
6.4 Validación del instrumento.....	20
6.5 Aplicación del instrumento y recolección de datos.....	21
6.6 Análisis de los datos	21
7. RESULTADOS	22
7.1 Variables socio-demográficos de los odontopediatras de México.....	22
7.2 Prevalencia de los casos de sospecha de maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	24
7.3 Nivel de conocimiento del maltrato infantil de los Odontopediatras	

de México.....	26
7.4 Nivel de conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas de maltrato infantil de los Odontopediatras de México	29
7.5 Nivel de actitudes de los Odontopediatras frente al maltrato infantil en México.....	32
7.6 Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de los Odontopediatras en México.....	35
7.7 Tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.....	38
7.8 Evaluación del conocimiento , actitud y practica de los Odontopediatras en México.....	41
8. DISCUSIÓN	43
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
10. LITERATURA CITADA.....	49
11. ANEXOS.....	58
12. RESUMEN BIOGRÁFICO.....	68

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Variables Socio-demográficas de los Odontopediatras de México.....	22
2. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil	24
3. Nivel de conocimiento de maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	27
4. Nivel conocimiento sobre la Identificación de signos y síntomas de Maltrato infantil	30
5. Nivel de actitudes frente al maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	33
6. Prácticas frente al maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	36
7. Tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.....	39
8. Evaluación del conocimiento , actitud y practica de los Odontopediatras en México.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura

Página

1. Variables Socio-demográficas de los Odontopediatras de México.....	23
2. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil	25
3. Nivel de conocimiento de maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	28
4. Nivel conocimiento sobre la Identificación de signos y síntomas de Maltrato infantil	31
5. Nivel de actitudes frente al maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	34
6. Prácticas frente al maltrato infantil en Odontopediatras de México.....	37
7. Tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.....	40
8. Evaluación del conocimiento , actitud y practica de los Odontopediatras en México.....	42

NOMENCLATURA

VPH	Virus Papiloma Humano
MI	Maltrato Infantil
ETS	Enfermedades de transmisión sexual

TESISTA: TAYRA STEPHANIE HERNÁNDEZ CONTRERAS
DIRECTOR DE TESIS: DRA. MARCELA MONTES VILLARREAL
CODIRECTOR DE TESIS: MARÍA TERESA PEREZ QUINTERO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPEDIATRA
FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO**

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El maltrato infantil constituye un grave problema de salud pública que demanda una detección temprana y oportuna. Dada la naturaleza de su trabajo, los odontopediatras ocupan una posición estratégica para identificar signos de abuso en la región orofacial. Esta investigación evaluó el nivel de conocimiento, actitud y práctica de los odontopediatras mexicanos frente al maltrato infantil. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica que adopta el odontopediatra frente a la erradicación del maltrato infantil en la consulta odontológica en México. **METODOLOGÍA:** Participaron 175 odontopediatras de México por medio de la aplicación de un instrumento validado capturado en una base de datos Microsoft Forms. El instrumento evaluó el nivel de conocimientos sobre el maltrato infantil, las actitudes frente a esta problemática y las prácticas implementadas ante una sospecha de maltrato infantil. **RESULTADOS:** Se concluye que la mayoría de los odontopediatras que participaron en el estudio demostraron un buen nivel de conocimiento sobre los signos y patologías asociadas al maltrato infantil. Sin embargo, se observó una deficiencia en cuanto a la comprensión de protocolos y guías de actuación ante casos de sospecha. Respecto a las actitudes, la mayoría de los profesionales mostraron una disposición favorable para abordar esta problemática. No obstante, a pesar de reconocer la importancia de la capacitación en este tema, muchos consideraron que su formación inicial fue insuficiente. Se observó una discrepancia entre el conocimiento teórico y las actitudes de los odontólogos en relación a la acción implementada en el manejo de casos sospechosos de maltrato infantil y en ocasiones no se siguió los protocolos establecidos.

CONCLUSIONES: Si bien los odontopediatras mexicanos cuentan con un buen nivel de conocimiento y una actitud favorable frente al maltrato infantil, existen aún desafíos en cuanto a la aplicación de protocolos y la implementación de prácticas adecuadas. Es fundamental fortalecer la formación continua de los profesionales en este ámbito, a fin de garantizar una detección temprana y una respuesta efectiva ante casos de maltrato infantil.

Palabras clave: maltrato infantil, odontopediatría, conocimiento, actitud, práctica, México

TESISTA: TAYRA STEPHANIE HERNÁNDEZ CONTRERAS
DIRECTOR DE TESIS: DRA. MARCELA MONTES VILLARREAL
CODIRECTOR DE TESIS: MARÍA TERESA PEREZ QUINTERO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF THE PEDIATRIC
DENTISTS REGARDING CHILD ABUSE IN MEXICO**

ABSTRACT

BACKGROUND: Child abuse is a serious public health problem that requires early and timely detection. Given the nature of their work, pediatric dentists are in a strategic position to identify signs of abuse in the orofacial region. This research evaluated the level of knowledge, attitudes and practices of Mexican pediatric dentists regarding child abuse. **OBJECTIVE:** To determine the level of knowledge, attitudes and practices adopted by pediatric dentists regarding the eradication of child abuse in dental consultations in Mexico. **METHODOLOGY:** 175 pediatric dentists from Mexico participated by completing a validated instrument, which was captured in a Microsoft Forms database. The instrument assessed the level of knowledge about child abuse, attitudes towards the problem, and practices implemented when child abuse is suspected. **RESULTS:** It is concluded that most of the pediatric dentists that participated in the study demonstrated a good level of knowledge about the signs and pathologies associated with child abuse. However, a deficiency was observed in the understanding of protocols and guidelines for action in suspected cases. Regarding attitudes, most professionals showed a favorable disposition to address this issue. Despite recognizing the importance of training in this subject, many considered that their initial education was insufficient. A discrepancy was observed between the theoretical knowledge and the attitudes of dentists in relation to the actions implemented in the management of suspected cases of child abuse, and established protocols were sometimes not followed.

CONCLUSION: Although Mexican pediatric dentists have a good level of knowledge and favorable attitudes towards child abuse, there are still challenges regarding the application of protocols and implementation of appropriate practices. It is fundamental to strengthen the ongoing training of professionals in this area to guarantee early detection and an effective response to cases of child abuse.

key words: child abuse, pediatric dentistry, knowledge, attitudes, practices, Mexico.

1. INTRODUCCIÓN

Entre los profesionales de la salud, los odontopediatras se encuentran en una posición especial para identificar casos de maltrato infantil. Al tener acceso regular a exámenes bucales, estos profesionales cuentan con la oportunidad de evaluar no solo el estado físico de los menores, sino también de percibir señales de posibles abusos o negligencias, tanto a nivel físico como psicológico.

Dada esta posición estratégica, la odontología debe comprometerse en la prevención y detección del maltrato infantil. Es imperativo que los odontopediatras sean conscientes de su responsabilidad moral, legal y ética en relación con la identificación y los protocolos de actuación ante una sospecha.

La problemática del maltrato infantil en México es un asunto de grave preocupación. Niños y niñas de todas las edades son víctimas de diversas formas de abuso, incluso antes de nacer. Todo acto de maltrato sea físico, psicológico, sexual o emocional, deja una profunda huella en el desarrollo integral del menor.

Es alarmante constatar que, a pesar de la prevalencia de este fenómeno, aún existen deficiencias en la detección y atención de los casos de maltrato infantil. Si bien diversas disciplinas de la salud tienen un papel fundamental en la identificación de señales de abuso, la odontología, particularmente la odontopediatría, ocupa un lugar estratégico, ya que del 50 al 70 % de los niños que sufren maltrato, presentan las lesiones en la boca, cara, cabeza o dientes (Ribelles, et al., 2020).

Los odontopediatras, al realizar historia clínica y exámenes bucales de rutina, tienen la oportunidad de observar lesiones, alteraciones en el desarrollo dental o signos de negligencia que podrían indicar la presencia de maltrato. Sin embargo, es necesario fortalecer la capacitación de estos profesionales para que puedan identificar de manera más precisa estas señales y actuar correctamente.

La detección y prevención del maltrato infantil exigen una participación de la odontología. Es fundamental capacitar a los odontólogos para que puedan identificar de

manera oportuna los signos de maltrato, documentarlos adecuadamente, notificar a las autoridades correspondientes y brindar una atención integral a los niños afectados.

Debido a esta problemática actual nos preguntamos si, ¿Con base en su conocimiento profesional, que actitud adopta el odontopediatra de México frente a la erradicación del maltrato infantil cuando este se manifiesta en la consulta odontológica?

2. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: Los odontopediatras como especialistas en la prevención y solución de problemas bucodentales de los niños tienen mayor conocimiento acerca del maltrato infantil en comparación de actitud y práctica.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año millones de niños en el mundo son víctimas y testigos de violencia física, sexual y emocional. La negligencia infantil es definida como el daño que amenaza la salud de un niño o el bienestar del menor producido por parte de un progenitor o cuidador ; la caries dental está relacionada con abandono o negligencia infantil. A pesar de esto, y de la obligación que les asiste a los odontólogos en el reporte de casos de sospecha de maltrato infantil, no son reportados estos casos, aun siendo consciente de su posición privilegiada en la detección de estos.

Debido a esta problemática actual nos preguntamos si, ¿Con base en su conocimiento profesional, que actitud adopta el odontopediatra de México frente a la erradicación del maltrato infantil cuando este se manifiesta en la consulta odontológica?

3. JUSTIFICACIÓN

Todo ser humano es susceptible a sufrir maltrato o violencia durante su vida, pero hay grupos más vulnerables como son los niños, niñas y adolescentes.

El maltrato infantil constituye un grave problema de salud pública que afecta a millones de niños y niñas en todo el mundo. Los profesionales de la salud, en particular los odontopediatras, desempeñan un papel crucial en la detección temprana de signos de maltrato, dada su estrecha relación con los niños y su acceso regular a exámenes bucales. Se debe entender la necesidad de comprender en profundidad la respuesta de su parte ante una problemática social tan relevante. Al identificar las barreras y facilitar la detección y reporte de casos de maltrato infantil, se podrán diseñar estrategias más efectivas para mejorar la atención a los niños víctimas de violencia y promover su bienestar.

Diversos estudios internacionales han destacado la importancia de la colaboración interdisciplinaria en la prevención y detección del maltrato infantil. La Asociación Dental Americana ha instado a los profesionales de la salud bucal a asumir un papel activo en la identificación y reporte de casos sospechosos.

Para desempeñar este rol de manera efectiva, es fundamental que los odontopediatras posean un conocimiento integral que trascienda los límites de la odontología. Se requiere una sólida formación en diversas áreas de la salud, incluyendo:

- **Psicología infantil:** Es esencial para establecer una relación de confianza con el niño y poder identificar posibles indicadores de maltrato a nivel emocional.
- **Dermatología:** Permite reconocer lesiones cutáneas que puedan ser consecuencia de abusos físicos.
- **Anatomía patológica:** Facilita la comprensión de las alteraciones anatómicas asociadas al maltrato.
- **Pediatría:** Proporciona un conocimiento global del desarrollo infantil y las posibles complicaciones derivadas del maltrato.

- **Otras áreas:** Hematología, infectología, microbiología, histología, entre otras, complementan la formación del odontopediatra, permitiéndole abordar de manera integral la evaluación del niño.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica del odontopediatra frente al maltrato infantil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A) Describir las características sociodemográficas de los odontopediatras de México.

B) Estimar la prevalencia de sospecha de maltrato infantil presente en la consulta odontológica en México.

C) Determinar el nivel de conocimiento del odontopediatra frente al maltrato infantil entre los sujetos de estudio.

D) Identificar las actitudes tomadas por el odontopediatra frente al manejo del maltrato infantil.

E) Evaluar las prácticas ejercidas por el odontopediatra frente a los posibles casos de maltrato infantil.

F) Identificar el tiempo empleado, asignaturas y percepción sobre nivel de conocimientos, identificación de casos y aspectos administrativos sobre maltrato infantil.

5. ANTECEDENTES

5.1 MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno complejo y multifactorial que ha trascendido culturas y épocas, dejando una profunda huella en la historia de la humanidad. A pesar de ser un problema arraigado en la sociedad, no fue hasta finales del siglo XIX que se reconoció su gravedad y se iniciaron las primeras acciones para combatirlo. A continuación, se presenta la evolución histórica del concepto de maltrato infantil, sus diferentes manifestaciones, causas, consecuencias y las estrategias de prevención e intervención.

5.1.1 Antecedentes históricos y evolución

Las raíces del maltrato infantil se remontan a la antigüedad. Diversas culturas, como la griega y la romana, ya hacían referencia a prácticas violentas contra niños en sus mitos y relatos religiosos (Baile et al., 2011). Durante siglos, la infancia fue percibida como una etapa de la vida subordinada a los adultos, con escasos derechos y protección legal.

Los primeros estudios médicos que documentaron las huellas del maltrato infantil se remontan al siglo XIX, con las observaciones del patólogo Ambrosio Tardieu, quien documentó lesiones en niños que sugerían maltrato físico (Doria y Navarro, 2016). A mediados del siglo XX, el pediatra John Caffey destacó la importancia de las radiografías para detectar lesiones óseas asociadas al maltrato infantil, contribuyendo a una mayor conciencia sobre esta problemática (Grover y Crawford, 2016).

En la década de 1960, Henry Kempe acuñó el término "síndrome del niño maltratado", definiendo el maltrato infantil como la aplicación intencional de fuerza física que causa daño a un niño (Santana et al., 1998). Con el tiempo, la definición de maltrato infantil se ha ampliado para incluir no solo el maltrato físico, sino también el abuso sexual, la negligencia y el maltrato emocional (Loredo, 2010).

El maltrato hacia la infancia constituye una crisis sanitaria que afecta a millones de niños en todo el mundo. La prevalencia de este fenómeno se ve agravada por su carácter

oculto, ya que la mayoría de los casos se producen en el seno familiar y los lazos afectivos pueden dificultar la detección y denuncia de estos actos. Según Brown y colaboradores (Brown et al., 2020), uno de cada cuatro niños sufre algún tipo de abuso o negligencia. UNICEF (Unicef, 2024), reveló algo similar, seis de cada diez niños menores de cinco años en el mundo sufren de manera regular castigos físicos o agresiones psicológicas en sus hogares, estas experiencias traumáticas pueden tener consecuencias devastadoras para el desarrollo infantil, socavando la autoestima y el bienestar emocional de los niños.

5.1.2 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define el maltrato infantil como cualquier acto u omisión que afecte a un menor de 18 años, abarcando todo tipo de maltrato físico o afectivo, desatención, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor poniendo en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

5.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno complejo influenciado por una multiplicidad de factores interrelacionados (Gilbert et al., 2009). El maltrato infantil, en cualquiera de sus formas, constituye una grave amenaza para el bienestar físico y emocional de los niños. Las prácticas disciplinarias violentas, basadas en el castigo físico o psicológico, no solo son ineficaces, sino que pueden generar traumas duraderos que afectarán las relaciones interpersonales, la autoestima y el desarrollo cognitivo del niño. Es imperativo promover una crianza respetuosa y basada en el afecto, que fomente el desarrollo de habilidades sociales y emocionales saludables.

5.2.1 Factores socioeconómicos

- **Bajo nivel socioeconómico:** La precariedad económica, el desempleo y la falta de recursos pueden aumentar el estrés en las familias y generar un ambiente hostil para los niños.

- **Desigualdad:** Las desigualdades sociales y económicas pueden limitar el acceso a servicios de apoyo y aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales (Adigun et al.,2020).

5.2.2 Dinámicas familiares

- **Violencia doméstica:** La presencia de violencia entre adultos en el hogar crea un ambiente tóxico y aumenta significativamente el riesgo de maltrato infantil.
- **Conflictos familiares:** Las relaciones conflictivas entre los miembros de la familia, la falta de comunicación y la disfunción familiar pueden contribuir al maltrato.
- **Falta de habilidades parentales:** La carencia de habilidades para criar a los hijos, como la gestión de la ira o la resolución de conflictos, puede aumentar el riesgo de comportamientos abusivos (García et al.,2019).

5.2.3 Características individuales

- **Historia de maltrato:** Los niños que han sido víctimas de maltrato tienen un mayor riesgo de sufrir nuevamente o de convertirse en perpetradores en el futuro.
- **Problemas de salud mental:** Los trastornos mentales de los padres o cuidadores, como la depresión o la ansiedad, pueden dificultar el establecimiento de vínculos saludables con los niños.
- **Abuso de sustancias:** El consumo de alcohol y drogas por parte de los padres aumenta significativamente el riesgo de maltrato infantil (García et al.,2019).

5.2.4 Factores socioculturales

- **Normas culturales:** Las creencias culturales que condonan o justifican el castigo físico o la violencia pueden normalizar comportamientos abusivos.
- **Aceptación social de la violencia:** La tolerancia social hacia la violencia en general puede crear un ambiente permisivo para el maltrato infantil.

- **Discriminación:** La discriminación basada en edad, género, raza, orientación sexual o discapacidad puede aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos de niños (Brown et al., 2020).

5.3 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

A continuación, se detallan las principales formas de maltrato infantil:

5.3.1 Abandono

El abandono se refiere a la falta de provisión de las necesidades básicas del niño, tanto físicas como emocionales. Esta situación puede manifestarse en la carencia de alimentos adecuados, higiene, atención médica, educación o afecto (Mariño y Sierra, 2009).

5.3.2 Abuso físico

El abuso físico implica cualquier acción intencional que cause daño físico a un niño, como golpes, quemaduras, asfixia o el uso de fuerza para restringir su libertad (Mariño y Sierra, 2009). Este tipo de maltrato puede tener consecuencias físicas a corto y largo plazo, así como secuelas emocionales significativas.

5.3.3 Abuso sexual

El abuso sexual se refiere a cualquier acto sexual o insinuación sexual dirigido a un niño, independientemente de si existe contacto físico. Incluye el uso del niño para satisfacer los deseos sexuales de otra persona (Mariño y Sierra, 2009) (Organización Mundial de la Salud, 2017). Las consecuencias del abuso sexual pueden ser devastadoras y tener un impacto duradero en el desarrollo psicológico del niño, generando problemas de ansiedad, depresión y dificultades en las relaciones interpersonales. Según diversos estudios, el abuso sexual infantil es una forma particularmente traumática de maltrato, caracterizada por la violación de la confianza y la intimidad, y que genera secuelas a largo plazo tanto en las víctimas como en sus familias (Tener et al., 2020).

5.3.4 Maltrato emocional

El maltrato emocional consiste en la exposición del niño a conductas que menoscaban su autoestima y bienestar emocional, tales como insultos, amenazas, rechazos, humillaciones, burlas, críticas, aislamiento o acoso por parte de sus cuidadores. Estas experiencias pueden tener un impacto duradero en el desarrollo psicológico del niño, generando problemas de ansiedad, depresión y dificultades en las relaciones interpersonales (Mariño y Sieiria, 2009).

5.3.5 Negligencia

La negligencia infantil, definida como la falta de provisión de las necesidades básicas de un niño, es un problema de salud pública con consecuencias de largo alcance. Estudios como el de American Academy of Pediatrics (2016) han destacado los efectos severos de la negligencia en el desarrollo infantil, incluyendo retrasos en el crecimiento, problemas de salud y dificultades de aprendizaje.

Los factores de riesgo para la negligencia son múltiples y complejos. (Krug, 2002) subrayan la relación entre la violencia y la salud, indicando que los contextos violentos aumentan el riesgo de negligencia. Además (Choudhury, 2013) han demostrado la asociación entre el estrés materno durante el embarazo y problemas de salud infantil, lo que puede contribuir a un mayor riesgo de negligencia.

Las condiciones sociales y económicas como la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios básicos aumentan la vulnerabilidad de los niños a la negligencia. La Organización Internacional del Trabajo (2021) ha destacado el impacto del trabajo infantil en la salud y el desarrollo de los niños, lo cual puede ser una manifestación de la negligencia. Los niños que experimentan negligencia emocional tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad en la edad adulta.

Para prevenir la negligencia, es necesario abordar los factores de riesgo a múltiples niveles. Esto implica fortalecer los sistemas de protección infantil, mejorar las condiciones de vida de las familias vulnerables, promover la salud mental de los padres y fomentar la creación de redes de apoyo social.

Un tipo específico de negligencia es la falta de atención a la salud bucal, definida como la omisión intencional de los padres o tutores de buscar y seguir el tratamiento necesario para garantizar una salud bucal adecuada (Ramazani, 2014). La falta de acceso a información y recursos económicos suele ser un factor determinante en la ocurrencia de la negligencia (Hiba y Abuaffan et al., 2016).

5.3.6 Otros

Además de las formas de maltrato infantil ya mencionadas, existen otras formas de violencia contra la infancia que merecen ser destacadas:

- **Explotación laboral infantil:** Se refiere a la utilización de niñas, niños y adolescentes en actividades económicas que ponen en riesgo su salud, seguridad y desarrollo físico, mental o social (OIT, 2021). Esto incluye trabajos como la mendicidad, la venta ambulante, la agricultura, la minería y la explotación sexual comercial.
- **Maltrato institucional:** Hace referencia a cualquier acción u omisión por parte de instituciones o profesionales que atente contra los derechos de la infancia. Esto puede incluir negligencia, abuso físico o sexual, discriminación, o la separación injustificada de los niños de sus familias (UNICEF, 2019).
- **Maltrato Prenatal:** Con frecuencia es subestimado, constituye una forma grave de violencia contra la infancia que afecta negativamente la salud y el desarrollo del feto. Se refiere a todas aquellas situaciones en las que la gestación se ve comprometida por factores de riesgo asociados a la conducta de los progenitores o a condiciones preexistentes como:
 - Falta de atención médica prenatal:** La ausencia de controles prenatales regulares, o la falta de seguimiento de las indicaciones médicas, puede llevar a complicaciones durante el embarazo y el parto, afectando la salud del bebé (American Academy of Pediatrics, 2016).
 - **Consumo de sustancias:** El consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas o medicamentos no prescritos durante el embarazo puede causar graves daños al

feto, incluyendo bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y problemas de desarrollo neurológico (Jones & Smith, 2015).

- **Malnutrición:** Una alimentación inadecuada de la madre gestante puede provocar un retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y deficiencias nutricionales en el recién nacido (UNICEF, 2018).

- **Enfermedades maternas:** Enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las infecciones y las enfermedades de transmisión sexual no tratadas pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, y afectar el desarrollo fetal (World Health Organization, 2020).

- **Violencia doméstica:** Las mujeres embarazadas que viven en entornos violentos tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones obstétricas, partos prematuros y bajo peso al nacer (Krug et al., 2002).

- **Estrés psicológico:** El estrés materno crónico puede afectar el desarrollo fetal y aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto (Choudhury et al., 2013).

- **Síndrome de Münchhausen por poderes:** En esta forma de maltrato, los padres, generalmente la madre, miente o provoca enfermedades en su hijo. Lo cual, lleva a someter al niño a exámenes médicos, pruebas de laboratorio y hospitalizaciones innecesarias, incluso agravando su condición real. El padre o madre busca llamar la atención y establecer una relación cercana con el personal médico, utilizando al niño como excusa para conseguirlo. Poniendo en grave riesgo la salud y el bienestar del menor.

Es importante destacar que estas diferentes formas de maltrato infantil suelen coexistir y pueden agravarse mutuamente. La prevención y detección temprana del maltrato infantil son fundamentales para garantizar el bienestar y el desarrollo integral de los niños.

5.4 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN EL ABUSO FÍSICO INFANTIL

Las lesiones orales constituyen un indicador relevante en la evaluación de casos sospechosos de abuso físico infantil. De acuerdo con diversos estudios, estas lesiones se

presentan con una frecuencia significativa en niños que han sido víctimas de violencia física (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).

5.4.1 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones orofaciales más comunes en casos de abuso físico incluyen:

- **Labios:** Las lesiones en los labios son las más frecuentes, representando alrededor del 54% de los casos. Estas pueden manifestarse como laceraciones, contusiones, hematomas y, en casos más severos, fracturas (Doria y Navarro,2016).
- **Mucosa oral, frenillo labial y lingual, paladar duro y blando, dientes y encías:** También se observan lesiones en estas estructuras, como laceraciones, contusiones y fracturas dentales (Naidoo, 2000).
- **Otras estructuras:** Se pueden encontrar lesiones en otras áreas de la cara, como nariz, orejas y mandíbula. Por ejemplo, las fracturas mandibulares pueden causar asimetrías faciales o limitar la movilidad de la boca (Morales,2009).

5.4.2 Mecanismos de Lesión oral

Los mecanismos de lesión oral en casos de abuso físico son variados y pueden incluir:

- **Golpes directos:** Los golpes en la cara pueden provocar laceraciones, contusiones y fracturas en los dientes, labios y otras estructuras (Morales,2009).
- **Objetos contundentes:** El uso de objetos como cucharas o biberones para alimentar al niño de forma forzada puede causar lesiones en la cavidad oral. (Naidoo, 2000).
- **Mordidas:** Las mordidas humanas pueden dejar marcas características en la piel y las mucosas (Costacurta et al.,2016).
- **Quemaduras:** Las quemaduras en la boca son menos frecuentes, pero pueden ocurrir en casos de abuso severo. (Quiroz et., al 2021) (Ermertcan y Ertan,2010).

5.4.3 Importancia de la Evaluación Odontológica

La evaluación odontológica es fundamental para la detección y diagnóstico del abuso físico infantil. El odontólogo puede identificar lesiones características, como las descritas anteriormente, y aportar valiosa información para la investigación de estos casos (Velázquez et al.,2018). Como señalan Jones y Smith (Jones y Smith, 2015), la identificación temprana de las consecuencias del maltrato, es crucial para la intervención y el seguimiento de estos niños.

5.5 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La cavidad oral, si bien no es el sitio más frecuente de lesiones evidentes en casos de abuso sexual, puede presentar hallazgos sugestivos de este tipo de violencia (Garrocho et al., 2015). A continuación, se detallan las manifestaciones orofaciales más comúnmente asociadas al abuso sexual infantil:

5.5.1 Lesiones Orofaciales Típicas

- **Lesiones infecciosas:** La presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la cavidad oral, como gonorrea, condiloma acuminado, herpes, sífilis y clamidia, puede ser un fuerte indicador de abuso sexual. Estas infecciones se manifiestan con lesiones características como úlceras, vesículas, pápulas y exudados (American Academy of Pediatric Dentistry, 2016).
- **Verrugas orales:** Causadas por el virus del papiloma humano (VPH), pueden aparecer en labios, lengua, paladar y faringe. La vía de transmisión puede ser tanto sexual como no sexual, por lo que su presencia no siempre es concluyente de abuso (Owens et al.,2017).
- **Eritema y petequias:** La presencia de enrojecimiento y pequeñas manchas rojas en la mucosa oral, especialmente en el paladar blando y el piso de la boca, puede ser sugestiva de trauma por sexo oral forzado (Costacurta et al.,2016).

5.5.2 Importancia de la Evaluación Odontológica

La evaluación odontológica juega un papel crucial en la detección de casos de abuso sexual infantil. El odontólogo debe estar atento a cualquier lesión oral que pueda ser indicativa de trauma o infección, y realizar una historia clínica detallada para identificar factores de riesgo (Owens et al.,2017).

5.5.3 Limitaciones y Consideraciones

- **Especificidad:** La presencia de lesiones orales no siempre es patognomónica de abuso sexual, ya que pueden tener otras causas (Fernández y Morales,2017).
- **Subregistro:** Es probable que muchos casos de abuso sexual infantil no sean detectados debido a la falta de denuncia, la dificultad para identificar las lesiones y la falta de capacitación de los profesionales de la salud (Owens et al.,2017).
- **Impacto psicológico:** Los niños víctimas de abuso sexual suelen presentar trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, lo que puede dificultar la comunicación y la detección del abuso (Fredriksen et al.,2020).

La cavidad oral puede proporcionar valiosa información para la detección y diagnóstico del abuso sexual infantil. Sin embargo, es fundamental realizar una evaluación integral que incluya una historia clínica detallada, un examen físico completo y la consideración de otros factores de riesgo (Garrocho et al., 2015).

5.6 MANIFESTACIONES OROFACIALES EN NEGLIGENCIA DENTAL

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD, 2016) define la negligencia dental como la incapacidad deliberada por parte de los padres o tutores para solicitar y continuar con el tratamiento necesario para asegurar una adecuada salud bucal. Esta falta de atención a la salud oral infantil puede tener consecuencias graves en la calidad de vida, afectando no solo la salud bucal del niño, sino también su desarrollo general y bienestar.

- **Problemas de salud general:** Las infecciones bucales pueden propagarse a otras partes del cuerpo, causando enfermedades sistémicas (Preethy y Somasundaram,2020).
- **Dificultades nutricionales:** El dolor dental y las dificultades para masticar pueden llevar a una alimentación inadecuada, afectando el crecimiento y desarrollo (Duda et al.,2017).
- **Problemas psicosociales:** Los problemas bucales pueden disminuir la autoestima, dificultar las relaciones sociales y afectar el rendimiento académico (Hernández X, et al.,2017).

5.6.1 El papel del odontólogo

Los odontólogos ocupan un papel fundamental en la detección temprana de la negligencia dental. Al realizar exámenes bucales de rutina, pueden identificar signos de negligencia, como lesiones de caries extensas, infecciones recurrentes o falta de tratamiento (Hartung B et al.,2019). La AAPD enfatiza la importancia de que los odontólogos intervengan de manera oportuna, brindando el tratamiento necesario y evaluando la situación general del niño.

5.6.2 Prevención y promoción:

Para abordar el problema de la negligencia dental, es necesario:

- **Educación:** Implementar programas de educación para padres y cuidadores sobre la importancia de la salud bucal infantil (Bhatia et al.,2014).
- **Atención dental:** Garantizar el acceso a servicios odontológicos de calidad para todos los niños, especialmente aquellos en situación de vulnerabilidad (Gruythuysen RJ et al.,2015).
- **Colaboración interdisciplinaria:** Trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud y del sistema de protección infantil para brindar una atención integral a los niños víctimas de maltrato (Hartung B et al.,2019).

La negligencia dental es un indicador visible y medible de maltrato infantil. Los odontólogos desempeñan un papel fundamental en la detección temprana de estos casos y en la protección de los niños. A través de una intervención oportuna y coordinada, es posible mejorar la calidad de vida de los niños afectados y prevenir consecuencias a largo plazo (Gruythuysen RJ et al ,2015).

5.6.3 La Odontología ante el Desafío de la Detección y Denuncia del Maltrato Infantil

Los profesionales de la odontología, en particular los odontopediatras, desempeñan un papel crucial en la detección temprana del maltrato infantil. Dada la frecuencia con la que los niños acuden a sus consultas, los odontólogos deben estar atentos para observar signos de abuso o negligencia, tanto física como emocional (Nagelberg,2015).

A pesar de la importancia de esta función, aún existen desafíos significativos en la identificación y denuncia de casos de maltrato infantil. Estudios previos han demostrado que la tasa de detección y denuncia por parte de los dentistas es baja. Esto se debe a diversos factores, entre los que se incluyen la falta de capacitación específica, la subestimación de la importancia de este problema y las dificultades para conciliar las obligaciones profesionales con las legales y éticas (Malpani et al.,2017).

El odontólogo debe estar alerta ante cualquier signo que pueda indicar la presencia de maltrato, ya sea físico o emocional. Durante la consulta, es fundamental realizar una evaluación exhaustiva del niño (Mouden y Chopra,2013), incluyendo:

- **Observación del entorno:** Se debe prestar atención a aspectos como la vestimenta (de acuerdo a las situaciones climáticas), su higiene personal y su interacción con los cuidadores (Singh y Lehl,2020).
- **Examen físico:** Se realizará un examen minucioso de la cabeza, el cuello, la cara y la boca, buscando lesiones, hematomas, fracturas u otras alteraciones que puedan ser indicativas de abuso (Velázquez RDP et al., 2018).

- **Historia clínica:** Se debe recopilar una historia clínica detallada, incluyendo información sobre el desarrollo del niño, sus hábitos alimenticios y cualquier antecedente de trauma.
- **Comunicación con los cuidadores:** Es importante establecer una relación de confianza con los cuidadores del niño para obtener información relevante y descartar posibles explicaciones incongruentes para las lesiones observadas (Doria y Navarro,2016).

5.6.4 Signos de alarma en la cavidad oral

Las lesiones orales pueden ser un indicador importante de maltrato infantil. Algunas de las lesiones más comunes incluyen:

- **Labios:** Laceraciones, hematomas, quemaduras.
- **Mucosa oral:** Úlceras, erosiones, infecciones.
- **Dientes:** Fracturas, caries extensas, pérdida prematura.
- **Encías:** Inflamación, retracción (Doria y Navarro,2016).

6. MÉTODOS

6.1 Universo de estudio

La población del estudio estuvo conformada por odontopediatras egresados de instituciones mexicanas. Se realizó una clasificación de la muestra considerando las siguientes variables:

Sexo: masculino o femenino

Edad: 24-34 años, 35-44 años y 45 años o más

Antigüedad en el ejercicio de la Odontopediatría.

6.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 175 odontopediatras, egresados de instituciones mexicanas y ejerciendo la profesión. Todos los participantes brindaron su consentimiento informado y respondieron el cuestionario.

6.3 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional, aceptado por el comité de bioética de la Facultad de Odontología de la UANL. Con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de odontopediatras frente al maltrato infantil en México. El cuestionario consta de 48 ítems, previamente validado.

6.4 Validación del instrumento

El cuestionario utilizado en este estudio fue validado previamente por Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S. y Ramos Martínez, K. (2017).

Realizamos una evaluación interna con los datos originales de la tesis y se analizó cada pregunta y los resultados de los ítems de la encuesta, tienen una variación “muy buena” casi llegando a “excelente” es decir, índices de confiabilidad de 84.11% a 86.48%, por lo que la consistencia interna global entre los resultados de **Alfa de Cronbach fue de**

$\alpha=0.8529$ (Lo cual cae en el nivel “Alto” del análisis de consistencia o confiabilidad del instrumento) y se avala que se pueda aplicar el instrumento para los resultados definitivos.

6.5 Aplicación del instrumento y recolección de datos

Se realizó invitación a Odontopediatras informándoles sobre el objetivo del estudio. Los participantes que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado y respondieron el cuestionario en Microsoft Forms. Posteriormente, los datos fueron extraídos de la plataforma y organizados en una base de datos de Excel para su análisis estadístico

6.6 Análisis de los datos

El **análisis descriptivo** de variables categóricas se presentó mediante frecuencias absolutas y relativas mediante el programa estadístico IBM Statistics 26.

7. RESULTADOS

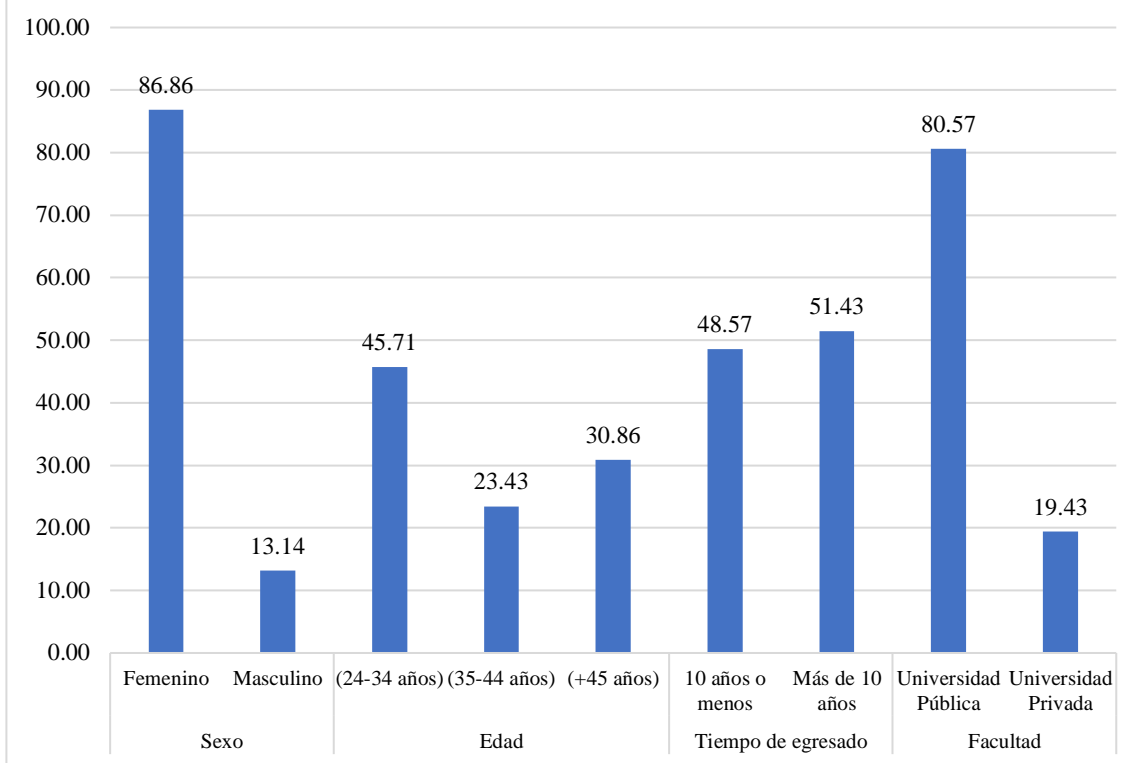
7.1. Variables Socio-demográficos de los odontopediatras de México

En la tabla 1 muestra la cantidad de 200 odontopediatras a los cuales se envió la encuesta, 175 participaron, dando una fiabilidad del 95%. La muestra presentó una distribución por género de 86.86% mujeres y 13.14% hombres. En cuanto a la edad, se observa una concentración significativa en el rango de edad de 24 a 34 años (80 participantes), en el grupo de 35 a 44 años (41 participantes) y 54 participantes con 45 años o más. En tiempo de egresados no hubo diferencia significativa. Respecto a la formación académica, el 80.57% de los participantes se graduó de una universidad pública.

Tabla 1.
Variables Socio-demográficas de los odontopediatras de México

VARIABLES	Frecuencia n= 175	Porcentaje %
Sexo		
Femenino	152	86.86
Masculino	23	13.14
Rango de edad		
(24-34 años)	80	45.71
(35-44 años)	41	23.43
(+45 años)	54	30.86
Tiempo de egresado		
10 años o menos	85	48.57
Más de 10 años	90	51.43
Facultad de egreso		
Universidad Pública	141	80.57
Universidad Privada	34	19.43

Gráfico 1. Variables Socio-demográficas de los odontopediatras de México



7.2 Prevalencia de los casos de sospecha de maltrato infantil en Odontopediatras de México

En la tabla 2 muestra que un significativo 88% de los encuestados actualmente no sospechan de maltrato en sus pacientes, mientras que el 13% restante si sospecha. Además, se revela que un 53.71% de los participantes han experimentado sospechas de maltrato en algún momento, en contraste con el 46% que no lo ha hecho.

En cuanto a la frecuencia de las sospechas, se observa una distribución interesante. Un 46.29% de los encuestados nunca ha sospechado maltrato en sus pacientes, mientras que un 34.86% lo ha hecho en 1-2 casos, un 13.14% en 3-4 casos y un 3.43% en 5-6 casos. Resulta relevante destacar que un pequeño porcentaje, un 2.29%, ha tenido sospechas de maltrato en más de 7 casos.

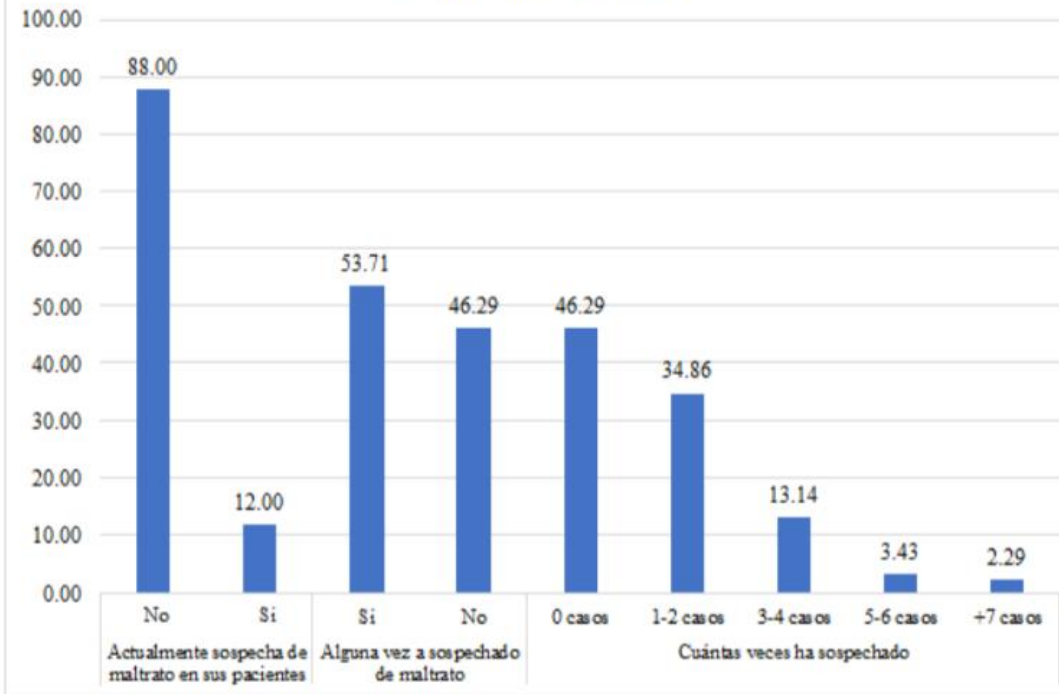
Estos datos subrayan la importancia de la sensibilidad y el compromiso de los profesionales de la salud en la identificación de posibles situaciones de maltrato en pacientes.

Tabla 2.

Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil en odontopediatras de México

Casos de sospecha de maltrato infantil	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
<i>Actualmente sospecha de maltrato en sus pacientes</i>				
No	154	88.00	83.19	92.81
Si	21	12.00	7.19	16.81
<i>Alguna vez a sospechado de maltrato</i>				
Si	94	53.71	46.33	61.10
No	81	46.29	38.90	53.67
<i>Cuántas veces ha sospechado</i>				
0 casos	81	46.29	38.90	53.67
1-2 casos	61	34.86	27.80	41.92
3-4 casos	23	13.14	8.14	18.15
5-6 casos	6	3.43	0.73	6.12
+7 casos	4	2.29	0.07	4.50

Gráfico 2. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil en odontopediatras de México



7.3 Nivel de conocimiento del maltrato infantil de los Odontopediatras de México

En la tabla 3 y 4 se muestra el análisis del conocimiento sobre el maltrato infantil, se destacan hallazgos notables. Casi el 96% de la muestra exhibió un sólido dominio al explorar la definición de maltrato, se constató que igualmente. Además, se observó que casi todos los encuestados demostraron conocimiento acerca de los signos y las patologías relacionadas con el maltrato infantil.

En relación a la negligencia dental, se evidenció que 80% de los encuestados están informados sobre este aspecto. Asimismo, se identificó un entendimiento generalizado acerca de la responsabilidad que los Odontopediatras tienen frente al maltrato infantil.

EL 57.14% creen que su responsabilidad como odontopediatras frente al maltrato infantil es notificar a las autoridades competentes, mientras que 37.71% afirma que su responsabilidad es notificar a las autoridades y resolver el problema con los padres y solo el 4% asegura que su responsabilidad solo es resolverlo con los padres.

Con respecto a la comprensión de protocolos o guías para abordar casos de maltrato infantil, es relevante notar que el 78.29% de los participantes desconocen la existencia de algún protocolo específico. Entre aquellos que afirmaron tener conocimiento de protocolo, se mencionaron como el de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del estado.

Especialmente, se hace hincapié en la necesidad de divulgar y mejorar el acceso a protocolos estandarizados para el manejo y atención de situaciones de maltrato.

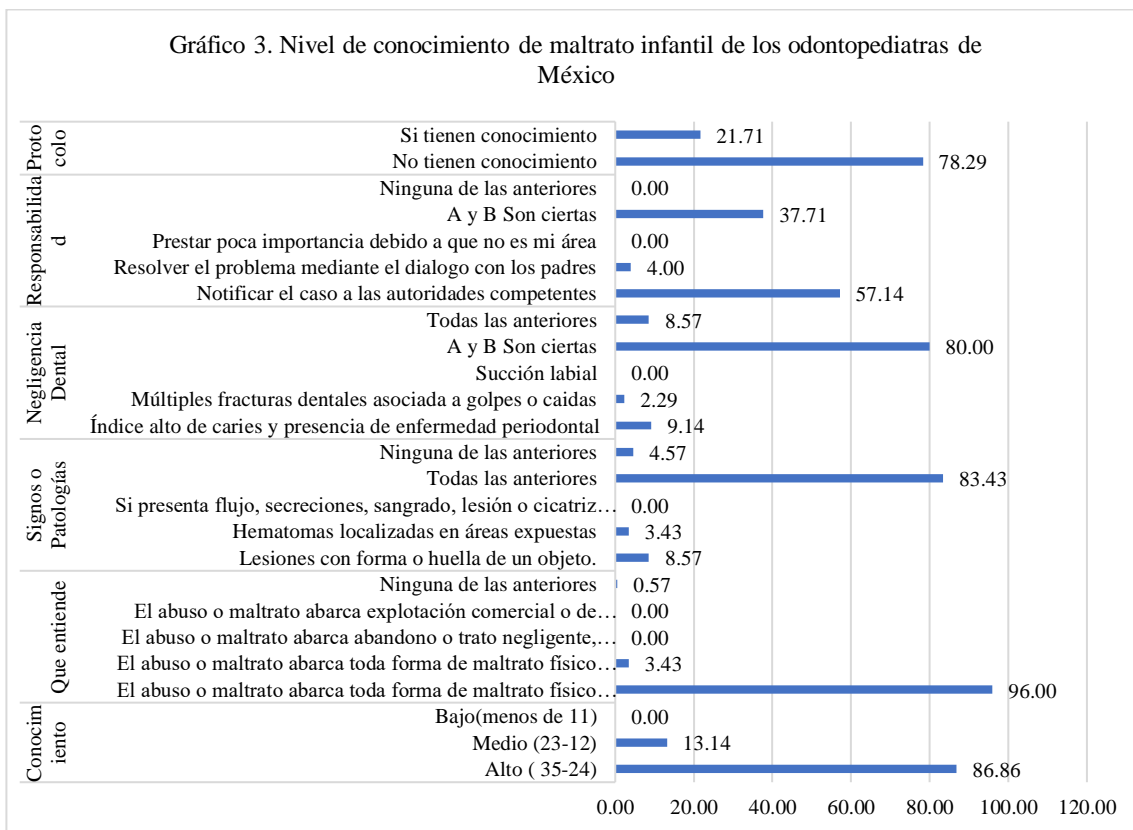
En cuanto al nivel de conocimiento sobre maltrato infantil en los odontopediatras de México demostraron un alto conocimiento con 86.86 % y solo un 13.14% mostraron un nivel de conocimiento medio acerca del tema.

Tabla 3.

Nivel de conocimiento de maltrato infantil de los odontopediatras de México

Conocimiento sobre maltrato infantil	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Alto (35-24)	152	86.86	81.85	91.86
Medio (23-12)	23	13.14	8.14	18.15
Bajo(menos de 11)	0	0.00	0.00	0.00
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.	168	96.00	93.10	98.90
El abuso o maltrato abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual.	6	3.43	0.73	6.12
El abuso o maltrato abarca abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo.	0	0.00	0.00	0.00
El abuso o maltrato abarca explotación comercial o de otro tipo	0	0.00	0.00	0.00
Ninguna de las anteriores	1	0.57	-0.55	1.69
Signos o Patologías				
Lesiones con forma o huella de un objeto.	15	8.57	4.42	12.72
Hematomas localizados en áreas expuestas	6	3.43	0.73	6.12
Si presenta flujo, secreciones, sangrado, lesión o cicatriz en genitales	0	0.00	0.00	0.00
Todas las anteriores	146	83.43	77.92	88.94
Ninguna de las anteriores	8	4.57	1.48	7.67
Negligencia Dental				
Índice alto de caries y presencia de enfermedad periodontal	16	9.14	4.87	13.41
Múltiples fracturas dentales asociada a golpes o caídas	4	2.29	0.07	4.50
Succión labial	0	0.00	0.00	0.00
A y B Son ciertas	140	80.00	74.07	85.93
Todas las anteriores	15	8.57	4.42	12.72
Responsabilidad del Odontopediatra frente al MI				
Notificar el caso a las autoridades competentes	100	57.14	49.81	64.47
Resolver el problema mediante el dialogo con los padres	7	4.00	1.10	6.90
Prestar poca importancia debido a que no es mi área	0	0.00	0.00	0.00
A y B Son ciertas	66	37.71	30.53	44.90
Ninguna de las anteriores	0	0.00	0.00	0.00
Conocimiento de la existencia de un protocolo				
No tienen conocimiento	137	78.29	72.18	84.39
Si tienen conocimiento	38	21.71	15.61	27.82

Gráfico 3. Nivel de conocimiento de maltrato infantil de los odontopediatras de México



7.4 Nivel de conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas del Maltrato infantil de los Odontopediatras de México

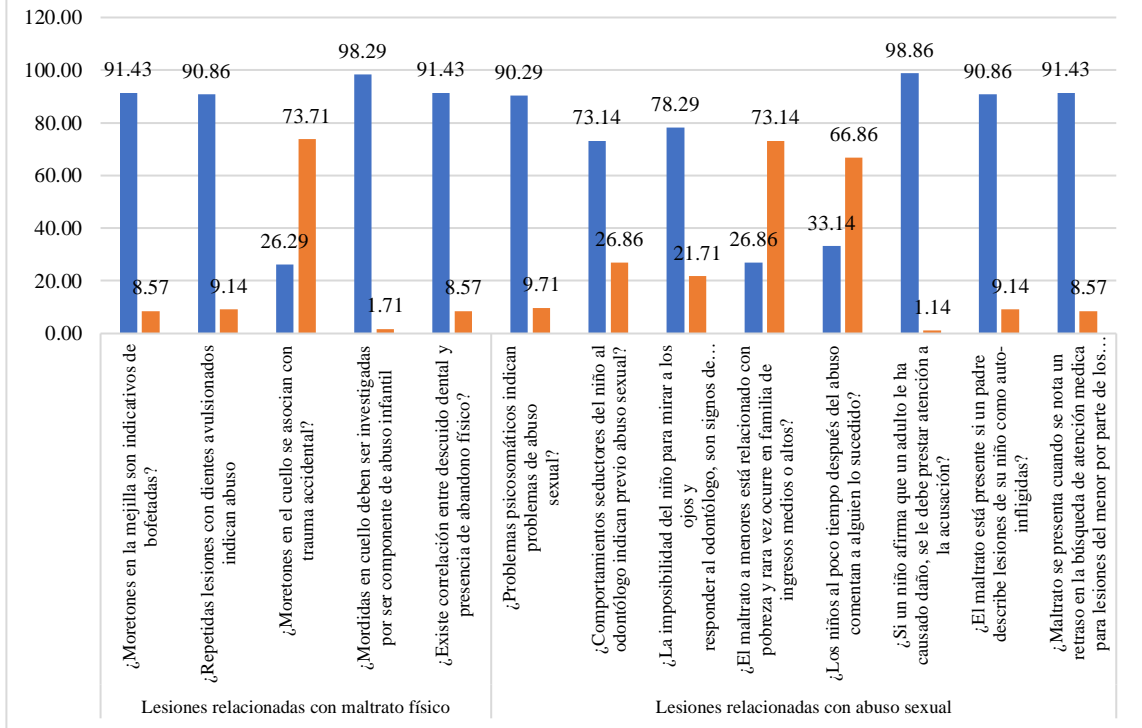
En la tabla 4 se muestra que los Odontopediatras de México tuvieron un alto conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas de Maltrato Infantil relacionado con el maltrato físico. El 91.43% identificó correctamente los moretones en la mejilla como un indicativo de bofetadas, un alto porcentaje (90.86%) reconoció que las lesiones repetidas en dientes avulsionados son un signo de abuso, el 73.71% niega que los moretones en el cuello de un niño se asocien con un trauma accidental, prácticamente todos los odontopediatras (98.29%) consideraron que las mordidas en el cuello de los niños deben ser investigadas, y el 91.43% estableció una correlación entre el descuido dental y el abandono físico.

En relación con las lesiones de abuso sexual: el 90.29% afirman que los problemas priscosomaticos indican este tipo de maltrato, un porcentaje significativo (73.14%) reconoció los comportamientos seductores en niños como un indicador de posible abuso sexual previo. El 78.29% consideró que la dificultad del niño para mirar a los ojos y responder al odontólogo podría ser un signo de abuso. A pesar de que el 73.14% negó una relación directa entre el maltrato infantil y la pobreza, un 26.86% la reconoció. El 66.86% no consideró que los niños siempre reporten inmediatamente un abuso. Un alto porcentaje (98.86%) enfatizó la importancia de prestar atención a los relatos de los niños sobre daños causados por adultos. El 91.43% relacionó el retraso en la atención médica y dental con el maltrato infantil.

Tabla 4.
Conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas de maltrato infantil en odontopediatras de México.

	Verdadero				Falso			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Lesiones relacionadas con Maltrato Físico								
¿Moretones en la mejilla son indicativos de bofetadas?	160	91.43	87.28	95.58	15	8.57	4.42	12.7 2
¿Repetidas lesiones con dientes avulsionados indican abuso	159	90.86	86.59	95.13	16	9.14	4.87	13.4 1
¿Moretones en el cuello se asocian con trauma accidental?	46	26.29	19.76	32.81	129	73.71	67.19	80.2 4
¿Mordidas en cuello deben ser investigadas por ser componente de abuso infantil	172	98.29	96.36	100.21	3	1.71	-0.21	3.64
¿Existe correlación entre descuido dental y presencia de abandono físico?	160	91.43	87.28	95.58	15	8.57	4.42	12.7 2
Lesiones relacionadas con abuso sexual								
¿Problemas psicossomáticos indican problemas de abuso sexual?	158	90.29	85.90	94.67	17	9.71	5.33	14.1 0
¿Comportamientos seductores del niño al odontólogo indican previo abuso sexual?	128	73.14	66.58	79.71	47	26.86	20.29	33.4 2
¿La imposibilidad del niño para mirar a los ojos y responder al odontólogo, son signos de abuso sexual?	137	78.29	72.18	84.39	38	21.71	15.61	27.8 2
¿El maltrato a menores está relacionado con pobreza y rara vez ocurre en familia de ingresos medios o altos?	47	26.86	20.29	33.42	128	73.14	66.58	79.7 1
¿Los niños al poco tiempo después del abuso comentan a alguien lo sucedido?	58	33.14	26.17	40.12	117	66.86	59.88	73.8 3
¿Si un niño afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación?	173	98.86	97.28	100.43	2	1.14	-0.43	2.72
¿El maltrato está presente si un padre describe lesiones de su niño como auto-infligidas?	159	90.86	86.59	95.13	16	9.14	4.87	13.4 1
¿Maltrato se presenta cuando se nota un retraso en la búsqueda de atención médica para lesiones del menor por parte de los padres	160	91.43	87.28	95.58	15	8.57	4.42	12.7 2

Gráfico 4. Conocimiento sobre la identificación de signos y síntomas de maltrato infantil en odontopediatras de México.



7.5 Nivel de actitudes de los Odontopediatras frente al maltrato infantil en México.

En la tabla 5 se muestra que al evaluar el nivel de actitud frente a la problemática de maltrato infantil se obtuvo que el 95.43% presentarían una actitud favorable frente a un posible caso de maltrato infantil y el 4.57% nivel de actitud desfavorable, en el cual el 52.57 % están totalmente de acuerdo con reportar a las autoridades competentes, el 64% está totalmente de acuerdo con tener un trato digno con los pacientes diagnosticados con maltrato infantil reportando en la historia clínica y ofreciéndoles un tratamiento integral. El 42.86% está totalmente de acuerdo en realizar la historia clínica con un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil, el 69% está en desacuerdo de solo limitarse a realizar el tratamiento de cavidad oral sin realizar un tratamiento integral

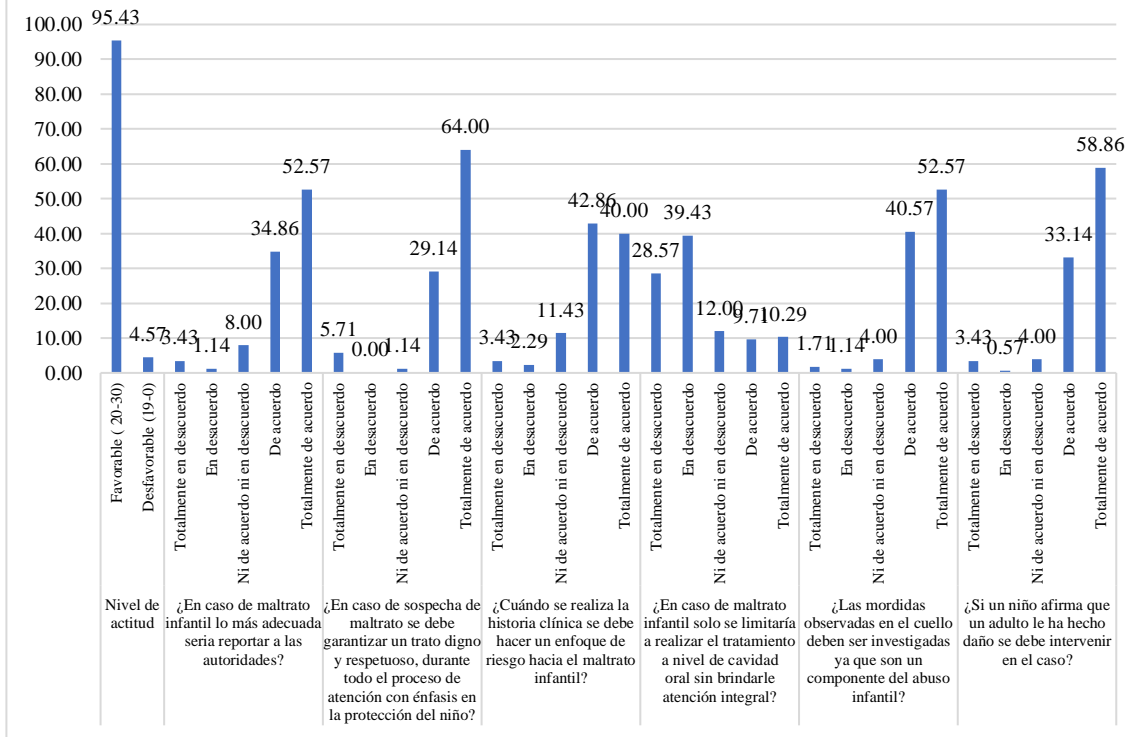
La gran mayoría de encuestados están de acuerdo en que si un niño afirma que un adulto le ha hecho daño se debe intervenir en el caso.

Tabla 5.

Nivel de actitudes de los Odontólogos frente al maltrato infantil de los Odontopediatras de México

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Nivel de actitud				
Favorable (20-30)	167	95.43	92.33	98.52
Desfavorable (19-0)	8	4.57	1.48	7.67
¿En caso de maltrato infantil lo más adecuada sería reportar a las autoridades?				
Totalmente en desacuerdo	6	3.43	0.73	6.12
En desacuerdo	2	1.14	-0.43	2.72
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	8.00	3.98	12.02
De acuerdo	61	34.86	27.80	41.92
Totalmente de acuerdo	92	52.57	45.17	59.97
¿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	10	5.71	2.28	9.15
En desacuerdo	0	0.00	0.00	0.00
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	1.14	-0.43	2.72
De acuerdo	51	29.14	22.41	35.88
Totalmente de acuerdo	112	64.00	56.89	71.11
¿Cuándo se realiza la historia clínica se debe hacer un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil?				
Totalmente en desacuerdo	6	3.43	0.73	6.12
En desacuerdo	4	2.29	0.07	4.50
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	11.43	6.71	16.14
De acuerdo	75	42.86	35.53	50.19
Totalmente de acuerdo	70	40.00	32.74	47.26
¿En caso de maltrato infantil solo se limitaría a realizar el tratamiento a nivel de cavidad oral sin brindarle atención integral?				
Totalmente en desacuerdo	50	28.57	21.88	35.26
En desacuerdo	69	39.43	32.19	46.67
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	12.00	7.19	16.81
De acuerdo	17	9.71	5.33	14.10
Totalmente de acuerdo	18	10.29	5.78	14.79
¿Las mordidas observadas en el cuello deben ser investigadas ya que son un componente del abuso infantil?				
Totalmente en desacuerdo	3	1.71	-0.21	3.64
En desacuerdo	2	1.14	-0.43	2.72
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	4.00	1.10	6.90
De acuerdo	71	40.57	33.30	47.85
Totalmente de acuerdo	92	52.57	45.17	59.97
¿Si un niño afirma que un adulto le ha hecho daño se debe intervenir en el caso?				
Totalmente en desacuerdo	6	3.43	0.73	6.12
En desacuerdo	1	0.57	-0.55	1.69
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	4.00	1.10	6.90
De acuerdo	58	33.14	26.17	40.12
Totalmente de acuerdo	103	58.86	51.57	66.15

Gráfico 5. Nivel de actitudes de los Odontólogos frente al maltrato infantil de los Odontopediatras de México



7.6 Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de los Odontopediatras en México.

En la tabla 6 se muestra que se evaluaron a 94 odontopediatras que han sido los que han sospechado de maltrato infantil en sus pacientes, el resto no participo.

Al evaluar el nivel de prácticas frente a la problemática de maltrato infantil se obtuvo que 15.43% presentaron una práctica adecuada , 38.29% practica inadecuada y el 46.29% no aplico ya que nunca se le a presentando un caso.

Se destaca que un considerable 75.53 % de los participantes no registra la sospecha de maltrato infantil en la historia clínica de los pacientes mientras que solo 24.47% la anoto. Este enfoque puede ser crucial para el reconocimiento temprano de posibles situaciones de maltrato. Además, el estudio señala que el indicio más prominente observado en los niños es el descuido y la malnutrición, aspecto que resalta la necesidad de una vigilancia atenta en estas áreas.

En cuanto a la indagación activa, el 68.09% de los profesionales encuestados no pregunta por conductas que podrían ser señales de maltrato infantil. Esta actitud proactiva es fundamental realizarla para desentrañar posibles situaciones de riesgo y brindar la atención necesaria.

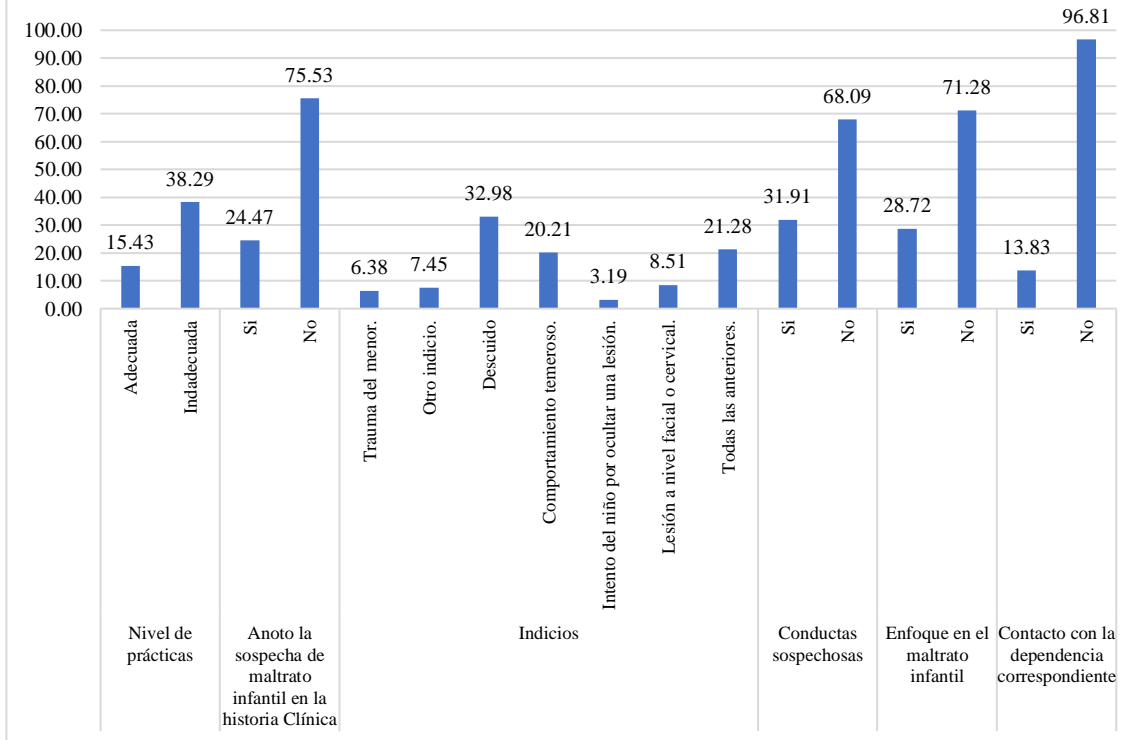
No obstante, es preocupante constatar que un 71.28% de los profesionales aún no incorpora de manera rutinaria un enfoque específico sobre el maltrato infantil en sus historias clínicas. Esta laguna podría tener implicaciones negativas en la detección oportuna de casos de maltrato infantil, limitando así la capacidad de los profesionales para intervenir de manera adecuada en situaciones críticas.

Lo más preocupante es que solo el 13.83% contacto a la dependencia correspondiente para realizar el reporte y denuncia mientras que el 96.81% no la contacto.

Tabla 6.*Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de los Odontopediatras en México*

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
Nivel de prácticas				
Adecuada	27	15.43	10.08	20.78
Inadecuada	67	38.29	31.08	45.49
Anoto la sospecha de maltrato infantil en la historia Clínica				
Si	23	24.47	18.10	30.84
No	71	75.53	69.16	81.90
Indicios				
Trauma del menor.	6	6.38	2.76	10.00
Otro indicio.	7	7.45	3.56	11.34
Descuido	31	32.98	26.01	39.94
Comportamiento temeroso.	19	20.21	14.26	26.16
Intento del niño por ocultar una lesión.	3	3.19	0.59	5.80
Lesión a nivel facial o cervical.	8	8.51	4.38	12.64
Todas las anteriores.	20	21.28	15.21	27.34
Conductas sospechosas				
Si	30	31.91	25.01	38.82
No	64	68.09	61.18	74.99
Enfoque en el maltrato infantil				
Si	27	28.72	22.02	35.43
No	67	71.28	64.57	77.98
Contacto con la dependencia correspondiente				
Si	13	13.83	8.72	18.94
No	81	96.81	94.20	99.41

Gráfico 6. Prácticas frente al maltrato infantil en Odontólogos de los Odontopediatras en México



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

En la tabla 7 se muestra que al examinar la preparación sobre el maltrato infantil, los datos revelan que 37.14% de los encuestados recibió educación sobre este tema en psicología y el 30.86% en odontopediatría, pero en la intensidad horaria se observa que el mayor número de encuestados manifiesta que fue de cero horas a 2 horas, además se consideran el 69.57% que no están preparados para diagnosticar el Maltrato Infantil y el 69.14% no recibieron una buena preparación en el tema. El tema de maltrato infantil es percibido como merecedor de mayor capacitación por un contundente 98.86% de los participantes, mientras que un 1% considera lo contrario.

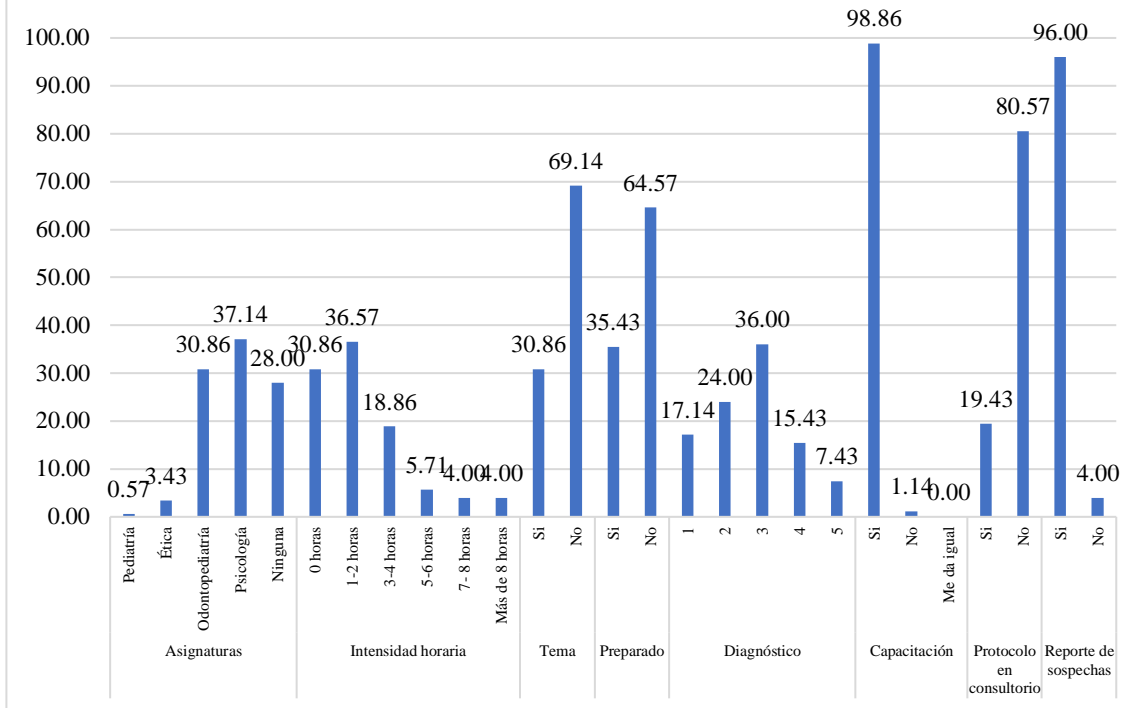
El 80.57% de los encuestados no tienen en su consultorio un protocolo o guía para el niño maltratado y el 96% considera obligatorio reportar las sospechas de maltrato infantil mientras que el 4% no lo considera obligatorio.

Tabla 7.

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

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
¿Durante el pregrado como odontólogo cuales asignaturas hicieron énfasis en maltrato infantil?				
Pediatría	1	0.57	-0.55	1.69
Ética	6	3.43	0.73	6.12
Odontopediatría	54	30.86	24.01	37.70
Psicología	65	37.14	29.98	44.30
Ninguna	49	28.00	21.35	34.65
¿Cuál fue la intensidad horaria destinada a la educación sobre el maltrato infantil?				
0 horas	54	30.86	24.01	37.70
1-2 horas	64	36.57	29.44	43.71
3-4 horas	33	18.86	13.06	24.65
5-6 horas	10	5.71	2.28	9.15
7- 8 horas	7	4.00	1.10	6.90
Más de 8 horas	7	4.00	1.10	6.90
¿Considera que recibió una buena preparación en el tema?				
Si	54	30.86	24.01	37.70
No	121	69.14	62.30	75.99
Está preparado para detectar el maltrato				
Si	62	35.43	28.34	42.52
No	113	64.57	57.48	71.66
En escala de 1 a 5 para diagnosticar maltrato (1 es lo menos capacitado)				
1	30	17.14	11.56	22.73
2	42	24.00	17.67	30.33
3	63	36.00	28.89	43.11
4	27	15.43	10.08	20.78
5	13	7.43	3.54	11.31
El tema merece mayor capacitación				
Si	173	98.86	97.28	100.43
No	2	1.14	-0.43	2.72
Me da igual	0	0.00	0.00	0.00
¿Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño maltratado?				
Si	34	19.43	13.57	25.29
No	141	80.57	74.71	86.43
¿Considera obligatorio reportar las sospechas de maltrato infantil?				
Si	168	96.00	93.10	98.90
No	7	4.00	1.10	6.90

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



7.8 Evaluación del conocimiento, actitud y práctica de los odontopediatras de México:

En la tabla 8 se evaluó lo siguiente :

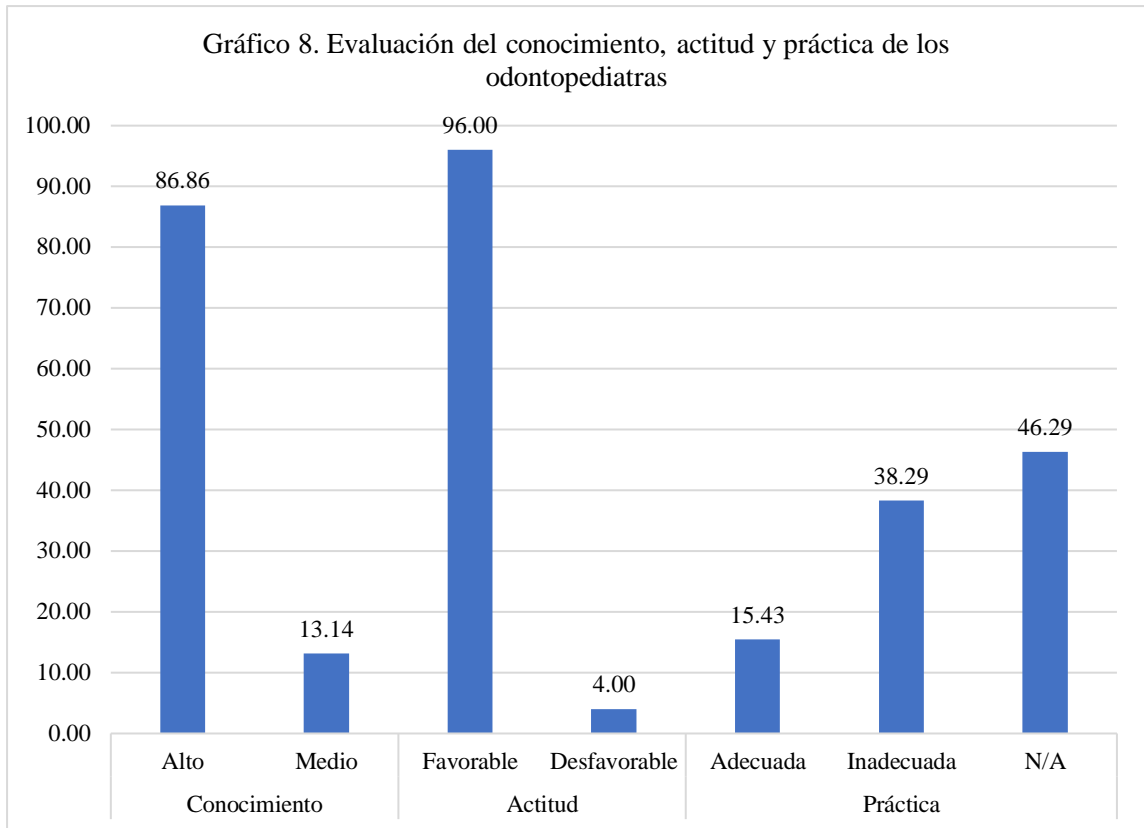
- **Conocimiento**
 - Tuvieron un Alto conocimiento 152 odontopediatras con 86.86%.
 - Consiguieron un Medio conocimiento 23 odontopediatras con 13.14%.

- **Actitud**
 - Obtuvieron resultado favorables 168 odontopediatras con 96%.
 - Resultado desfavorable 7 odontopediatras con un 4%.

- **Práctica**
 - 81 odontopediatras no aplican ya que ellos no se les ha presentado ningún caso de maltrato infantil
 - Práctica adecuada 27 odontopediatras con 15.43%
 - Practica inadecuada 67 odontopediatras con 38.29% (tabla 8).

Tabla 8.
Evaluación del conocimiento, actitud y práctica de los odontopediatras

		Frec	%
Conocimiento	Alto	152	86.86
	Medio	23	13.14
Actitud	Favorable	168	96.00
	Desfavorable	7	4.00
Práctica	Adecuada	27	15.43
	Inadecuada	67	38.29
	No aplica	81	46.29



8. DISCUSIÓN

El maltrato y el abandono de los niños y adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones legales o de servicio social, sino también a la Estomatología (Morante et al., 2009). En nuestro estudio se quiso identificar el conocimiento, actitudes y prácticas de los odontopediatras frente al maltrato infantil en México, utilizando como herramienta de la encuesta cerrada; en el estudio hecho en Texas, USA, se mandó por correo a más de 1000 odontólogos de los cuales respondieron 383 (un 38%), donde la mayoría que respondió fueron odontólogos generales (Bsoul et al., 2003); en Brasil se envió un cuestionario a los 276 dentistas y 187 (68,0%) fueron devueltos (Souza et al., 2012); en nuestro estudio hecho México, se mandó la encuesta a 200 odontopediatras, de los cuales 175 quisieron participar, dando una participación del 87.5%, un rango más participativo en cuanto a otros países.

Tanto en el estudio en el que se basó esta investigación, como en este estudio, la población de muestra estuvo conformada mayormente por profesionales del sexo femenino (59%) y en el presente (86.86%), ambos con un predominio de adultos jóvenes (Arrieta et al., 2013), entrando un poco en contraste con el estudio hecho por Harris en Escocia donde el 53% fueron hombres (Harris et al., 2013).

En nuestro estudio el nivel de conocimiento fue alto el 86.86% sobre maltrato infantil en odontopediatras de México, se detectó que más de la mitad de la población encuestada presenta buenos conocimientos en el tema al igual que en nuestro estudio, donde casi el 96% de la muestra exhibió un sólido dominio al explorar la definición de maltrato (Arrieta et al., 2013)

En su contraparte un estudio hecho en Australia donde el 66.2% afirma no tener los conocimientos necesarios para saber si un paciente sufre de abuso infantil (Kuganathan, et al., 2021). Aunque en dicho estudio base ocurrido en Cartagena, el conocimiento sobre la definición de negligencia dental se detectó que, solo la tercera parte de la población sabía el verdadero significado, aso como un estudio hecho

anteriormente por Manea y Cols (Manea y Cols, 2007) (Arrieta et al., 2013) y en nuestro estudio el 80% tiene información en cuanto a la negligencia dental.

Recientemente un estudio sobre el conocimiento de maltrato infantil de los periodoncias y odontólogos generales en iraníes mostró que el conocimiento de las periodoncias fue significativamente mayor que el de los dentistas generales (Jahanimoghadam et al., 2017). En nuestro trabajo lo realizamos directamente entre los odontopediatras de México, ya que somos del personal de salud que estamos más cerca de los niños y a una edad muy acertada para detectar este tipo de maltrato.

Algunos estudios han expuesto que los estudiantes de odontología no reciben suficiente formación formal sobre el maltrato infantil, aunque sí tienen conocimientos sobre el maltrato infantil y la responsabilidad ética y legal (Mele et al., 2023).

(Duman et al, 2021). informan un mejor nivel de conocimiento en el campo entre los estudiantes de Australia, Jordania y los Estados Unidos, mientras que se encontró un nivel más bajo en los estudiantes de Turquía (Dan et al., 2021).

En cuanto a tener capacitación formal en el tema sobre el abuso infantil, se encontró que a nivel estudiantil de licenciatura el 56% de los estudiantes recibió capacitación formal sobre abuso infantil (Duman et. al., 2021), en Escocia alrededor del 29% y el 55% de los encuestados habían recibido formación universitaria o de posgrado en protección infantil, respectivamente. (Harris et al., 2013) En nuestro estudio un 69.14% considera que no recibió una buena preparación sobre el tema, aunque el 69.54% no considera no estar preparado para detectar maltrato infantil.

La herramienta principal para realizar un buen diagnóstico es la historia clínica que realiza el profesional que incluye las entrevistas al padre, madre o tutor y a la víctima (Morante et al., 2009).

En un estudio hecho en Turquía el 17,1% tuvo casos sospechosos de maltrato infantil, similar a Brasil donde el 85.7% nunca ha sospechado de algún caso (Kural et al., 2017) (Souza et. al., 2012). En contraste con nuestro estudio, donde el 53.71% si ha sospechado , un 34.86% lo ha hecho en al menos 1-2 casos, un 13.14% en 3-4 casos y

un 3.43% en 5-6 casos y el 46.29% nunca ha sospechado de algún caso , Similar a Escocia donde el 37% habían sospechado abuso/negligencia infantil en uno o más de sus pacientes pediátricos, Brasil donde el 40.3% ya había reconocido algún caso y en Estados Unidos, donde casi el 50% de los dentistas que respondieron informaron que habían sospechado al menos 1 caso de abuso infantil (Harris et al., 2020) (Nunes et al., 2021) (Bsoul et al., 2003).

Lamentablemente los casos de denuncia son bajos en todos los países, en Turquía sólo el 1% denunciaron a las autoridades y en Brasil en un estudio un 6.1% y otro hecho con más anterioridad. En Escocia y México, la cifra sube un poco, un 11% al 13% contactaron a la dependencia correspondiente, respectivamente (Kural et al., 2017) (Harris et al., 2020) (Nunes et al., 2021). En Malaysia, solo el 14.8 % reporta los casos (Hussein et al., 2016). El 76,0% nunca ha denunciado un caso (Souza et al. 2012). Mientras que en nuestro solo el 13.83% contacto con la dependencia correspondiente.

Muchos estudios informaron que la principal barrera para notificar los casos es la incertidumbre del diagnóstico (Mele et al., 2023). Las razones en Turquía citadas con mayor frecuencia para dudar en informar los casos de maltrato infantil, fueron la falta de antecedentes adecuados (45%), la falta de conocimiento sobre el papel del trabajador de la salud al informar los casos (18,3%) y las consideraciones sobre las posibles consecuencias contra el niño (18,8%). Al igual que nuestro estudio donde las razones más citadas fueron, no estar seguro del diagnóstico (48.4%), No sabe a dónde recurrir (19.4%) y Miedo a que se tomaran represalias contra el niño (9.7%) al igual que No está seguro de lo que dice el niño (9.7%) (Kural et al., 2020) en Escocia el factor más común que afectó la decisión de derivar fue la "falta de certeza del diagnóstico" (74%) (Harries et al., 2020). Al igual que en Noruega donde el motivo más frecuentemente elegido para no informar fue "inseguridad de su propia evaluación" (90,4%). Presentando como factores el conocimiento insuficiente sobre el maltrato infantil y su denuncia, el miedo a las consecuencias para uno mismo y para la clínica dental y el miedo a las consecuencias para el paciente y su familia (Bjørknes et al., 2019).

Aunque en los estudios no se encontró una relevancia sobre el género como barrera para el diagnóstico un estudio hecho en Italia observó que el género femenino es otro factor que incide en la actitud y percepción del maltrato infantil (Manea et al., 2007).

Se ha demostrado que la educación afecta de manera relevante la detección y notificación de casos de maltrato infantil por lo tanto se observa la necesidad de más información y capacitación en el reconocimiento y denuncia del abuso infantil (John et al., 1999) (Manea et al., 2007).

La mayoría de los odontólogos (86,5%) expresó la necesidad de continuar con la educación sobre este tema (Kural et al., 2020) al igual que querer capacitación adicional (86%) (Duman et al., 2021) y estar dispuesto a aprender más sobre el tema (62%) (Hussein et al., 2016), al igual que nuestra investigación donde el 98.86% cree que éste debería ser un tema que merece más capacitación en su formación profesional.

Tanto en Pakistán como en nuestro estudio en México están en acuerdo de la importancia de reportar el abuso infantil, 78.3% y 96% respectivamente. Aunque el 58% en Pakistán no toma ninguna medida en los casos sospechosos y el 24% en México tampoco (Ali Khan et al., 2021).

En todos los estudios se demuestra la necesidad de aprender más del tema y consideran que es de suma importancia, para poder reportar los casos a tiempo y a sus respectivas autoridades.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde la consulta odontológica todos los tipos de maltrato infantil pueden ser detectados evidenciando presencia de lesiones orofaciales en cada uno de ellos. Por tanto, corresponde a un compromiso ético y legal la continuidad en la formación y capacitación relacionada con esta temática que permita mirar el niño integralmente.

La mayoría de los odontopediatras presentarían una actitud favorable 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.

Ante la sospecha de maltrato infantil, el odontólogo tiene la obligación ética y legal de denunciar el caso a las autoridades competentes. La denuncia oportuna puede ayudar a proteger al niño y evitar que sufra mayores daños.

Al abordar esta problemática desde una perspectiva odontológica, se espera contribuir al desarrollo de protocolos y guías de actuación que permitan a los odontopediatras desempeñar un papel más activo en la protección de los derechos de los niños y niñas.

Esta investigación es fundamental para mejorar la respuesta de los odontopediatras mexicanos ante el maltrato infantil y, en última instancia, contribuir a la protección de los derechos de los niños y niñas.

Para mejorar la detección y denuncia del maltrato infantil, se recomienda:

- **Capacitación:** Implementar programas de capacitación continuada para los odontólogos, con el objetivo de mejorar sus conocimientos sobre las diferentes formas de maltrato infantil y las estrategias de detección.
- **Protocolos:** Desarrollar protocolos claros y concisos para la evaluación y el manejo de los casos sospechosos de maltrato infantil.

- Colaboración interdisciplinaria: Fomentar la colaboración entre los odontólogos, los médicos, los trabajadores sociales y otras instituciones involucradas en la protección de la infancia.
- Sensibilización: Realizar campañas de sensibilización dirigidas a la población en general y a los profesionales de la salud, con el objetivo de aumentar la conciencia sobre el problema del maltrato infantil.

Los resultados de esta investigación contribuirán a:

- Aumentar la conciencia sobre el papel de los odontopediatras en la prevención del maltrato infantil.
- Identificar las áreas de mejora en la formación y práctica de los profesionales.
- Desarrollar programas de capacitación y protocolos de actuación para la detección y reporte de casos de maltrato infantil.
- Promover la colaboración interdisciplinaria entre los profesionales de la salud.

10. LITERATURA CITADA

1. Adigun, O. O., Mikhail, A. G., Krawiec, C., & Hatcher, J. D. (2023, 12 junio). Abuse and Neglect. StatPearls – NCBI.
2. Ali Khan, H. M., Mansoori, N., Sohail, M. H., Humayun, M. A., Liaquat, A., & Mubeen, S. M. (2021). Child physical abuse: awareness and practices of medical and dental doctors in Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(6), 1704–1708.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, & American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2008). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatric dentistry*, 30(7 Suppl), 86–89.
4. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Science Direct*, 23:81-88.3.
5. Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & Ramos Martínez, K. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 33(2), 129-138.
6. Azevedo, M. S., Goettems, M. L., Brito, A., Possebon, A. P., Domingues, J., Demarco, F. F., & Torriani, D. D.. (2012). Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 5–11.
7. Baile Labrador, D., Leyva Labrador, D., Urrutia Salazar, D., & Duradez Ruiz, D. (2011). Violencia en infantes. *Revista Información Científica*, 71(3).
8. Bhatia, S. K., Maguire, S. A., Chadwick, B. L., Hunter, M. L., Harris, J. C., Tempest, V., Mann, M. K., & Kemp, A. M. (2014). Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *Journal of dentistry*, 42(3), 229–239.
9. Bigras N, Vaillancourt-Morel MP, Nolin MC, Bergeron S. (2020). Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood: A Systematic Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5:1-2.
10. Bjørknes, R., Iversen, A. C., Nordrehaug Åstrøm, A., & Vaksdal Brattabø, I. (2019). Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to

child welfare services among public dental healthcare personnel. *Health & social care in the community*, 27(4), 871–879.

11. Brown, C. L., Yilanli, M., & Rabbitt, A. L. (2023). Child Physical Abuse and Neglect. In StatPearls. StatPearls Publishing.
12. Bsoul, S. A., Flint, D. J., Dove, S. B., Senn, D. R., & Alder, M. E. (2003). Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatric dentistry*, 25(6), 541–545.
13. Burgette, J. M., Safdari-Sadaloo, S. M., & Van Nostrand, E. (2020). Child dental neglect laws: Specifications and repercussions for dentists in 51 jurisdictions. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 151(2), 98–107.e5.
14. Cairns, A. M., Mok, J. Y., & Welbury, R. R. (2005). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International journal of paediatric dentistry*, 15(5), 310–318.
15. Casamassimo PS. (1986). Child sexual abuse and the pediatric dentist. *Pediatric Dentistry*, 8:102-6.
16. Choudhury, N., Norman, R. E., & Glynn, L. M. (2013). Maternal stress during pregnancy and child health: A systematic review of the literature. *Early Human Development*, 89(3), 149-158.
17. Costacurta, M., Benavoli, D., Arcudi, G., & Docimo, R. (2016). Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral & implantology*, 8(2-3), 68–73.
18. Doria Am, Navarro Mi. (2016). La Odontología en el diagnóstico del Maltrato Infantil. *Universitas Odontológica*, 35-74.
19. Duda, J. G., Biss, S. P., Bertoli, F. M., Bruzamolin, C. D., Pizzatto, E., Souza, J. F., & Losso, E. M. (2017). Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. *International journal of paediatric dentistry*, 27(3), 210–216.
20. Duman C, Al-Batayneh OB, Ahmad S, Durward CS, Kobylińska A, Vieira AR, Tredoux S, Okutan AE, Egil E, Kalaoglu EE, Sirinoglu Capan B, Aksit Bicak D, Zafar S. (2021). Self-reported knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: A multi-centre study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(6):801-809.
21. Dykes L. J. (1986). The whiplash shaken infant syndrome: what has been learned?. *Child abuse & neglect*, 10(2), 211–221.

22. Ermertcan, A. T., & Ertan, P. (2010). Skin manifestations of child abuse. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 76(4), 317–326.
23. Fernández-López, C., & Morales-Angulo, C. (2017). Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. *Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. Acta otorrinolaringologica espanola*, 68(3), 169–180.
24. Ferro M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas M. (2010). Implicaciones Psicológicas Del Paciente Odontológico Con Maltrato Infantil. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*, 1-7.
25. Fredriksen, T. V., Sjøftestad, S., Kranstad, V., & Willumsen, T. (2020). Preparing for attack and recovering from battle: Understanding child sexual abuse survivors' experiences of dental treatment. *Community dentistry and oral epidemiology*, 48(4), 317–327.
26. García-Cruz A, García-Piña C, Orihuela-García S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral y frecuencia y asociado. *Acta Pediatrica de México*, 40(4):199-210.
27. Garrocho-Rangel, A., Márquez-Preciado, R., Olguín-Vivar, A. I., Ruiz-Rodríguez, S., & Pozos-Guillén, A. (2015). Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 7(3), e428–e434.
28. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*, 373(9657), 68–81.
29. Gruythuysen, R. J., van Loveren, C., Wiggelendam, J. M., van Boven, J. A., & Burgersdijk, R. C. (2015). Verwaarlozing van de mondverzorging bij kinderen: een kwestie van integrale aanpak [Neglect of oral care in children: a matter of integral approach]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A8071.
30. H. Eugene Hoyme, Wendy O. Kalberg, Amy J. Elliott, Jason Blankenship, David Buckley, Anna-Susan Marais, Melanie A. Manning, Luther K. Robinson, Margaret P. Adam, Omar Abdul-Rahman, Tamison Jewett, Claire D. Coles, Christina Chambers, Kenneth L. Jones, Colleen M. Adnams, Prachi E. Shah, Edward P. Riley, Michael E. Charness, Kenneth R. Warren, Philip A. May (2016). Updated

Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 138 (2): e20154256.

31. Harris, C. M., Welbury, R., & Cairns, A. M. (2013). The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British dental journal*, 214(9), E24.
32. Hartung, B., Schaper, J., Fischer, K., & Ritz-Timme, S. (2019). Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *International journal of legal medicine*, 133(2), 641–650.
33. Hernández X, Hernández Y, Garrocho J, Hernández R, Pérez P. (2017). Negligencia parental y su contribución al desarrollo oral infantil deficiente. *Revista Tamé*, 6(17):630-633.
34. Hiba A, Abuaffan A. (2016). Knowledge and Practice of Mothers in Relation to Dental Health of PreSchool Children. *Advances in Genetic Engineering & Biotechnology*, 5-2.
35. Houseman B, Semien G. Florida (2020). Domestic Violence. StatPearls– NCBI.
36. Hussein, A. S., Ahmad, R., Ibrahim, N., Yusoff, A., & Ahmad, D. (2016). Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. *European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 17(5), 387–395.
37. Jahanimoghadam, F., Kalantari, M., Horri, A., Ahmadipour, H., & Pourmorteza, E. (2017). A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Dentists and Pedodontists in Relation to Child Abuse. *Journal of dentistry (Shiraz, Iran)*, 18(4), 282–288.
38. John, V., Messer, L. B., Arora, R., Fung, S., Hatzis, E., Nguyen, T., San, A., & Thomas, K. (1999). Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australian dental journal*, 44(4), 259–267.
39. Jones, K. L., & Smith, D. W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet (London, England)*, 302(7836), 999–1001.
40. Kellogg, N., & American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2005). Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 116(6), 1565–1568.

41. Knack, N., Winder, B., Murphy, L., & Fedoroff, J. P. (2019). Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 31(2), 181–194.
42. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet* (London, England), 360(9339), 1083–1088.
43. Kuganathan, S., Nguyen, T., Patel, J., & Anthonappa, R. (2021). Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western Australia. *Australian dental journal*, 66(2), 194–200.
44. Kural, D., Abbasoglu, Z., & Tanboga, İ. (2020). Awareness and Experience regarding Child Abuse and Neglect Among Dentists in Turkey. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 44(2), 100–106.
45. López-Palafox J, Trobo-Muñoz J. (2001). Síndrome del niño maltratado. Estudio de las lesiones por mordedura de origen humano o animal. *Maxillaris*, 1: 54-65.
46. Loredó, J. (2010). *El maltrato infantil: un problema de salud pública*. México: El Manual Moderno.
47. Maguire, S., Hunter, B., Hunter, L., Sibert, J. R., Mann, M., Kemp, A. M., & Welsh Child Protection Systematic Review Group (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of disease in childhood*, 92(12), 1113–1117.
48. Maguire, S., Mann, M. K., Sibert, J., & Kemp, A. (2005). Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Archives of disease in childhood*, 90(2), 187–189.
49. Malpani, S., Arora, J., Diwaker, G., Kaleka, P. K., Parey, A., & Bontala, P. (2017). Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Cross-sectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentists regarding Child Abuse and Neglect in Pune, India. *The journal of contemporary dental practice*, 18(2), 162–169.
50. Manea, S., Favero, G. A., Stellini, E., Romoli, L., Mazzucato, M., & Facchin, P. (2007). Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 32(1), 19–25.

51. María I, López, M. I. L., Leyda, A. M., & Ribelles, M. (2020). Conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en alumnado del grado de Odontología. *Revista Odontología Pediátrica*, 19(1), 19–30.
52. Mariño Míguez J, Sieira Fernández MC. (2009). Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. *Cadernos de Atención Primaria*, 16: 28-36.
53. Mathur, S., & Chopra, R. (2013). Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral health & preventive dentistry*, 11(3), 243–250.
54. Mele, F., Introna, F., & Santoro, V. (2023). Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. *The Journal of forensic odonto-stomatology*, 41(2), 21–29.
55. Mogaddam, M., Kamal, I., Merdad, L., & Alamoudi, N. (2016). Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child abuse & neglect*, 54, 43–56.
56. Morales Chávez, Mariana C. (2009). Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(3), 131-139.
57. Morante Sánchez, C. A., & Kanashiro Irakawa, C. R. (2009). El odontólogo frente al maltrato infantil. *Revista Estomatológica Herediana*, 19(1),50-54. ISSN: 1019-4355.
58. Mouden L. D. (1994). Child abuse and dentistry: what you should know. *The Journal of the Michigan Dental Association*, 76(5), 20–27.
59. Nagarajan S. K. (2018). Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. *Journal of forensic dental sciences*, 10(1), 5–7.
60. Nagelberg, R.H. (2015). Child abuse awareness in the dental profession. *Dental Economics*, 105:1–9.
61. Naidoo S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child abuse & neglect*, 24(4), 521–534.
62. Nunes, L. S., Silva-Oliveira, F., Mattos, F. F., Maia, F. B. F., Ferreira, E. F. E., & Zarzar, P. M. P. A. (2021). Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Ciencia & saude coletiva*, 26(suppl 3), 5013–5022. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02442020>

63. Organización Internacional del Trabajo. (2021). Informe Mundial sobre el Trabajo Infantil. Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra: OIT, 2013.
64. Organización Mundial de la Salud. (2017). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.OMS.
65. Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatric Dentistry Journal*, 15;39(4):278-283.
66. Özgür, N., Ballıkaya, E., Güngör, H. C., & Ataç, A. S. (2020). Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *International dental journal*, 70(2), 145–151.
67. Patil, Bharti & Hegde, Sushmini & Yaji, Anisha. (2017). Child abuse reporting: Role of dentist in India – A review. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 29. 74.
68. Ponce García, S., & Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. (1995). Estudio epidemiológico sobre maltrato infantil en población escolarizada de Lima metropolitana y Callao: [defensoría del menor: maltrato infantil] (1. ed). CEDRO.
69. Preethy, N. A., & Somasundaram, S. (2020). Awareness of child abuse and neglect among working parents in Chennai, India: A knowledge, attitude and practice (KAP) survey. *Journal of family medicine and primary care*, 9(2), 602–608.
70. Quiroz, H. J., Parreco, J. P., Khosravani, N., Thorson, C., Perez, E. A., Sola, J. E., Rattan, R., & Pizano, L. R. (2021). Identifying Abuse and Neglect in Hospitalized Children With Burn Injuries. *The Journal of surgical research*, 257, 232–238.
71. Ramazani N. (2014). Child dental neglect: a short review. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 3(4), e21861.
72. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. (1998). El Maltrato Infantil: Un Problema Mundial. *Salud Publica México*, 40:58-65.
73. Sillevs Smitt, H., de Leeuw, J., & de Vries, T. (2017). Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 75(11), 2304–2306.

74. Singh, V., & Lehl, G. (2020). Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dental research journal*, 17(3), 167–173.
75. Smitt, H. S., Mintjes, N., Hovens, R., de Leeuw, J., & de Vries, T. (2018). Severe caries are a clue for child neglect: a case report. *Journal of medical case reports*, 12(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s13256-018-1639-6>
76. Sonbol, H. N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L. D., Baqain, Z. H., Saman, R., & Al-Bitar, Z. B. (2012). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 16(1), e158–e165.
77. Spiller, L., Lukefahr, J., & Kellogg, N. (2019). Dental Neglect. *Journal of child & adolescent trauma*, 13(3), 299–303.
78. Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P, Mastagas. (2018). The Responsibility of Dentists in Identifying and Reporting Child Abuse. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 17.
79. Subramaniam, P., & Surendran, R. (2020). Oral Health Related Quality of Life and its Association with Dental Caries of Preschool Children in Urban and Rural Areas of India. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 44(3), 154–160.
80. Tener, D., Marmor, A., Katz, C., Newman, A., Silovsky, J. F., Shields, J., & Taylor, E. (2021). How does COVID-19 impact intrafamilial child sexual abuse? Comparison analysis of reports by practitioners in Israel and the US. *Child abuse & neglect*, 116(Pt 2), 104779.
81. UNICEF. (2018). *State of the world's children 2018: Children in a digital world*. New York: UNICEF.
82. UNICEF. (2019). *La situación mundial de la infancia 2019: Niños, familias y comunidades en un mundo en transformación*. Nueva York: UNICEF.
83. Velázquez RDP, Cárdenas MMA, Guadarrama QLJ. (2018). Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 9(2):70-7.

84. Verduzco-Núñez K, Rodríguez-Torres C, Pedroza-Uribe I, Alfonso-Sánchez C, Bayardo- González R. (2017). Manifestaciones clínicas en paciente con negligencia dental parental. Revista Tamé, 6 (17):637-640.
85. World Health Organization. (2020). Global report on trends in maternal mortality. Geneva: World Health Organization.

11. ANEXOS

CUESTIONARIO

Instrumento.

Confiabilidad con la prueba estadística de Alfa de Cronbach. por lo que la consistencia interna global entre los resultados fue de 0.8529 (Lo cual cae en el nivel “Alto” del análisis de consistencia o confiabilidad del instrumento)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN ODONTOPEDIATRAS DE MÉXICO

1. Edad: _____ 2. Sexo: F____ M_____ 3. Tiempo de egresado: _____ 4. Facultad de egreso: publica _____ privada_____

5. ¿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.

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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 _____

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

Si ___ No _____ Cual _____

11. 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.

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

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

19. 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

20. 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

21. 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.

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

23. 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

24. 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

25. Cuando realiza la historia clínica de Odontopediatria 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:

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

27. Repetidas lesiones en la dentición que den como resultado dientes avulsionados o dientes con cambios de color

pueden indicar un trauma repetido de abuso. _____

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

29. 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 _____

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

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

32. Comportamientos seductores de un niño hacia el personal odontológico pueden ser un indicativo de previo abuso

sexual del niño _____

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

sexual. _____

34. El maltrato de menores se asocia principalmente a las tensiones de la pobreza y rara vez

ocurren entre personas con ingresos medios o altos. _____

35. Los niños que han sido víctimas de abusos suelen decirle a alguien poco después del abuso. _____

36. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación _____

37. El maltrato infantil puede estar presente si un padre describe lesiones de su niño como un auto-infligida _____

38. El maltrato infantil puede estar presente si un padre informa que las lesiones del niño fueron infligidas por el hermano del niño. _____

39. 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. _____

40. 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

41. Considera que está recibió una buena preparación sobre el tema del Maltrato infantil en la Facultad? A. Si B. No

42. Se considera preparado para poder detectar y proceder correctamente ante un caso de maltrato infantil? A. Si B.

No

43. En una escala de 1 a 5 que tan apto se considera usted para el diagnostico maltrato infantil? _____

44. Cree que éste debería ser un tema que merece más capacitación en su formación profesional?

A. Si

B .No

C. Me da igual

45. Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil? A. SI B. No

46. Considera usted obligatorio reportar las sospechas de Maltrato Infantil desde la consulta Odontológica? A. Si B. No

Si tiene alguna experiencia , testimonio o comentario favor de escribirlo aquí todo es de manera anónima .

El cuestionario que se utilizò esta validado, se tiene una tesis y un artículo científico con este cuestionario del mismo autor. (Katherine Arrieta Vergara, Shyrley Díaz Cárdenas, Ketty Ramos Martinez Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (2): 129-1

12. RESUMEN BIOGRÁFICO

Tayra Stephanie Hernández Contreras

Candidato para el Grado de Maestro en Ciencias ODONTOLÓGICAS en el área de odontopediatría.

Tesis: **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPEDIATRA FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Datos Personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León el 19 de agosto de 1996.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Cirujano Dentista en 2019.

PUBLICACIONES:

1. Artículo de revisión publicado 2022 en international journal of applied dental sciences
pediatric dentist alert: child maltreatmet
2. Herramienta teams: grado de satisfacción en ámbito socio-emocional, académico y administración del tiempo publicada en artículo en revista vingula 08 octubre 2021
3. Memorias del III encuentro de experiencias de maltrato infantil desde la consulta odontológica

PARTICIPACIONES EN CONGRESOS:

Participación de encuentro de experiencias de maltrato infantil en odontología en la Universidad de Cartagena

PRODUCTOS DERIVADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Ponente el 4 junio 2021 en el encuentro de experiencias de maltrato infantil en odontología universidad de Cartagena.

Diplomado de Intervención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil junio 2021 Bogotá

Curso de Violencia contra la mujer ciclo profesional 70 horas Bogotá Colombia



International Journal of Applied Dental Sciences

ISSN Print: 2394-7489
ISSN Online: 2394-7497
IJADS 2022; 8(1): 11-14
© 2022 IJADS
www.oraljournal.com
Received: 22-10-2021
Accepted: 07-12-2021

Tayra Stephanie Hernandez Contreras
Master's in Sciences Student,
Universidad Autonoma de Nuevo
Leon, Facultad de Odontologia,
Monterrey, Nuevo Leon, 64460 ZIP,
Mexico

Adriana Leticia Garcia Moyeda
Professor, Universidad Autonoma de
Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo Leon,
64460 ZIP, Mexico

Karla Isabel Juarez Ibarra
Professor, Universidad Autonoma de
Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo Leon,
64460 ZIP, Mexico

Aurora Lucero Reyes
Professor, Universidad Autonoma de
Tlaxcala, Facultad de Odontologia,
Tlaxcala, Tlaxcala

Elvia Ortiz Ortiz
Professor, Universidad Autonoma de
Tlaxcala, Facultad de Odontologia,
Tlaxcala, Tlaxcala

**Maria Argelia Akemi Nakagoshi
Cepeda**
Professor, Universidad Autonoma de
Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo Leon,
64460 ZIP, Mexico

Monica Sofia Treviño Ramirez
Dentistry Student, Universidad
Autonoma de Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo
Leon, 64460 ZIP, Mexico

Juan Manuel Solis Soto
Professor, Universidad Autonoma de
Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo Leon,
64460 ZIP, Mexico

Corresponding Author:

Juan Manuel Solis Soto
Professor, Universidad Autonoma de
Nuevo Leon, Facultad de
Odontologia, Monterrey, Nuevo Leon,
64460 ZIP, Mexico

Pediatric dentist alert: Child maltreatment

Tayra Stephanie Hernandez Contreras, Adriana Leticia Garcia Moyeda, Karla Isabel Juarez Ibarra, Aurora Lucero Reyes, Elvia Ortiz Ortiz, Maria Argelia Akemi Nakagoshi Cepeda, Monica Sofia Treviño Ramirez and Juan Manuel Solis Soto

DOI: <https://doi.org/10.22271/oral.2022.v8.i1a.1395>

Abstract

Introduction: Child maltreatment is an important public health problem; the timely detection of signs and symptoms of abuse in the orofacial region places the pediatric dentist in a strategic situation, with the capacity to recognize, register and report suspicious cases.

Objective: To review the literature on oral lesions related to child abuse and the role of the pediatric dentist in the dental office.

Methodology: A search was carried out in the MEDLINE/PubMed databases from 2016 to 2020, using the keywords: "Abuse children dentist, child physical abuse, neglect dentistry".

Results: Pediatric dentists should have comprehensive knowledge about the detection of child abuse and their ethical and legal responsibility. All types of maltreatment can be presented in the dental office; in relation to physical maltreatment they report lacerations, tears of the labial frenulum, fractured teeth, avulsed teeth and hematomas; in relation to sexual abuse, the mouth is a frequent site of abuse and sexually transmitted infections such as gonorrhoea are pathognomonic; late attention to oral diseases such as caries can cause severe compromises in the child related to dental neglect.

Conclusion: The pediatric dentist represents a valuable human resource in the detection and reporting of child abuse taking into account the type of orofacial lesions in relation to all types of abuse.

Keywords: Child maltreatment, abuse children dentist, child physical abuse, neglect dentistry

1. Introduction

Child abuse: An important health problem since the timely detection of signs and symptoms of abuse in the orofacial region places the pediatric dentist in a strategic position, with the capacity to recognize, register and report suspected cases ^[1].

The WHO defines child maltreatment as the abuse and neglect to which children under 18 years of age are subjected, and includes all types of physical or psychological abuse, sexual abuse, neglect, negligence and commercial or other types of exploitation that cause or may cause harm to the health, development, dignity and endanger the survival of the child, in the context of a relationship of responsibility, trust or power ^[2].

Influencing factors are multifactorial: poverty, domestic violence, drug abuse, unwanted pregnancy and other factors ^[3,4]. Children with physical or mental disabilities or other behavioral disorders are at greater risk of abuse ^[5].

Pediatric dentists are in a favorable position to recognize child abuse, with opportunities to observe and evaluate not only the physical and psychological condition, but also the family environment ^[6]. They should be alert from the first dental consultation considering that approximately 60-75% of child abuse victims present head, face and mouth injuries ^[7].

There is little evidence and review of child abuse in the field of dentistry, thus the aim of this study is to review the literature on child maltreatment, in particular orofacial injuries, suspected of physical maltreatment, sexual abuse, and dental neglect.

2. Materials and methods

Articles on the subject published through the PubMed, SCOPUS and Google Scholar databases were analyzed, with emphasis on the last 5 years. The quality of the articles was

asociación
AFECTO

Contra El Maltrato Infantil

La Asociación Afecto contra el maltrato infantil

Certifica que:

Tayra Stephanie Hernández Contreras

Asistió al curso

Violencia contra la mujer - ciclo profesional

En modalidad virtual, con una intensidad de 70 horas

mayo de 2021 - Bogotá D. C. - Colombia



Isabel Cuadros Ferré

Directora Ejecutiva



Tayra Stephanie Hernández Contreras¹ Marcela Montes Villarreal¹ Shyrley Díaz Cárdenas² María Teresa Pérez Quintero¹ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. Facultad de Odontología, Posgrado de Odontopediatría UANL¹



TABLA DE CONTENIDO

Presentación del evento

Ponencias

Alerta para el odontopediatra: maltrato infantil (Artículo de Revisión)

Tayra Stephanie Hernández Contreras, Marcela Montes Villarreal, María Teresa Pérez Quintero, Shyrley Díaz Cárdenas

Negligencia, una modalidad del maltrato infantil detectada desde la consulta odontológica

Andrea Castro Hernández, Ysabel Cristina Zamudio, Lelimar Palencia Torres

Negligencia: una mirada desde la odontopediatría.

Francisco Miguel Soto Pacheco, Gloria Elena Pérez Trespalacios

Dolor crónico Cráneo-cérvico-mandibular relacionado con experiencia de abuso sexual: el cuerpo grita lo que la boca calla

Maritza Roa Gómez

Rompiendo esquemas: retos de la odontología frente a la tradición indígena

Miriam Castillo Mendoza, Luis Armando Vila Sierra

Prevalencia de Trauma Dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil en poblaciones vulnerables de Cartagena

Shyrley Díaz Cárdenas, María José Pérez, Juan Andrés Atencia

Niños y adolescentes con fisuras labio palatinas: condición predisponente al maltrato infantil

María del Pilar Bernal P, Oscar Mauricio Montaña

Currículo académico del estomatólogo pediatra para el diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato infantil

Ángela Liliana Grandas Ramírez



III **MEMORIAS**
ENCUENTRO DE EXPERIENCIAS DE
MALTRATO INFANTIL
DESDE LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA
#MÁSALLÁDELABOCA
4 de Junio 2021



Universidad
de Cartagena
Fundada en 1827



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827



El Grupo Interdisciplinario de Detección del Maltrato Infantil en Odontología, GIMIO

Agradece a:

Tayra Stephanie Hernández Contreras

Por su participación como Ponente en el:

III Encuentro de Experiencias de Maltrato Infantil en Odontología

*Realizada de manera virtual por plataforma Zoom en la Ciudad de Cartagena de Indias DT y C,
A los (4) días del mes de Junio de 2021*

Con un valor académico de 4 horas

MIGUEL MATURANA MELENDEZ
*Decano Facultad de Odontología
Universidad de Cartagena*

SHYRLEY DIAZ CARDENAS
*Directora Grupo GIMIO
Jefe Odontología Preventiva y Social*



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827



El Grupo Interdisciplinario de Detección del Maltrato Infantil en Odontología, GIMIO

Agradece a:

**Tayra Stephanie Hernández Contreras, Marcela Montes Villarreal, Shyrley Díaz
Cárdenas, María Teresa Pérez Quintero**

Por su participación como Ponente en el:

III Encuentro de Experiencias de Maltrato Infantil en Odontología

Realizada de manera virtual por plataforma Zoom en la Ciudad de Cartagena de Indias DT y C,

A los (4) días del mes de Junio de 2021

Con un valor académico de 4 horas

MIGUEL MATURANA MELENDEZ
*Decano Facultad de Odontología
Universidad de Cartagena*

SHYRLEY DIAZ CARDENAS
*Directora Grupo GIMIO
Jefe Odontología Preventiva y Social*

asociación
AFECTO
Contra El Maltrato Infantil

La Asociación Afecto contra el maltrato infantil
En desarrollo del proyecto de capacitación internacional PROCAPI de la
Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Negligencia Infantil, ISPCAN

Certifica que:

Tayra S. Hernández Contreras

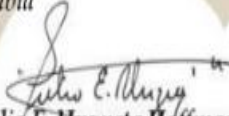
C. E. 8.119.944.907

Cumplió con todos los requisitos para aprobar la diplomatura

Intervención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil

En modalidad virtual, con una intensidad de 120 horas en su XXXII edición
junio de 2021 - Bogotá D. C. - Colombia


Isabel Cuadros Ferré
Directora Ejecutiva
Asociación Afecto


Julio E. Unzueta Hoffmann
Coordinador Educación Virtual
Asociación Afecto



III Encuentro Experiencias de Maltrato Infantil desde la Odontología: #másalládelaboca

Programación

Viernes 4 de Junio, Entrada Libre y certificada

Hora	Ponente	Nombre de la Ponencia
9:00-9:15 a.m	Shyrlley Díaz Directora GIMIO	Más allá de la Boca
9:15-9:30 a.m	Gloria Pérez Trespalacios Francisco Soto Pacheco	Negligencia: una mirada desde la odontopediatría
9:30-9:45 a.m	Maritza Roa Gomez	"El cuerpo grita lo que la boca calla"
9:45-10:00 a.m	Sthefanie del Carmen Perez Puello	Diseño e Implementación de una intervención por Instagram sobre Maltrato Infantil en estudiantes de Odontopediatría
10:00-10:15a.m	Tayra Stephanie Hernández Contreras Marcela Montes Villarreal Shyrlley Díaz Cárdenas María Teresa Pérez Quintero	Alerta al odontopediatra : Maltrato Infantil
10:15-10:30am	Miriam Castillo Mendoza Luis Armando Vila Sierra	Rompiendo esquemas: retos de la odontología: frente a la tradición indígena que maltrata a los niños
10:30-10:45 a.m	Claudia Patricia Cabrera Ramos	La Odontología y Fonoaudiología en Unión Más allá de la Boca
10:45-11:00 a.m	Maria del Pilar Bernal Pardo	Niños y adolescentes con fisuras labio-palatinas: condición predisponente al maltrato infantil
11:00-11:15 a.m	Andrea Castro Hernández	Negligencia, Una Modalidad del Maltrato Infantil
11:15-11:30 a.m	Angela Liliana Grandas Ramirez	Currículo académico del Estomatólogo Pediatra para el diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato infantil
11:30-11.45 a.m	Shyrlley Diaz C Juan Atencia María José Pérez	Trauma dentoalveolar y Sospecha de MI en Odontología
11:45-12m	Shyrlley Diaz Isabel Cuadros Ferré	Reflexión y Conclusiones





La Asociación Afecto contra el maltrato infantil

Certifica que:

Tayra Stephanie Hernández Contreras

CC 8119944907

Asistió al curso

PreASI: prevención del abuso sexual infantil

*En modalidad virtual, con una intensidad de 40 horas en su XXIII edición
Cohorte de febrero de 2021 – Bogotá D. C. - Colombia*


Julio E. Unzueta Hoffmann
Cordinador Educación Virtual
Asociación Afecto


Guillermo Camacho Cabrera
Tutor Maestro
Asociación Afecto


Isabel Cuadros Ferré
Directora Ejecutiva
Asociación Afecto



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

SPSI – 010613
Folio: 00313

COMITÉ DE BIOÉTICA

CONBIOETICA-19-CEI-001-20240417

Comisión de Revisión Bioética

Para: Dra. Myriam Angélica De La garza Ramos
Fecha de recepción: Octubre 2024
Título: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL ODONTOPIEDATRA
FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO

Para: Tayra Stephanie Hernández Contreras

El presente es referencia para protocolo de investigación mencionado en la parte superior.
En la deliberación de este comité, los procedimientos en dicha aplicación conformada por las reglas y el reglamento del DHHS y de la FDA en relación con los temas de uso humano. La aprobación se otorga durante un año.

Como condición para aprobar la investigación, el responsable de la investigación debe de haber leído, establecido y firmado el escrito adjunto de nuestro Documento Federal de Seguridad.

Además, el responsable de la investigación acuerda lo siguiente:

1. A dar información mediante un reporte de revisión periódica, necesaria para la revisión de este protocolo por parte del comité, en intervalos apropiados para evitar el riesgo y asegurar que el protocolo está siendo guiado con las recomendaciones y la supervisión del comité, pero dichos intervalos no deben tener más de un año desde su inicio.
2. Proveer al comité la forma del reporte periódico de revisión, así como el reporte final cuando concluya su proyecto.
3. El uso como documento de consentimiento informado para este estudio, el reporte final aprobado por el comité IRB impreso definiendo su periodo de aprobación.
4. Reportar cualquier evento adverso relacionado con el estudio y que pudiera afectar la salud mental y física del paciente.
5. Este estudio está sujeto a registro durante este periodo de tiempo.

Los registros relacionados con las acciones del comité referentes a este protocolo están en el archivo en la oficina de División de Estudios de Posgrado y de Investigación de esta Facultad.

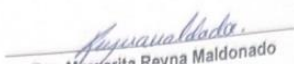
Fecha de aprobación: Octubre del 2024
Periodo aprobado: Octubre del 2025
Responsable de la Investigación: Dra. Marcela Montes Villarreal



SPSI - 010613
Folio: 00313

Comité Institucional Investigador


Dra. Myriam Angelica de la Garza Ramos


Dra. Margarita Reyna Maldonado


Dr. Jaime Adrián Mendoza Tijerina

La siguiente información describe las responsabilidades tomadas del Documento de archivo de Múltiple Seguridad, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, junto con la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987) ANEXO I.
La aprobación del protocolo está sujeta a estas reglas:

- a) Los investigadores declaran y aceptan su responsabilidad para la protección de los derechos y el bienestar del humano así como garantizar su integridad.
- b) Los investigadores que intenten involucrar investigaciones con humanos no estarán exentos de la aplicación de nuestras leyes federales y universitarias.
- c) Los investigadores son responsables de otorgar una copia de la aprobación del IRB firmada, y el documento de consentimiento de cada período de tiempo a menos que el IRB elimine este requerimiento. Todos los documentos de consentimiento firmados se guardados en la oficina administrativa de investigación.
- d) Los investigadores reportaran con rapidez los cambios propuestos en las actividades de investigación relacionados con humanos al IRB.
- e) Los investigadores son responsables para reportar el progreso de la investigación a la oficina administrativa de investigación, tan a menudo como se describe en las bases de riesgos del IRB, pero no menos de una vez al año.
- f) Ni el investigador, ni asociados interinstitucionales, no institucionales en acuerdos de investigación podrán buscar para su beneficio obtención de créditos, la utilización de la información de las intervenciones con el paciente que constituyan una violación a las garantías de su atención médica, sin la aprobación del IRB. Un médico deberá proveer seguridad ética/médica al paciente con la revisión y aprobación del IRB, exigido por la ley.



SPSI - 010613
Folio: 00313

- g) Los investigadores deberán notificar al IRB, a la oficina de Investigación Administrativa y a las instituciones oficiales el intento para la admisión de material humano que vayan a ser utilizados en los protocolos de investigación.

Capítulo 1, capítulo 13. Prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se solicitará a los pacientes su aprobación voluntaria.

Artículo 14, Fracción V. Se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, en este caso se solicitará el consentimiento informado del paciente previo a la aplicación de los instrumentos.

Fracción VI. Todos los estudios serán realizados por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud.

Fracción VII y VIII. Se contará con el dictamen favorable de la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León; la colecta de los datos se realizará solo cuando se cuente con dicha autorización.



SPSI - 010613
Folio: 00313

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del sujeto investigado, ya que no se solicitará identificación.

Artículo 17. Fracción I Esta investigación (es) debe de considerarse como riesgo mínimo.

Artículo 18 y 21. Para considerar existente el consentimiento informado del sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de lo siguiente:

- 1) Justificación de los objetivos de investigación.
- 2) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- 3) Las molestias o riesgos esperados.
- 4) Los beneficios que pueda obtener.
- 5) Los procedimientos alternativos que pudieran ser verificados por el sujeto.
- 6) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con a la investigación en el tratamiento del sujeto.
- 7) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- 8) La seguridad de que no se identificará al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

He leído y comprendido mis responsabilidades antes descritas.


Firma del Investigador Principal