PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL ODONTÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN MALTRATO Y PROTECCIÓN INFANTIL EN LAS COMUNAS DE TEMUCO Y PADRE LAS CASAS

POR:

ROMINA LOZANO CANALES

Actividad integradora de graduación presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Salud Pública

Profesora guía: Dra. Pamela Rojas González

Julio, 2020

Santiago, Chile

© 2020, Romina Paz Lozano Canales

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN 8

2. CONTEXTO 10

2.1 Caracterización del territorio 10

2.2 Atención primaria de salud municipal 11

3. MARCO TEÓRICO 12

3.1 Tipología del maltrato infantil 13

3.1.1 Maltrato físico 14

3.1.2 Maltrato psicológico o emocional 14

3.1.3 Negligencia 15

3.1.4 Abuso sexual 15

3.2 Modelo explicativo 15

3.3 Factores de riesgo y de protección 16

3.4 Consecuencias y costos del maltrato infantil 19

3.5 Detección del maltrato infantil y primera respuesta 20

3.5.1 Detección del maltrato infantil en odontología 21

3.6 Aspectos legales 23

3.7 Protección de la infancia 24

3.8 Estudios internacionales sobre maltrato infantil y odontología 25

3.9 Adaptación cultural o transcultural 26

4. SUPUESTOS DEL ESTUDIO 26

5. OBJETIVOS 27
6. MATERIAL Y MÉTODO 27
6.1 Diseño metodológico 27
6.2 Marco muestral 28
6.3 Descripción del instrumento 28
6.4 Adaptación cultural 29
6.5 Recolección de datos 31
6.6 Análisis de resultados 32
6.8 Aspectos éticos 33
6.9 Estrategias de comunicación y diseminación 34
7. RESULTADOS 35
7.1 Características demográficas. 35
7.2 Conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil 36
7.3 Práctica en maltrato infantil 40
7.4 Percepción de escenarios sobre maltrato infantil 42
7.5 Factores que afectan en la derivación de maltrato infantil. 46
8. DISCUSIÓN 49
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 59
BIBLIOGRAFÍA 61
ANEXOS 70

Índice de Tablas

Tabla 1: Factores de riesgo de maltrato infantil. Elaboración propia. 18

Tabla 2: Factores de protección de maltrato infantil. Elaboración propia 18

Tabla 3: Síntesis de evidencia científica. Elaboración propia.....25

Tabla 4: Características demográficas de los participantes del estudio. 36

Tabla 5: Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de odontólogos de APS, en Temuco y Padre Las Casas, 2020.....38

Tabla 6: Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de odontólogos de APS, según género y especialidad......39

Tabla 7 A-B: Práctica en maltrato infantil de odontólogos de APS de Temuco y Padre Las Casas, 2020.....41

Tabla 8: Sospecha de maltrato infantil entre los participantes, según género y especialidad. 42

Tabla 9: Percepción de los participantes sobre los escenarios relacionados con maltrato infantil. 44

Tabla 10: Medidas de tendencia central de puntuación de respuestas correctas sobre escenarios de maltrato infantil (SoMI) en el total de participantes, según género y especialidad.. 45

Tabla 11: Resultados sobre los factores que afectan en la derivación de casos sospechosos de maltrato infantil entre los participantes del estudio.....47

Tabla 12: Medidas de tendencia central de la puntuación de respuestas correctas de los factores de derivación de maltrato infantil (SoMIB) en el total de participantes, según género y especialidad. 48

Índice de Ilustraciones

Figura 1. *Tipología de Violencia. 14*

Figura 2. *Modelo ecológico para comprender violencia. 16*

Figura 3. *Síntesis de proceso investigativo. 32*

Figura 4. *Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de los participantes.....37*

Figura 5. *Box plot de años de experiencia en práctica dental (A), atención de pacientes menores de 18 años atendidos semanalmente (B) y casos de sospecha de MI (C). 41*

Figura 6. *Respuestas correctas versus incorrectas de los 12 escenarios sobre maltrato infantil descritos en la Tabla 10 entre los participantes del estudio. 45*

Figura 7*. Box plot de puntuación de respuestas correctas sobre escenarios de maltrato infantil (SoMI), según género (A) y especialidad (B).. .....46*

Figura 8. *Resultados sobre los factores que afectan en la derivación de casos sospechosos de maltrato infantil. 48*

Figura 9*. Box plot de respuestas correctas de los factores de derivación de maltrato infantil (SoMIB), según género (A) y especialidad (B).. .....49*

RESUMEN

Antecedentes: El maltrato infantil (MI) es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Según el 4° Estudio sobre Maltrato Infantil de Unicef (2012), en Chile el 71% de los niños y niñas dice haber sido víctima de violencia física o sicológica por parte de sus padres, madres o cuidadores. En tanto, según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, más de la mitad de los casos de MI presentan lesiones en boca, cara, cráneo y cuello. Es por esto que el odontólogo tiene un rol trascendental en la detección del MI, debido a la especificidad, periodicidad y/u oportunidad de la atención odontológica. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento, práctica y barreras sobre maltrato y protección infantil en odontólogos de Atención Primaria (APS), en las comunas de Temuco y Padre las Casas. **Método:** Se diseñó un estudio no experimental, transversal de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo en base a la utilización de un instrumento previamente adaptado culturalmente, empleado en la publicación de Al Hajeri *et al.*, 2018. La población objetivo fueron odontólogos que trabajan en establecimientos de APS en las comunas de Temuco y Padre las Casas. **Resultados:** Participaron 74 dentistas, en su mayoría odontólogos generales (83,8%) y de género femenino (59,5%). El 13,5% y 14,9% tuvo formación en MI en pregrado y postgrado, respectivamente. Además, el 40,5% declaró conocer los protocolos locales de protección infantil. En relación a la sospecha de MI, 79,7% declaró sospechar de MI alguna vez y el 27% de MI físico, en los últimos 6 meses. Las barreras más frecuentes para la derivación fueron: la falta de certeza en el diagnóstico y temor por las consecuencias del NNA frente a la intervención de agencias estatales (73%). **Conclusiones:** Si bien, la gran mayoría de los odontólogos encuestados declara haber sospechado de MI, se identifican barreras que interfieren en la derivación, entre éstas la falta de certeza en la detección. Se recomienda trabajar en instancias locales de capacitación donde se otorguen y/o refuercen competencias profesionales sobre la detección e informe de casos de MI.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) es uno de los problemas más graves y dolorosos que enfrentan las sociedades en la actualidad a nivel mundial. Las conductas violentas hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA) constituyen una gran preocupación para la salud pública y son, por cierto, de muy complejo abordaje (1).

Cada año millones de NNA en todo el mundo son víctimas y testigos de situaciones de violencia física, sexual y emocional, con la consecuente afectación de por vida de su salud (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó en el año 2016 que cada año hay 41.000 defunciones por homicidio en menores de 15 años, cifra probablemente inferior al número real de defunciones por MI (2). Además, en su informe del año 2006, Naciones Unidas estimó que las muertes infantiles relacionadas con la violencia fueron casi el doble en los países de bajos ingresos (2,58/ 100.000) que en los de altos ingresos (1,21/ 100.000) (3). Las estimaciones a nivel mundial indican que el mayor riesgo de muerte se encuentra entre los lactantes y niños pequeños, con tasas para el grupo de 0 a 4 años que duplican significativamente a las del grupo etario de 5 a 14 años (1). A pesar de estas cifras, es necesario tener en cuenta que las muertes solo representan una parte problema (1,4).

A nivel nacional, en el año 2012 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en el Cuarto Estudio sobre Maltrato Infantil, advierte que el 71% de los niños y niñas dice haber sido víctima de violencia física o sicológica propinada por parte de sus padres, madres o cuidadores (4). Asimismo, en el 2017 el Observatorio Nacional de los Derechos de la Niñez del Consejo de la Infancia, según los datos de la Subsecretaría de Prevención del Delito, estimó que desde el año 2005 a 2012 existe una preocupante tendencia al alza en materia de abuso sexual de NNA (5). Por otra parte, el Servicio Nacional de Menores (Sename), en el Primer Informe de Abuso Sexual en niñas, niños y

adolescentes en Chile, del año 2016, muestra que se registraron un total de 43.292 ingresos al Área de Protección de Derechos del Sename a nivel nacional: el 38,8% de NNA ingresaron por ser víctimas de maltrato y abuso infantil, y fue la primera causa de ingreso (6).

En la ciudad de Temuco, a partir de un estudio de prevalencia y factores de riesgo de MI del año 2001, se reportó que la prevalencia de la agresión psicológica proporcionada por madres o padres fue de 17,5% y 6,8%, respectivamente; mientras que la prevalencia de agresión física leve fue de 42,3% y 17%, respectivamente. El 3% de las madres y el 1,2% de los padres reconocieron el abuso físico severo (7).

La evidencia científica revela que más de la mitad de las víctimas que sufren MI presentan lesiones en boca, cara, cráneo y cuello (8–10). Sin embargo, las investigaciones internacionales (Tabla 3), muestran que, a pesar de que los profesionales consideran que el MI es relevante para su práctica profesional, un gran porcentaje de dentistas declara no haber tenido formación de pregrado en relación con este tema. Asimismo, se observa que la derivación y/o denuncia de los casos sospechosos de MI por parte de los odontólogos es baja y que existen múltiples factores que influyen en este proceso (11–14).

A pesar del interés mundial por el MI, a nivel nacional solo se ha publicado un estudio sobre este tema relacionado al profesional odontólogo y realizado por Fierro *et al.*, cuyo objetivo fue describir el conocimiento y la actitud frente al MI de 53 odontólogos pertenecientes a los nueve centros de salud de Concepción, mediante un instrumento tipo encuesta. El estudio reporta que solo el 50,9% de los odontólogos encuestados declara haber recibido información sobre MI, el 43% reconoce haber sospechado alguna vez de MI, y de ellos, el 56,5 % reportó sus sospechas, dirigidas a el/la asistente social o jefe del área del centro de salud y a Carabineros (15).

El interés por explorar en el área odontológica tiene fundamento: el quehacer de estos profesionales los sitúa en un lugar de gran relevancia para la detección y prevención

del MI, en particular en el nivel primario de salud, ya sea por el manejo del área donde se presentan más frecuentemente las lesiones, como por la gran cantidad de población infantil que se atiende en los programas odontológicos nacionales (16,17). Debido a esto, es que su conocimiento y percepción sobre este tema, son factores claves para cumplir con la detección y denuncia del MI (17). En ese sentido, surge la pregunta: ¿Cuál es el conocimiento, la práctica y las barreras sobre el maltrato y protección infantil de los odontólogos de Atención Primaria en las comunas de Temuco y Padre las Casas?

El enfoque de este estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo, que tiene como objetivo principal evaluar el conocimiento, práctica y barreras sobre maltrato y protección infantil en odontólogos de Atención Primaria en las comunas de Temuco y Padre las Casas.

Este estudio permitirá caracterizar el fenómeno a nivel primario de salud, de manera de realizar recomendaciones locales, y considerar en el futuro el diseño e implementación de intervenciones destinadas a optimizar los procesos descritos. Por otro lado, se abre la posibilidad de utilizar este instrumento, ya adaptado culturalmente, para su uso en otras investigaciones o instancias a nivel regional y/o nacional.

2. CONTEXTO

A continuación, se describe el contexto donde se realizó la presente investigación.

2.1 Caracterización del territorio

La Región de la Araucanía se ubica en el sur del país. Su capital regional es la ciudad de Temuco. Se divide en dos provincias, Cautín y Malleco, y la componen 32 comunas. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2017 vivían en la región 957.224 habitantes, lo que corresponde a 5,4% de la población chilena. La comuna de Temuco tiene un total de 282.415 habitantes, lo cual representa el 29,5% de la población de la Región de la Araucanía. Por su parte, la comuna de Padre Las Casas es la

segunda comuna más poblada de la provincia de Cautín, con una población de 76.126 habitantes, lo que representa un 8% de la población regional. Del total de la población en la Araucanía, el 29,1% vive en áreas rurales, es decir, 278.680 habitantes y el 70,9% en el área urbana (678.544 habitantes) (18).

La conurbación Temuco- Padre Las Casas es considerada la sexta área urbana más grande de Chile, y unas de las más grande de la zona sur: representa el 2,1% de la población nacional (19,20).

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen) 2017 reconoce la Región de la Araucanía como aquella con los niveles más altos de pobreza en el territorio nacional: el 28,5% de sus habitantes se encuentran en situación de pobreza multidimensional, 7,8 puntos porcentuales por sobre la media nacional (20,7%) (21).

2.2 Atención primaria de salud municipal

El sistema primario de salud municipal de Temuco ofrece sus servicios a través de ocho Centros de Salud Familiar (CESFAM) y tres Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) pertenecientes a la comuna de Temuco. Por su parte, en la comuna de Padre Las Casas existen cuatro CESFAM y seis Postas de Salud Rural (19,20).

Respecto a la población inscrita en el nivel de atención primaria de salud (APS), la comuna de Temuco presenta 193.735 inscritos: el 20% (38.174) población infantil menor de 15 años y el 7% población adolescente (15 a 19 años) (19). Por su parte, la comuna de Padre Las Casas presenta 73.697 personas inscritas en APS, de las cuales el 13,7% son menores de 15 años (20).

Las acciones de salud de los centros de APS se planifican e implementan según el Plan de Salud Familiar, definido a partir del modelo integral de salud familiar con enfoque comunitario. Sus acciones deben responder a las necesidades de la población sustentadas

en las particularidades del contexto local, de manera de focalizar y articular los esfuerzos con una clara base comunitaria, social y familiar durante el ciclo vital (19,20).

El programa odontológico de APS cuenta con las siguientes prestaciones:

- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de salud integral oral de la mujer embarazada.
- Atención odontológica a menores de 20 años.
- Acceso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO).
- Atención odontológica del adolescente de 12 años.
- Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria.

La elección del contexto geográfico se justificó, en primer lugar, en el hecho de que la conurbación Temuco- Padre Las Casas es una de las áreas urbanas más extensas del sur de Chile: son las dos comunas de mayor población de la Región de la Araucanía y presentan características de distribución demográfica similares a las nacionales (18). En segundo lugar, porque tiene relación con el interés personal y con la factibilidad de la ejecución del proyecto, ya que en estas comunas la investigadora tiene relaciones personales más cercanas, que pueden influir positivamente en el desarrollo del estudio.

3. MARCO TEÓRICO

Definición de maltrato infantil

La OMS define maltrato infantil como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (1).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), define MI como “cualquier acto o serie de actos de comisión u omisión de un padre u otro cuidador que resulta en daño, potencial daño o amenaza de daño a un menor de 18 años” (22).

3.1 Tipología del maltrato infantil

El MI está vinculado a otras formas de violencia, tanto en relación a las causas como por la coexistencia de factores de riesgo comunes (23).

La Figura 1 muestra la tipología propuesta por la OMS en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud, que divide la violencia en tres amplias categorías según características de los que cometen el acto violento: violencia autoinfligida, violencia interpersonal y violencia colectiva (23). La violencia interpersonal, particularmente la que ocurre dentro de las familias, es la que involucra el MI, violencia de pareja y violencia hacia adultos mayores (23).

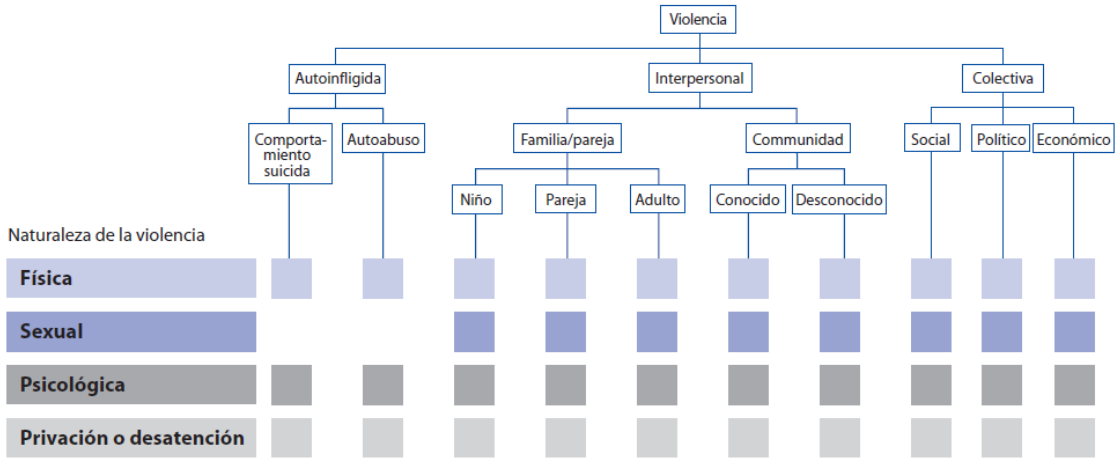


Figura 1. *Tipología de Violencia. Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2002* (23).

En relación a la naturaleza, el MI se puede clasificar en:

3.1.1 Maltrato físico

Es el uso intencional de la fuerza física contra un NNA, que provoca o puede provocar lesiones físicas, ocasionando daño para su salud, supervivencia y desarrollo integral. Este incluye actos físicos de magnitud y características variables, que van desde aquellos que no dejan signos físicos hasta actos que causan discapacidad permanente, desfiguración o muerte (22). Algunos ejemplos son: tirones de oreja o pelo, golpes, patadas, zamarreo, mordiscos, estrangulamientos, quemaduras, envenenamientos, y hasta la muerte (24).

3.1.2 Maltrato psicológico o emocional

Se refiere a comportamientos intencionales del cuidador que dañan la autoestima o bienestar emocional del NNA, y ocurren de manera crónica o aislada. Estos comportamientos incluyen: culpar, menospreciar, intimidar, aterrorizar, aislar, restringir,

corromper, explotar, rechazar o comportarse de una manera que es dañina, o potencialmente dañina (22,24).

3.1.3 Negligencia

Es entendida como el fallo intencional aislado o reiterado por parte de un progenitor u otro miembro de la familia en proveer de los cuidados básicos físicos y emocionales a NNA (24). Estas necesidades incluyen: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras. El CDC clasifica la negligencia en: física, emocional, médica y educativa (22).

3.1.4 Abuso sexual

Implica hacer partícipe a un NNA en actividades sexuales por parte de su cuidador, ya sea de un acto sexual (completado o intentado) o de un contacto sexual, incluyendo la explotación sexual (22,24).

3.2 Modelo explicativo

Ningún factor por sí solo explica por qué algunas personas se comportan violentamente hacia otras o por qué la violencia es más frecuente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la compleja interacción de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales (23).

En la Figura 2 se observa el modelo ecológico que ha adoptado la OMS para explicar el MI. Este modelo permite comprender la naturaleza multicausal de la violencia, y la relación entre factores de riesgo individual y contextual (23,24).

- ✓ *Nivel individual:* referido a los factores de la historia biológica y personal de un individuo que promueven su comportamiento. Se incluyen: historia de vida, características de la personalidad, nivel educativo, sistema de creencias, valores internalizados, abuso de sustancias e historial previo de abuso. Este nivel se centra

en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser una víctima o un perpetrador de violencia (23,24).

- ✓ *Nivel microsistémico o relacional:* se refiere a los elementos estructurales de la familia, entorno cercano y redes sociales primarias. Esta dimensión explora cómo las relaciones sociales proximales aumentan el riesgo de victimización violenta y perpetración de la violencia (23).

- ✓ *Nivel exosistémico o comunitario:* explora el contexto de la comunidad, en el que se integran las relaciones sociales, como las escuelas, centros de salud, organizaciones religiosas, los lugares de trabajo y los vecindarios (23).

- ✓ *Nivel macrosistémico o social:* Este último nivel examina los factores sociales generales que influyen en crear un clima que inhibe o fomenta la violencia, y aquellos elementos que crean y mantienen brechas entre diferentes segmentos de la sociedad, grupos o países (1,23).

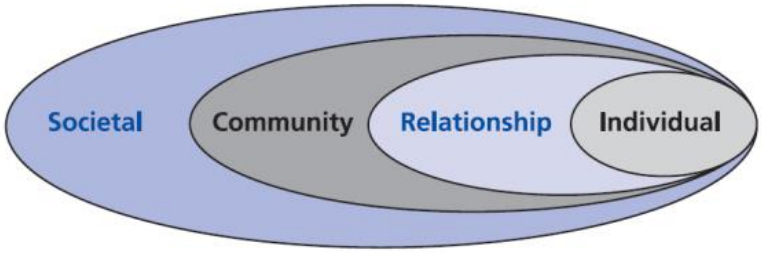


Figura 2. *Modelo ecológico para comprender violencia. Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2002* (23).

3.3 Factores de riesgo y de protección

Hay un gran número de factores que influyen en el riesgo de perpetración y de victimización del MI; todos estos factores interactúan aumentando o disminuyendo este riesgo a lo largo del tiempo y dentro de determinados contextos (25). Los factores que pueden aumentar la susceptibilidad del MI se conocen con el nombre de factores de riesgo,

en contraposición a los factores de protección, que disminuyen la susceptibilidad (1). A continuación, en las Tablas 1 y 2 encontraremos estos factores, desde la perspectiva del modelo ecológico (1,24–27).

Nivel	Factores de riesgo
Individual	– Edad del niño (menores de 4 años) – Presencia de necesidades especiales del niño (de desarrollo o intelectuales) – Problemas de salud mental y enfermedades físicas crónicas – Temperamento o comportamiento del niño – Hijo no deseado o que no responde a las expectativas de sus padres – Características de los padres: temperamento, edad temprana, baja educación, paternidad soltera, matrimonio precoz y forzado – Bajos ingresos de los padres – Historial de maltrato infantil de los padres – Problemas físicos o mentales de los padres – Abuso de sustancias
Relacional	– Aislamiento social – Problemas de salud física o de salud mental de un miembro de la familia – Conflicto familiar y violento, incluida la violencia de pareja – Estrés parental – Inexistencia o interrupción de redes de apoyo – Discriminación contra la familia
Comunidad	– Violencia comunitaria – Desventaja concentrada en el vecindario: pobreza, desempleo, delincuencia – Falta de acceso de servicios de apoyo social – Falta de atención prenatal – Tolerancia de la violencia – Desigualdad de género o social en la comunidad – Movilidad residencial elevada – Hacinamiento – Comercio local de drogas ilícitas

Social	– Políticas que aumentan las desigualdades – Normas legales y culturales que apoyan la violencia – Normas sociales y culturales que imponen rígidos roles de género – Acceso inapropiado a armas de fuego

Tabla 1: Factores de riesgo de maltrato infantil. Elaboración propia (1,24–27).

Nivel	Factores protectores
Individual	– Autoestima y autoeficacia positiva – Habilidades sociales
Relacional	– Ambiente familiar de apoyo y redes sociales – Soporte concreto para necesidades básicas – Nutrir habilidades parentales – Relaciones familiares estables – Empleo de los padres – Alto nivel de educación parental – Vivienda adecuada – Acceso a servicios de salud y sociales
Comunitario	– Relaciones positivas entre los miembros de la comunidad – Programas recreativos y de desarrollo disponibles para los niños y los jóvenes – Entornos seguros – Desaprobación pública de la violencia
Social	– Derechos del niño y derechos de género formalmente reconocidos – Vigencia de marcos jurídicos para prevenir y combatir la violencia – Normas que promueven la igualdad de género y los derechos de las mujeres y los niños – Políticas de lucha contra la vulnerabilidad económica y la discriminación

Tabla 2: Factores de protección de maltrato infantil. Elaboración propia (1,24–27).

3.4 Consecuencias y costos del maltrato infantil

El MI es un problema global con graves consecuencias físicas y psiquiátricas de por vida. Se asocia con importantes costos económicos y sociales debido a su alta prevalencia y consecuencias a corto y a largo plazo (1,23,28).

La evidencia da cuenta del impacto sobre la salud mental, el desarrollo social y los comportamientos de riesgo en la adolescencia y la adultez; como tabaquismo, conductas sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados, y consumo de alcohol y de estupefacientes; los cuales traen enlazadas algunas de las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad (1,24,25). Específicamente en salud mental, se asocia a estrés postraumático, ansiedad, depresión, baja autoestima, agresividad, dificultades en la regulación emocional y deficiente desempeño académico (1,24). La severidad de estas consecuencias dependerá de la intensidad del maltrato, cronicidad, características del NNA, el uso o no de violencia física, la relación entre el NNA y maltratador, el apoyo familiar y la respuesta del entorno (29).

A nivel económico, el impacto del MI se traduce en un incremento en los costos médicos directos, pérdida de ingresos personales y fiscales por muerte prematura, educación, servicios psicológicos y de atención social, servicios de protección, servicios de prevención o criminalidad adulta con penas de prisión por MI (1,25).

En Holanda, Thielen *et al.*, el año 2016, estimaron que por cada adulto con antecedentes de negligencia emocional y abuso sexual infantil, los costos anuales de excedentes ajustados, atribuibles a estas formas de maltrato eran de 1.360 euros y 1.591 euros, respectivamente (30).

El año 2015 en los Estados Unidos, el costo promedio del maltrato no fatal fue de 830.928 de dólares por niño y el costo del maltrato mortal fue de 16.615.186 dólares. Así también, la carga económica estimada para MI, basada en la incidencia estimada de casos incidentes anuales investigados fue de 2 trillones de dólares (28).

3.5 Detección del maltrato infantil y primera respuesta

La detección de una situación de MI durante la atención de salud, se refiere a la identificación de signos y señales que pueden alertar al equipo de salud sobre su existencia. Es el primer paso para interrumpir el maltrato (24).

El Ministerio de Salud de Chile (Minsal) sostiene que “el equipo de salud debe estar sensibilizado y atento frente a los signos y señales que puedan dar cuenta de una situación de maltrato en cualquiera de sus formas. Para ello, debe asegurarse que este tenga un nivel adecuado de información, comprensión y preparación para abordar oportuna y efectivamente este problema”. Dentro de las prestaciones que el Minsal reconoce como una oportunidad excepcional para su detección, por la especificidad, periodicidad y/u oportunidad, está la consulta odontológica (24).

Entre los profesionales de la salud, los odontólogos están en una de las posiciones más favorables para reconocer el MI, ya que entre 50% y el 75% de las lesiones reportadas involucran la región de la boca, la cara y el cuello (8–10,31). Sumado a esto, los procedimientos odontológicos suelen extenderse por más de una sesión, lo que ofrece un espacio de seguimiento y vínculo con el niño y su entorno familiar que facilita la apertura a estos temas (31).

El Informe Mundial de Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños y Niñas del año 2006, señala que mientras más temprana y precoz es la detección, mayores son las posibilidades de detener esta situación y prevenir sus consecuencias, puesto que se sabe que el potencial de daño para el niño aumenta en función de la frecuencia y gravedad de la violencia (3,29). Frecuentemente, la detección del MI muestra tasas muy bajas, por tanto, el equipo de salud tiene el enorme desafío de realizar una detección oportuna y activa del maltrato (24).

La primera respuesta consiste en acciones en salud que integren elementos clínicos, de orientación social y psicológica, destinados a interrumpir la situación de

maltrato, evitar su reiteración, y desarrollar acciones de protección y recuperación de los efectos adversos de la violencia (24). Esta respuesta se activa:

- En una exploración intencionada, el/la integrante del equipo de salud ha detectado maltrato al examinar al NNA a través de hallazgos de signos y síntomas y su evaluación.
- En el curso de una atención sanitaria se produce el relato espontáneo por parte de un NNA de una situación de violencia y maltrato.
- Se produce una revelación espontánea de un adulto.
- Una persona integrante del equipo ha detectado una situación de violencia y ha derivado la persona a otro profesional o técnico.

Activar una primera respuesta exige establecer flujogramas de derivación local para los equipos de salud, entre los cuales se incluya a los odontólogos; contar con equipos de salud capacitados en relación con los servicios locales de derivación y seguimiento de los casos en la red intersectorial; y conocer los aspectos legales vinculados a la protección infantil (24).

3.5.1 Detección del maltrato infantil en odontología

A continuación, se presentan signos claves que pueden ser pesquisados por el cirujano dentista, a través de su evaluación del territorio maxilofacial:

Maltrato físico

Las lesiones orales que pueden estar asociadas a MI incluyen: contusiones, quemaduras o laceraciones de la lengua, labios, mucosa bucal, paladar, encía, mucosa alveolar o frenillos; fracturas dentales, luxaciones, avulsiones, necrosis dentales, fracturas faciales y mandibulares. Estas lesiones pueden ser infligidas con instrumentos como utensilios para comer o biberones durante la alimentación forzada, o con las manos del agresor, líquidos hirviendo o sustancias cáusticas (10).

En términos más específicos se sugiere considerar:

- Las laceraciones en los frenillos orales en lactantes a menudo son el resultado del maltrato físico y con frecuencia se asocian con otros hallazgos de maltrato físico grave. Las manos o mordazas aplicadas con fuerza a la boca del NNA pueden resultar en equimosis, liquenificación o cicatrices en las comisuras (10).
- Las marcas o huellas de mordeduras agudas o en reparación pueden sugerir maltrato físico o abuso sexual. Se debe sospechar cuando se encuentran como equimosis, abrasiones o laceraciones en un patrón elíptico, en forma de herradura u ovoide, y pueden tener un área central de equimosis (10).

Es importante recordar que las lesiones bucales accidentales son frecuentes, y que pueden ser distinguidas del MI al contrastar sus características con el relato del paciente y su familia, y con las capacidades de desarrollo del niño o niña (10).

Abuso sexual

A pesar de que la cavidad oral es un sitio frecuente de abuso sexual infantil (ASI), es raro observar lesiones o infecciones sexuales orales. No obstante, si por medio del relato o hallazgos durante del examen clínico se confirma el contacto orogenital, se debe considerar los factores de riesgo además de la presentación clínica, para decidir si realizar pruebas para detección de infecciones de transmisión sexual.

En términos más específicos se sugiere considerar:

- La gonorrea oral y perioral en niños prepúberes es patognomónica del ASI, pero es poco frecuente; contrario a lo que ocurre en adolescentes, en los cuales la prevalencia es más alta (10).
- Si bien la infección por el virus del papiloma humano puede provocar verrugas orales o periorales, su modo de transmisión sigue siendo incierto. Esta

infección puede transmitirse por vía sexual a través del contacto orogenital, sin embargo, también puede ocurrir verticalmente de durante el parto, u horizontalmente a través del contacto no sexual entre las manos del cuidador y los genitales y/o la boca del lactante (32).

- Las petequias del paladar y otras lesiones inexplicables, particularmente en la unión del paladar duro y blando, pueden resultar de sexo oral forzado (10).

Negligencia parental

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define negligencia como el "fracaso deliberado de los padres o tutores, a pesar del acceso adecuado a la atención, para buscar y seguir el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucal esencial para una función adecuada, libre de dolor e infección". Por tanto, para considerar al padre o tutor como negligente, el profesional debe haber alertado adecuadamente al padre o tutor sobre la naturaleza y el alcance de la afección del NNA, el tratamiento específico y el mecanismo para acceder a éste (10).

3.6 Aspectos legales

La denuncia es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento de un posible delito a la autoridad correspondiente, por lo tanto, para denunciar es suficiente la sospecha de maltrato, su comprobación es función del Ministerio Público. Conforme a lo dispuesto en el artículo 175 del Código Procesal Penal están obligados a denunciar: los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares; en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud; y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas (33,34).

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código, es de "veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho". Cabe señalar en torno a este punto que quien omita realizar la denuncia incurre en las

sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal (34). Las denuncias pueden realizarse en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones, Ministerio Público y Tribunales de Familia (28).

En mayo del año 2017 fue promulgada la Ley 21.013, que tipifica como delito el MI y aumenta la protección de personas en situación especial. Esta ley sanciona al que de manera relevante maltrate corporalmente a NNA menor de dieciocho años de edad, a adultos mayores o a personas en situación de discapacidad (36).

3.7 Protección de la infancia

Para Unicef, la protección de la infancia se refiere a: "las labores de prevención y respuesta a la violencia, la explotación y el abuso contra niños y niñas, como por ejemplo la explotación sexual, la trata, el trabajo infantil y prácticas tradicionales perniciosas como la mutilación/excisión genital de la mujer y el matrimonio adolescente" (37).

En 1948, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclama que los NNA tienen derecho a cuidados y asistencia especial (38). Posteriormente, se elabora la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la cual es adoptada por la Naciones Unidas en el año 1989; en su artículo 19, relacionado con la protección contra los malos tratos, señala: "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" (38).

En 1990, Chile firmó y suscribió la CDN, asumiendo un compromiso con los NNA al reconocerlos como sujetos de derechos. Esta ratificación obliga al Estado a garantizar las condiciones para que NNA puedan hacer efectivo sus derechos por medio de la generación de políticas públicas, legislación e institucionalidad (38,39).

3.8 Estudios internacionales sobre maltrato infantil y odontología

En la literatura existe un gran número de estudios internacionales que tienen como objetivo evaluar el conocimiento, experiencia, actitud y/o práctica del odontólogo o del equipo dental en MI, a través de instrumentos tipo encuestas (11,12,46,47,13,14,40–45). Algunos de ellos se enfocan específicamente en maltrato físico infantil (17,48–50), otros estudian al odontólogo junto a otros profesionales de salud, como médicos y enfermeras (51–53); y otro grupo se centra en analizar las barreras que existen para realizar la denuncia ante la sospecha de MI (54,55). La Tabla 3 presenta una síntesis de algunos de estos estudios.

Estudio	N	País	Principales resultados
Cairns *et al.*, 2005	375	**Escocia**	19% consideró que el abuso y protección infantil formaba parte de su programa de pregrado. 29% de los dentistas habían sospechado casos de abusos. Sólo el 8% de casos sospechoso fue derivado.
Chadwick *et al.*, 2009	396	**Reino Unido**	37% de los encuestados recibió docencia formal en MI durante su pregrado. El 34% sospechó de MI en su vida profesional. El 18% del total indicaron que habían sospechado de MI, pero no lo informaron.
Sonbol, *et al.*, 2012	256	**Jordania**	El 34% de los encuestados recibió docencia formal en MI en pregrado. El 50% sospechó de MI en alguno de sus pacientes en los últimos 5 años. Solo el 12% informó los casos sospechosos.
Cukovic *et al.*, 2015	510	**Croacia**	El 26.27% ha tenido sospecha de MI durante su carrera y el 5,1% informaron su sospecha dentro los últimos 6 meses. El temor a la violencia hacia el niño y la falta de certeza en el diagnóstico fueron las barreras más frecuentes.
Uldum *et al.*, 2017	964	**Dinamarca**	El 9% recibió docencia formal en MI durante su pregrado. El 40,8% habría sospechado de algún caso de MI y de estos, el 50% habría referido a servicios sociales.
Al Hajeri *et al.*, 2018	381	**Emiratos Árabes Unidos**	El 59% recibió docencia formal en MI durante el pregrado. El 40% de los encuestados sospecharon de algún caso de MI. El 53,5% no conocía las pautas locales de protección infantil.

Tabla 3: Síntesis de evidencia científica. Elaboración propia, a partir de (11–14,43,45).

3.9 Adaptación cultural o transcultural

Se refiere a la producción de un instrumento equivalente adaptado a otra cultura (56), para lo cual se toma en consideración el contexto cultural, los giros idiomáticos y las diferencias en la percepción de la salud y la enfermedad de aquellas poblaciones en las cuales se desea aplicar. Encontramos las siguientes etapas (57):

- **Traducción inicial:** Se realiza la traducción conceptual del cuestionario, que debe ser hecha al menos por dos traductores independientes que sean profesionales calificados y que tengan como lengua materna el idioma de destino.

- **Versión de consenso**: Las traducciones son comparadas por los traductores. Se identifican y se discuten las discrepancias entre las versiones traducidas hasta alcanzar el consenso.

- **Retrotraducción:** La traducción inicial debe ser vertida nuevamente al idioma original por otros traductores que no hayan participado en la primera etapa y que trabajen de forma independiente.

- **Consolidación por comité de expertos:** Análisis de equivalencia semántica, idiomática y cultural de la versión final del cuestionario por un comité multidisciplinario para elaborar el texto final.

- **Prueba piloto o pre-test:** Su realización permite evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad.

4. SUPUESTOS DEL ESTUDIO

La evidencia científica internacional reporta bajo conocimiento y limitada experiencia en los odontólogos acerca del MI y protección infantil. A pesar de que a nivel nacional solo se ha realizado un único estudio sobre esta temática, y con este enfoque metodológico, se espera adaptar el cuestionario de Al Hajeri *et al.*, 2018, y a partir de este

instrumento obtener resultados con tendencia similar a los obtenidos en Emiratos Árabes Unidos, Dinamarca y Reino Unido; esto es, bajos niveles de formación, conocimiento y restringida práctica en relación al MI y protección infantil (11–14).

5. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el conocimiento, práctica y percepción de barreras sobre maltrato y protección infantil en odontólogos de Atención Primaria, en las comunas de Temuco y Padre las Casas.

Objetivos específicos

- Adaptar culturalmente el cuestionario original de Al Hajeri *et al.*, 2018.
- Identificar variables demográficas, sociales y educativas de los participantes del estudio.
- Caracterizar la práctica reportada por los odontólogos en casos de MI y el conocimiento de protocolos de protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas.
- Evaluar el conocimiento de los odontólogos sobre MI a partir de escenarios establecidos y la percepción sobre los factores que afectan en la denuncia de casos sospechosos de MI.
- Formular un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia recopilada y los resultados del estudio.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 Diseño metodológico

El enfoque metodológico corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo. No se plantearon hipótesis, puesto que éstas no se

formulan en estudios descriptivos, a excepción que se desee pronosticar datos, que no es el caso de esta investigación.

Se decide utilizar una metodología cuantitativa para la recolección de datos, a través de una encuesta, de manera de recoger información sobre las características del fenómeno en cuestión. La elección se basa en la revisión de la evidencia disponible y la factibilidad para llevar a cabo el estudio.

6.2 Marco muestral

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La población objetivo es la totalidad de odontólogos que trabajan en establecimientos de APS municipal de las comunas de Temuco y Padre las Casas. Quedarán excluidos del estudio solamente aquellos cirujanos dentistas que se nieguen a participar de la investigación.

6.3 Descripción del instrumento

El instrumento utilizado es el de la investigación "Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding", desarrollado el año 2018 por un grupo de investigadores de Emiratos Árabes Unidos y Reino Unido: H. Al Hajeri, M. Al Halabi, M. Kowash, A. H. Khamis, R. Welbury y I. Hussein, publicado en la *Revista Europea de Odontología Pediátrica* (11).

El cuestionario utilizado en ese estudio, se elaboró a partir de investigaciones previas Cairns *et al*., 2005 (12) y Chadwick *et al*., 2009 (13), realizando un proceso de adaptación cultural.

Los investigadores extranjeros fueron contactados vía correo electrónico de manera satisfactoria; facilitaron los cuestionarios originales de las publicaciones citadas, y además autorizaron su uso y adaptación, de manera de emplearlos de la mejor forma posible en el contexto local.

El cuestionario de Al Hajeri *et al*. consta de 18 preguntas con secciones: aspectos demográficos, conocimiento sobre MI, práctica y experiencia en relación al MI, escenarios establecidos de MI; y factores que influyen en la denuncia de casos de MI *(ver en Anexos)* (11).

La elección del instrumento se realizó en base a la revisión de la literatura existente con relación al conocimiento, experiencia y práctica de los odontólogos acerca del MI, limitando la búsqueda entre los años 2000 y 2019. Tras esta selección, se evaluó, entre otras cosas, el tipo de preguntas del estudio, el tamaño de la muestra y si el instrumento era original o estaba basado en otra publicación. La revisión de la literatura evidenció que un número importante de estudios utilizaban el instrumento de Cairns *et al* (11,13,14,41,42,44,47).

Se eligió el cuestionario de Al Hajeri *et al.* debido a que, a pesar de que se basa en el de Cairns *et al.*, presenta un nuevo ítem que facilita y hace más beneficioso el análisis del conocimiento sobre MI, por medio de algunos escenarios relacionados con niños.

6.4 Adaptación cultural

- **Traducción inicial:** En una primera etapa se realizaron dos traducciones conceptuales del instrumento al español neutro, manteniendo la estructura de la encuesta y evaluando la equivalencia semántica.

- **Retrotraducción o traducción inversa:** Se realizó la traducción del cuestionario a su idioma original por dos personas bilingües, partiendo de la traducción realizada previamente al español neutro**.**

- **Consolidación por comité de expertos:** Se conformó un comité multidisciplinar de expertos formado por siete profesionales que integran el área médica, odontológica y social vinculada a infancia; pertenecientes a entidades como la Subsecretaría de la Niñez de la región de la Araucanía, Oficina de Protección de

Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD) de la Municipalidad de Temuco y el Equipo para la Detección del Abuso y Maltrato Infantil (EDAMI), perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad de la Frontera *(ver en Anexos).*

La investigadora entabló una comunicación con cada experto, de forma presencial en la mayoría de los casos y también a través de correo electrónico. En cada una de estas instancias se les explicaron los objetivos y diseño del estudio, de manera de estar al tanto sobre sus etapas, para luego proceder al análisis del instrumento propiamente tal, es decir, de la versión obtenida en las etapas anteriores.

Cada experto efectuó una retroalimentación de los diferentes ítems del cuestionario, de forma profunda y detallada, analizando qué modificaciones serían pertinentes en el instrumento, de manera de asegurar que la nueva versión sea comprensible y equivalente al cuestionario original por medio de una validación cualitativa. Además, se les pidió específicamente en la pregunta 14 y 18 del cuestionario *(ver en Anexos)* manifestasen su acuerdo o desacuerdo con las respuestas preestablecidas como correctas en la publicación Al Hajeri *et al.*, 2018; y se inclinaran por una única opción, de manera de llegar a un consenso para las respuestas correctas de estos ítems.

Por lo tanto, a través de este panel de expertos se procuró lograr la equivalencia semántica, idiomática y cultural de la versión final del cuestionario.

- **Prueba piloto o pre-test:** En una siguiente fase se realizó un proceso de pilotaje o pre-test del instrumento a un número pequeño de odontólogos (n = 10). Además de responder el cuestionario, se les invitó a realizar observaciones generales de la encuesta, lo cual permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Asimismo, permitió entre otras cosas calcular el tiempo de respuesta para los encuestados y definir si estaba dentro de límites razonables, para posteriormente hacer los ajustes necesarios.

En relación a la validez del instrumento, definida como “la capacidad del cuestionario de medir aquel constructo para el que ha sido diseñado”, solo se comprobó la validez lógica o aparente del cuestionario, la cual evalúa el grado en el que los ítems del cuestionario parecen medir lo que se proponen, asegurando que sean adecuados (57). La validez aparente se evaluó por medio de juicio del comité de expertos, como se expresó anteriormente. En relación a la validez de criterio y de constructo no son aplicables a este tipo de cuestionario, ya que, primero no existe una prueba de referencia o “gold standard” para realizar una comparación y segundo las preguntas contempladas no se encuentran agrupadas por alguna dimensión y/o constructo específico, más bien busca una descripción de la situación y fenómeno.

6.5 Recolección de datos

El reclutamiento de los participantes se realizó por medio de contacto vía correo electrónico, en el cual se les explicó las características del estudio y se les invitó a participar. Para los participantes de Padre Las Casas se coordinó con el/la encargado/a del programa odontológico de cada centro, un día y hora para la visita presencial. Para el caso de Temuco, se adjuntó en el mismo mensaje electrónico el link para acceder al cuestionario digital.

El instrumento final se aplicó de manera presencial, y en formato papel, a los odontólogos de cada establecimiento de APS de la comuna de Padre Las Casas que aceptaron participar del estudio. Cada participante respondió la encuesta por separado en presencia de la investigadora, en su lugar de trabajo, de manera de resolver dudas en el caso de presentarse. El tiempo estimado de respuesta del cuestionario no superó los 10 a 15 minutos.

En la comuna de Temuco, producto de la contingencia generada a partir de la pandemia por COVID-19, la aplicación del cuestionario se ejecutó de manera digital. El consentimiento informado fue presentado junto con el instrumento, y tras la aceptación de

los términos de éste, se desplegó la encuesta para ser completada por cada participante del estudio.

La Figura 3 expone el proceso investigativo del estudio, el cual se desarrolló en el período contemplado entre diciembre de 2019 y julio de 2020.

Figura 3. *Síntesis de proceso investigativo. Elaboración propia*.

6.6 Análisis de resultados

Los datos extraídos a partir de los cuestionarios fueron tabulados, a través de Microsoft Excel ® y analizados en el software estadístico STATA versión 14 ®. Se realizó el análisis de estadística descriptiva para las secciones del cuestionario, a través de tablas de frecuencias para las variables categóricas y el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión, específicamente de media, mediana, desviación estándar y valores máximo y mínimo, para variables numéricas (*ver en Anexos, Tabla: análisis de resultados).*

Finalmente, se estimó un puntaje de respuestas correctas para los escenarios relacionados con MI (SoMI) y para las barreras relacionadas con la derivación a protección infantil (SoMIB). Para ambos casos, se dio una puntuación de 1 punto si la respuesta del encuestado se correlacionó con la respuesta preestablecida. Esto permitió

calcular SoMI, con un puntaje total de 12 puntos y para SoMIB, fue un puntaje total de 7 puntos.

6.8 Aspectos éticos

El estudio permitió objetivar y visualizar el inexplorado escenario del rol del odontólogo en el reconocimiento y referencia de casos de MI, de manera de hacer recomendaciones generales a nivel local en una etapa inicial. En este sentido, la ejecución de la investigación no benefició directamente a los participantes, sin embargo, la información que se obtuvo es de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio y eventualmente tomar medidas locales que podrían beneficiar a la población infantil con riesgo de vulneración que asiste a estos centros de salud.

De este modo, durante el desarrollo del estudio se garantizó un balance beneficio/ riesgo favorable para los participantes, ya que sólo se realizaron procedimientos de bajo riesgo; el protocolo contempló todos los resguardos necesarios para la seguridad y bienestar de los participantes, como el resguardo de la confidencialidad de los datos sensibles identificables de los participantes, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo de su intimidad. Así también, los participantes ingresaron voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales de la investigación, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados de la investigación.

El proyecto se aprobó satisfactoriamente por el Comité Ético Científico, de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEC MED-UC), en la sesión N° 21, del 10 de diciembre del año 2019. Además, el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur (CEC-SSAS), el 3 de enero de 2020 *(ver en Anexos).*

El protocolo fue evaluado a su vez por el Comité Directivo del Departamento de Salud de Temuco, aprobado para su realización el 6 de marzo de 2020. Asimismo, se

autorizó, el 16 de enero de 2020, la implementación del proyecto en la comuna de Padre Las Casas por parte del Director de Salud Municipal *(ver en Anexos).*

Posteriormente, a raíz de la pandemia, se presentó a ambos comités éticos científicos una Enmienda del Protocolo de Investigación, particularmente centrado en la aplicación del instrumento de manera digital, la que fue aprobada de forma expedita el 1 y 9 de abril del presente año, por el CEC-SSAS y CEC-MEDUC, respectivamente *(ver en Anexos).*

6.9 Estrategias de comunicación y diseminación

En primer lugar, se entabló la comunicación con el consejo técnico y/o director de los departamentos de salud municipal de cada comuna, una vez que el proyecto fue aprobado por el CEC-SSAS y CEC-MEDUC, de manera de explicar detalladamente el propósito y las etapas posteriores para la implementación. Posterior a ello, se contactó a los directores de los establecimientos de APS y los participantes del estudio, a través de correo electrónico, con el fin de incentivar su colaboración e informar posteriormente las fechas específicas para la ejecución.

Por otro lado, cabe destacar que como parte del proceso de elaboración de la versión final del instrumento se tuvo reuniones con profesionales pertenecientes a la Subsecretaría de la Niñez de la región de la Araucanía, OPD de la Municipalidad de Temuco y EDAMI, perteneciente a la Universidad de la Frontera *(ver en Anexos).*

Finalmente, en etapas posteriores se realizará la difusión de un resumen de los resultados a los participantes y se entregará una síntesis de recomendaciones a los actores involucrados.

Particularmente a la futura participación en congresos y /o seminarios, se priorizarán instancias del área de Salud Familiar y APS, así también respecto a la decisión de publicación en revistas científicas.

7. RESULTADOS

Los resultados del estudio, se dividirán en secciones de demografía (Tabla 4), conocimiento y conciencia sobre MI (Tabla 5, 6 y Figura 4), práctica en relación con MI (Tabla 8 y Figura 5), percepción sobre escenarios relacionados a MI (Tabla 10 y Figura 6) y factores que afectan en la derivación de casos sospechosos de MI (Tabla 12 y Figura 7).

7.1 Características demográficas.

Se recolectó y analizó un total de 74 cuestionarios, con una tasa de respuesta del 85%. La población de estudio consistió en odontólogos de los establecimientos de APS de las comunas de Padre Las Casas y Temuco. Participaron profesionales chilenos con estudios universitarios en el mismo país y en su mayoría odontólogos generales (83,78%). Las mujeres representaron el 59,46% de la muestra (Tabla 5).

Variables Demográficas	n (%)
Género	
Masculino	30 (40,54)
Femenino	44 (59,46)
Nacionalidad	
Chilena	74 (100)
Especialidad	
General	62 (83,78)
Odontopediatría	4 (5,41)
Ortodoncia	1 (1,35)
Endodoncia	2 (4,05)
Salud Pública	1 (2,7)
Implantología Bucomaxilofacial	2 (2,7)
Imagenología Oral y Maxilofacial	1 (1,35)
Endodoncia y Salud Pública	1 (1,35)
País de estudio	
Chile	74 (100)

Tabla 4: Características demográficas de los participantes del estudio.

7.2 Conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil

A partir de la Tabla 5 y Figura 4, se observa que el total de los encuestados consideró que cualquier acusación de daño infantil causada por un adulto debe ser tomada en cuenta. En contraste, la minoría de los participantes (n = 4) estuvo de acuerdo con que los NNA maltratados revelan este hecho al poco tiempo de haber sucedido (5,41%), y solo el 4,05% (n = 3) estuvo de acuerdo en que los odontólogos se encontraban bien preparados para reconocer MI. Además, se observa que la mayoría (n = 63) no recibió formación sobre maltrato y protección infantil como estudiante de pregrado ni participó en actividades de perfeccionamiento ya como egresado (13,51% y 14,86% respectivamente). El 40,54 % (n = 30) de los participantes declaró conocer los protocolos de protección infantil a nivel local.

7.2.1 Conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil, según género y especialidad

El análisis del conocimiento y conciencia sobre MI, según género y especialidad se presentan en la Tabla 6, que contempla solo los datos de los participantes que tuvieron una respuesta positiva (“Sí”) para estas preguntas. Se observa que del total de hombres de la muestra (n = 30), el 6,67% y 20% tuvo estudios de MI de pregrado y postgrado, respectivamente. Además, el 36,67% (n = 11) afirmó conocer los protocolos locales sobre protección infantil. En el caso de las mujeres (n = 44), el 18,18% y 11,36% tuvo estudios de MI de pregrado y postgrado, respectivamente. El 43,18% (n = 19) informó conocer los protocolos sobre protección infantil en su lugar de trabajo. Así, para el caso de especialistas (n = 12), el 58,33% respondió estar al tanto de los protocolos, mientras que el 37,10% de los odontólogos generales afirmó lo mismo.

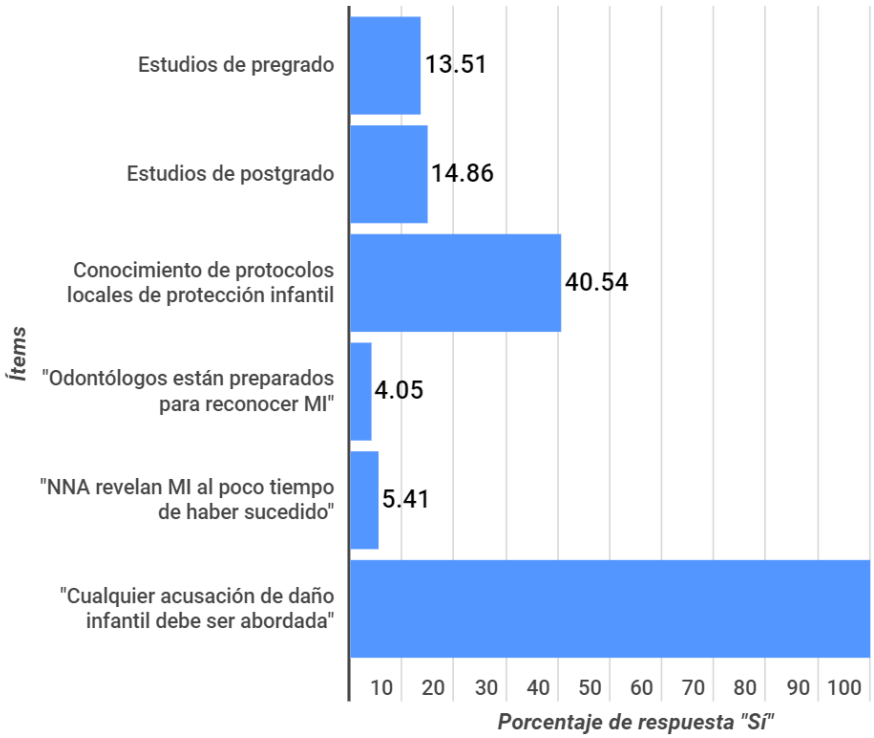


Figura 4. *Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de los participantes. Respuesta "Sí". MI: maltrato infantil. NNA: niños, niñas y/o adolescentes.*

Conocimiento y Conciencia sobre MI	En el programa formal de estudios de pregrado de su carrera: ¿recibió formación específica acerca de Maltrato y Protección infantil?		Ya como odontólogo: ¿ha participado de alguna actividad de perfeccionamiento que incluya los temas de Maltrato y Protección infantil?		¿Conoce los protocolos sobre protección infantil en su lugar de trabajo, a nivel local de CESFAM y/o CECOSF?		¿Cree usted que la mayoría de los odontólogos están bien preparados para reconocer conductas, síntomas y/o signos que puedan ser atribuidos a MI?		¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación: "Normalmente, los/as niños/as que han sido maltratados cuentan sobre eso al poco tiempo"?		Si un/una niño/a expresa espontáneamente que un adulto le ha causado daño, ¿la acusación debe ser tomada en cuenta?	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	**10**	**13,51**	**11**	**14,86**	**30**	**40,54**	**3**	**4,05**	**4**	**5,41**	**74**	**100**
NO	64	86,49	63	85,14	44	59,46	71	95,95	70	94,59	0	0

Tabla 5: Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de odontólogos de APS, en Temuco y Padre Las Casas, 2020. MI: maltrato infantil.CESFAM: Centro de salud familiar. CECOSF: Centro comunitario de salud familiar.

Conocimiento y Conciencia sobre MI	En el programa formal de estudios de pregrado de su carrera: ¿recibió formación específica acerca de Maltrato y Protección infantil (Sí)	Ya como odontólogo: ¿ha participado de alguna actividad de perfeccionamiento que incluya los temas de Maltrato y Protección infantil? (Sí)	¿Conoce los protocolos sobre protección infantil en su lugar de trabajo, a nivel local de CESFAM y/o CECOSF? (Sí)	¿Cree usted que la mayoría de los odontólogos están bien preparados para reconocer conductas, síntomas y/o signos que puedan ser atribuidos a MI? (Sí)	¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación: "Normalmente, los/as niños/as que han sido maltratados cuentan sobre eso al poco tiempo"? (Sí)	Si un/una niño/a expresa espontáneamente que un adulto le ha causado daño, ¿la acusación debe ser tomada en cuenta? (Sí)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Género						
M (n= 30)	2 (6,67)	6 (20)	11 (36,67)	2 (6,67)	1 (3,33)	30 (100)
F (n= 44)	8 (18,18)	5 (11,36)	19 (43,18)	1 (2,27)	3 (6,82)	44 (100)
Especialidad						
Sí (n= 12)	1 (8,33)	3 (25)	7 (58,33)	0	0	12 (100)
No (n= 62)	9 (14,52)	8 (12,90)	23 (37,10)	3 (4,84)	4 (6,45)	62 (100)

Tabla 6: Resultados de conocimiento y conciencia sobre maltrato infantil de odontólogos de APS, según género y especialidad. Respuestas "sí". M: masculino, F:femenino. MI: maltrato infantil. CESFAM: Centro de salud familiar. CECOSF: Centro comunitario de salud familiar.

7.3 Práctica en maltrato infantil

Respecto a la experiencia profesional del total de participantes, se observó una media de 8,09 años, con una desviación estándar (D.S) de 6,54 años de experiencia. La media de pacientes menores de 18 años atendidos a la semana por los participantes durante los últimos seis meses fue de 39,73 NNA (D.S 19,87) (Tabla 7 y Figura 5).

La mayoría de los encuestados (n = 59) informaron que habían "sospechado alguna vez" de MI en su práctica. Cuando se les preguntó sobre el número de ocasiones en que sospecharon casos de MI en los últimos cinco años, reportaron una media de 7,07 ocasiones (D.S 6,54). Respecto a la sospecha de presuntos casos de maltrato físico infantil en los últimos seis meses, el 27,03% (n = 20) había sospechado tales casos.

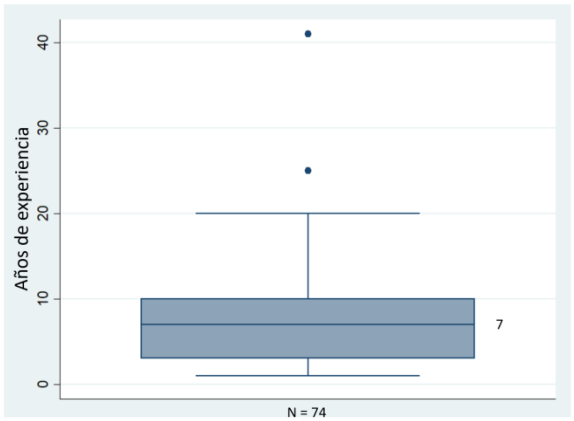
Práctica en maltrato infantil	
	n (%)
¿Ha sospechado alguna vez de maltrato y/o negligencia infantil en uno o más de sus pacientes? **(Sí)**	59 (79,73)
¿Ha visto algún caso en el que haya sospechado de maltrato físico infantil en los últimos seis meses, dentro de su trabajo en atención primaria? **(Sí)**	20 (27,03)
Odontólogos que han atendido más de un paciente menos de 18 años a la semana, durante los últimos 6 meses.	72 (97,30)
Odontólogos que han sospechado de MI, en los últimos 5 años.	58 (78,38)

Tabla 7 A

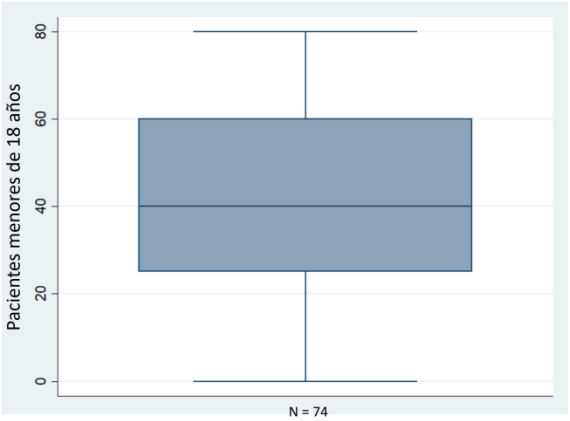
	n	Media ± D.S	Mediana	Mín- Máx
Años de experiencia en la práctica dental	74	8,09 ± 6,54	7	1 - 41
Pacientes menores de 18 años atendidos a la semana, durante los últimos 6 meses	74	39,73 ± 19,87	40	0 - 80
Número de casos en los cuales el odontólogo ha sospechado de MI en los últimos 5 años	58	7,07 ± 10,41	3	1 - 50

Tabla 7 B

Tabla 7 A-B: Práctica en maltrato infantil de odontólogos de APS de Temuco y Padre Las Casas, 2020.



(A)



(B)

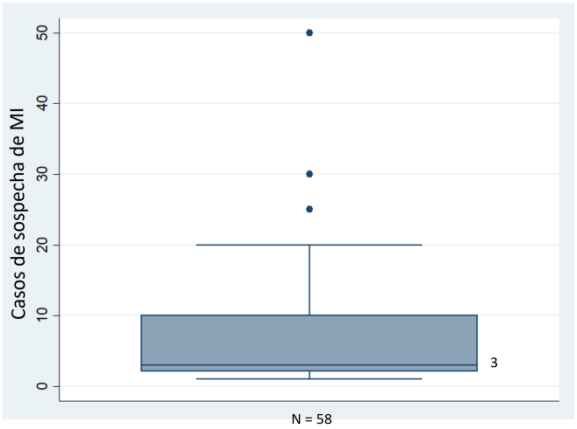


Figura 5. *Box plot de años de experiencia en práctica dental(A), atención de pacientes menores de 18 años atendidos semanalmente (B) y casos de sospecha de maltrato infantil (C).*

7.3. Práctica en maltrato infantil, según género y especialidad

El análisis de la práctica en MI según género y especialidad, se presentan en la Tabla 8. Del total de participantes hombres, el 73,22 % (n = 22) ha sospechado alguna vez de MI en su práctica profesional, mientras que el 84,09% (n = 37) de las mujeres lo ha realizado. Respecto a la sospecha de maltrato físico en los últimos seis meses, para el caso de los hombres la cifra de sospecha fue de 30% (n = 9) y para las mujeres asciende en un 25% (n = 11). Al diferenciar el análisis entre especialistas versus odontólogos generales; de estos últimos (n = 62), el 79,03 % ha sospechado alguna vez de MI, mientras que 83,33% en el otro grupo (n = 12).

	¿Ha sospechado alguna vez de maltrato y/o negligencia infantil en uno o más de sus pacientes? **(Sí)**	¿Ha visto algún caso en el que haya sospechado de MI físico en los últimos 6 meses? **(Sí)**
Género		
M (n= 30)	22 (73,22)	9 (30)
F (n= 44)	37 (84,09)	11(25)
Especialidad		
Sí (n= 12)	10 (83,33)	4 (33,33)
No (n= 62)	49 (79,03)	16 (25,81)

Tabla 8: Sospecha de maltrato infantil entre los participantes, según género y especialidad. Respuesta "sí". M: masculino, F: femenino. MI: maltrato infantil.

7.4 Percepción de escenarios sobre maltrato infantil

Se les pidió a los participantes categorizar ciertos escenarios que podrían generar sospecha de una situación de maltrato, negligencia, ambos o no corresponder a indicador de sospecha. En la Tabla 9 se observa el detalle de los resultados para cada escenario.

La definición de las respuestas correctas, se realizó a partir del consenso del comité de expertos y se observan en la Tabla 9 como áreas sombreadas. Se dio una puntuación de un punto por escenario correcto, si la respuesta de un encuestado se correlacionó con

la respuesta preestablecida acordada. Esto permitió calcular un puntaje de respuestas correctas (SoMI), con un puntaje total de 12 puntos.

En el Tabla 9 y Figura 6, se observa que solo dos de los doce escenarios planteados, no coincidieron simultáneamente en la respuesta correcta preestablecida y con el porcentaje de mayor preferencia de los participantes. En la Tabla 10, se advierte que, para el total de participantes, la media de SoMI fue 7,81 (D.S 2,17), respecto al puntaje ideal de 12 puntos.

Por último, al realizar el análisis por género y especialidad de SoMI (Tabla 10 y Figura 7), la media de los hombres fue de 8,03 (D.S 2,30) puntos y la de las mujeres fue de 7,66 (DS. 2,10) puntos. Respecto, a los odontólogos generales versus los especialistas, estos últimos tuvieron una media de 8,25 (D.S 2,05) puntos, mientras que la de los participantes sin especialidad fue 7,73 (D.S 2,20).

Escenarios relacionados con el Maltrato Infantil.	Criterio de sospecha para **Maltrato (n, %)**	Criterio de sospecha para **Negligencia (n, %)**	Criterio de sospecha para **Ambos (n, %)**	**No es** un criterio de sospecha **(n, %)**
Un/a niño/a de 5 años desatendido por los padres y/o cuidador en un centro comercial.	3 (4,05)	**52 (70,27)**	8 (10,81)	11 (14,86)
Madre y/o padre que no le presta atención a la ropa e higiene de su hijo/a de 7 años, en reiteradas ocasiones.	6 (8,11)	**49 (66,22)**	19 (25,68)	0 (0)
Padres que dejan a su hijo/a de 7 años solo en casa para ir de compras al supermercado.	6 (8,11)	**52 (70,27)**	11 (14,86)	5 (6,76)

Padres que pierden numerosas citas con el dentista, teniendo conocimiento que su hijo tiene caries profundas.	12 (16,22)	**43 (58,11)**	19 (25,68)	0 (0)
Padres que ridiculizan y/o amenazan verbalmente a su hijo/a por no abrir su boca durante el tratamiento dental.	**57 (77,03)**	4 (5,41)	11 (14,86)	2 (2,70)
Un/a niño/a de 10 años que no va permanentemente a la escuela porque trabaja con su padre.	20 (27,03)	26 (35,14)	**28 (37,84)**	0 (0)
Padres que continuamente reagendan las citas de su hijo/a al dentista, sin una causa válida que lo justifique.	5 (6,76)	**51 (68,92)**	12 (16,22)	6 (8,11)
Un/a niño/a de 9 años con desarrollo normal a su edad, que asiste con hematomas sobre prominencias óseas (rodilla, cara anterior de pierna, codo).	**40 (54,05)**	5 (6,76)	12 (16,22)	17 (22,97)
Un/a niño/a que asiste con lesiones sugerentes de quemaduras por cigarro en su rostro.	**62 (83,78)**	2 (2,70)	10 (13,51)	0 (0)
Un/a niño/a que asiste con huellas de mordeduras humanas de adulto en su mejilla.	**62 (83,78)**	2 (2,70)	10 (13,51)	0 (0)
Un/a niño/a escolar que asiste con lesiones, y una historia confusa, no compatible con la lesión.	**56 (75,68)**	2 (2,70)	15 (20,27)	1 (1,35)
Un/a niño/a vestido adecuadamente y feliz que tiene múltiples dientes cariados en su boca.	7 (9,46)	**50 (67,57)**	10 (13,51)	7 (9,46)

Tabla 9: Percepción de los participantes sobre los escenarios relacionados con maltrato infantil.

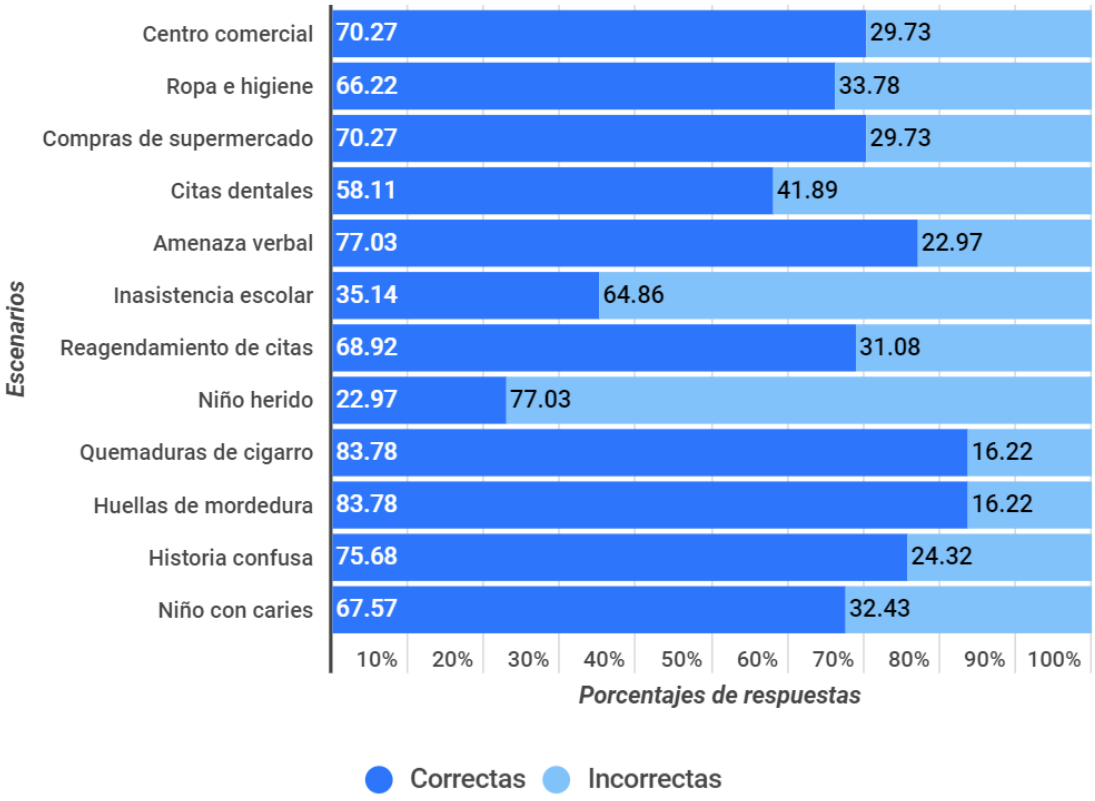
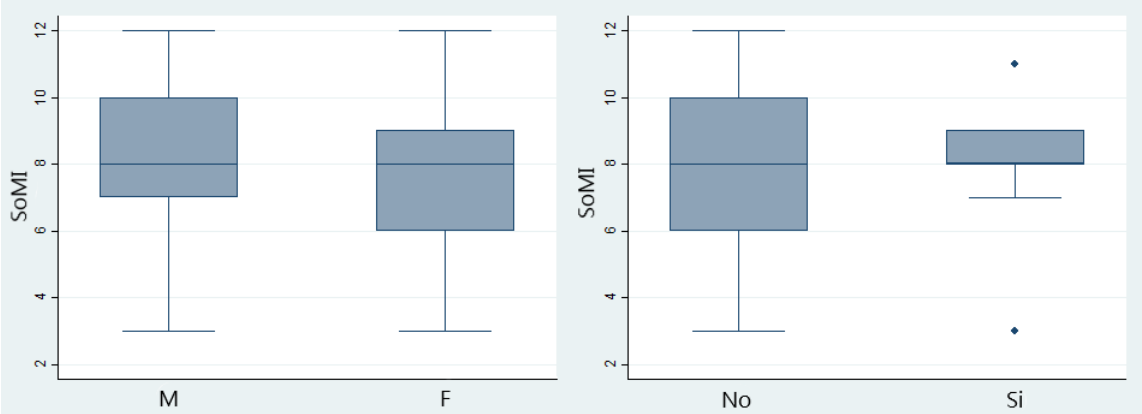


Figura 6. *Respuestas correctas versus incorrectas de los 12 escenarios sobre maltrato infantil descritos en la Tabla 10 entre los participantes del estudio.*

Puntuación respuestas correctas sobre escenarios de maltrato infantil				
SoMI	**N**	**Media ± D.S**	**Mediana**	**Mín- Máx**
SoMI total de participantes	74	7,81 ± 2,17	8	3 - 12
Género M F	 30 44	 8,03 ± 2,30 7,66 ± 2,10	 8 8	 3 – 12 3 – 12
Especialidad Sí No	 12 62	 8,25 ± 2,05 7,73 ± 2,20	 8 8	 3 – 11 3 – 12

Tabla 10: Medidas de tendencia central de puntuación de respuestas correctas sobre escenarios de maltrato infantil (SoMI) en el total de participantes, según género y especialidad. M: masculino, F: femenino.



(A) (B)

Figura 7*. Box plot de puntuación de respuestas correctas sobre escenarios de maltrato infantil (SoMI), según género (A) y especialidad (B). M: masculino, F: femenino.*

7.5 Factores que afectan en la derivación de maltrato infantil.

Los resultados de esta sección se encuentran en la Tabla 11 y la Figura 8. Se les preguntó a los participantes, si ciertos factores podrían afectar en su decisión de hacer una derivación en caso de sospecha de MI (respuesta Sí / No).

Dentro de los factores más frecuentes se encontraron en el primer lugar la falta de certeza de diagnóstico y el temor a las consecuencias para el NNA debido a la intervención de las agencias estatales de protección infantil (72,97 %); le sigue el temor a agravar la violencia familiar hacia el/la niño/a y por último la falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación, con el 68,92% y 62,16 %, respectivamente.

Se acordó que ninguno de los siete factores debería influir en la decisión de los odontólogos de hacer una derivación a protección infantil, en aquellos casos en el que se sospeche de MI (áreas sombreadas en Tabla 11). Esto permitió calcular la puntuación de respuestas correctas (SoMIB), con un puntaje total de 7 puntos. La media de SoMIB para todos los participantes fue 3,54 puntos (D.S 1,95). Ver la Tabla 12.

Finalmente, al realizar el análisis por género y especialidad de SoMIB (Tabla 12 y Figura 9); la media de los hombres fue de 3,73 puntos (D.S 2,05) y 3,44 puntos (DS. 1,88), para el caso de las mujeres. Respecto, a los odontólogos generales versus los especialistas, estos últimos tuvieron una media de 3,92 puntos (D.S 2,19), mientras que para los participantes sin especialidad fue 3,47 puntos (D.S 1,91).

¿Podría alguno de los siguientes factores afectar su decisión de derivar o no un caso en el que sospeche de maltrato infantil en APS?	**No (n, %)**	**Sí (n, %)**
i. Preocupaciones sobre el impacto en la práctica (financiero, tiempo que toma, pérdida de ingresos).	**72 (97,30)**	2 (2,70)
ii. Temor a agravar la violencia familiar hacia el/la niño/a.	23 (31,08)	**51 (68,92)**
iii. Temor a represalias por parte de la familia.	**44 (59,46)**	30 (40,54)
iv. Temor al proceso legal en el que usted podría verse involucrado.	**47 (63,51)**	27 (36,49)
v. Temor de las consecuencias para el/la niño/a, debido a la intervención de las agencias estatales de protección infantil.	20 (27,03)	**54 (72,97)**
vi. Falta de conocimiento respecto de los procedimientos para la derivación.	28 (37,84)	**46 (62,16)**
vii. Falta de certeza en el diagnóstico.	20 (27,03)	**54 (72,97)**

Tabla 11: Resultados sobre los factores que afectan en la derivación de casos sospechosos de maltrato infantil entre los participantes del estudio.

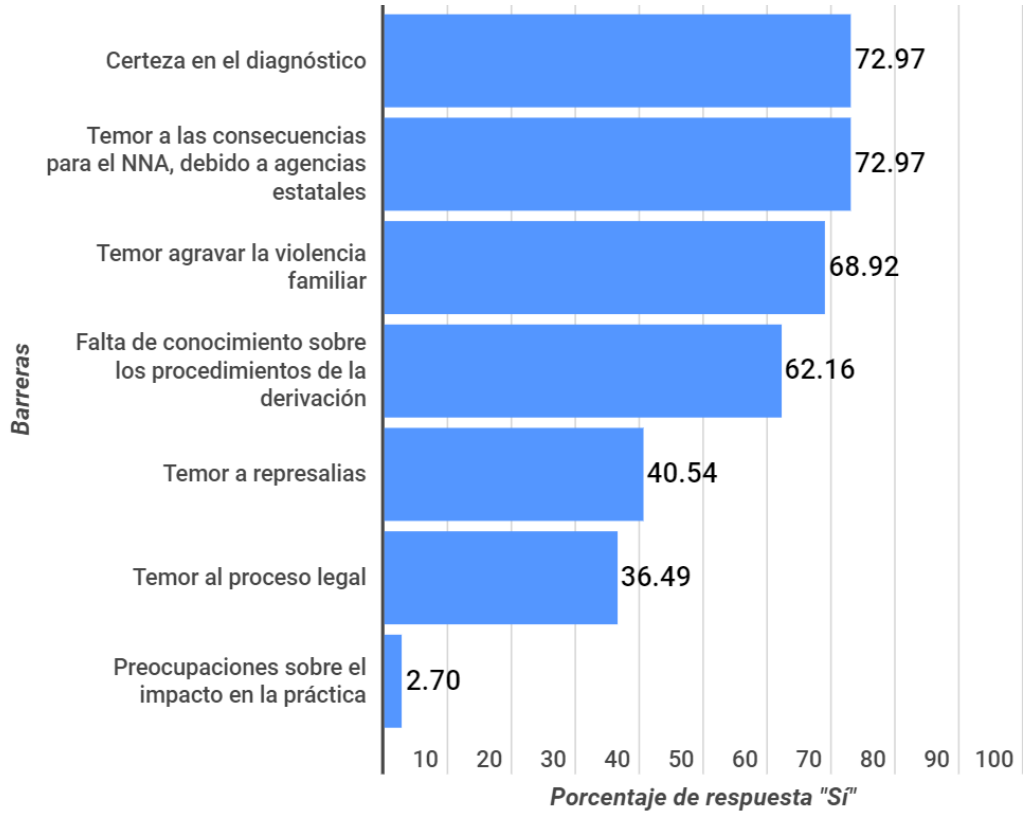
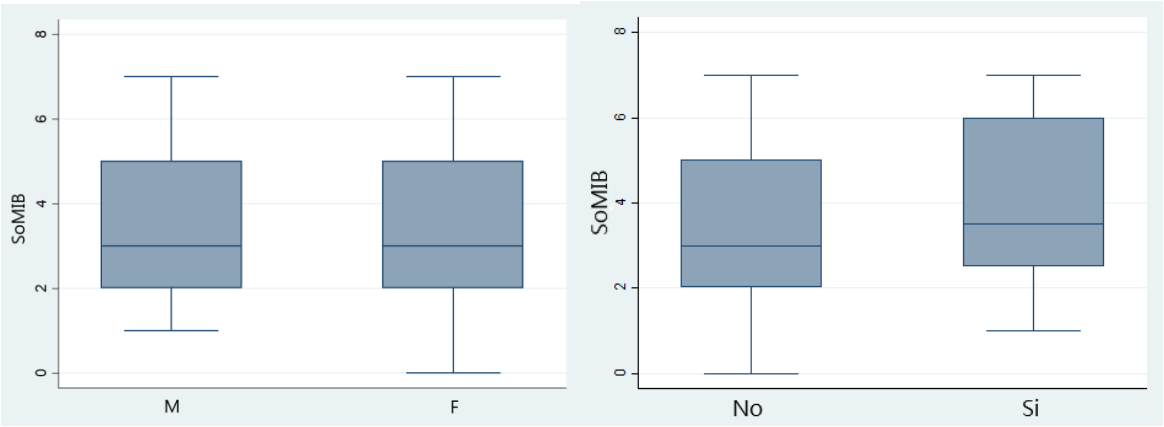


Figura 8. *Resultados sobre los factores que afectan en la derivación de casos sospechosos de maltrato infantil. Respuesta "Sí".*

Puntuación de respuestas correctas de factores de derivación				
	n	**Media ± D.S**	**Mediana**	**Mín- Máx**
SoMIB en el total de participantes	74	3,54 ± 1,95	3	0 – 7
Género M F	 30 44	 3,73 ± 2,05 3,41 ± 1,88	 3 3	 1 – 7 0 – 7
Especialidad Sí No	 12 62	 3,92 ± 2,19 3,47 ± 1,91	 3,5 3	 1 – 7 0 – 7

Tabla 12: Medidas de tendencia central de la puntuación de respuestas correctas de los factores de derivación de maltrato infantil (SoMIB)en el total de participantes, según género y especialidad. M: masculino, F: femenino.



(A) (B)

Figura 9*. Box plot de respuestas correctas de los factores de derivación de maltrato infantil (SoMIB), según género (A) y especialidad (B). M: masculino, F: femenino.*

8. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento, práctica y percepción de las barreras sobre maltrato y protección infantil en odontólogos de Atención Primaria, en las comunas de Temuco y Padre las Casas, de la Región de La Araucanía.

Los odontólogos están en una de las posiciones más favorables para reconocer el MI, debido a sus competencias clínicas en la región de la cabeza y el cuello del NNA, área donde se presentan más del 50% de las lesiones en las víctimas (8–10). Sus conocimientos y actitudes frente a este tipo de situaciones son cruciales para interrumpir el MI, y al mismo tiempo planificar estrategias para mejorar su detección, derivación y denuncia.

Los resultados de este estudio siguen una tendencia bastante similar a la observada en las investigaciones realizadas en Emiratos Árabes Unidos, Dinamarca, Escocia y Reino Unido (11–14), es decir, bajos niveles de formación y conocimiento sobre MI y protección infantil; barreras similares a las expuestas en la evidencia internacional, siendo las principales: dudas en el diagnóstico, miedo a consecuencias negativas para el NNA y falta

de conocimiento sobre procedimientos de notificación y derivación a las instituciones pertinentes. A diferencia de los reportes extranjeros, aparece como barrera relevante el temor por la intervención de agencias estatales.

En este estudio se logró capturar una muestra pequeña de 74 odontólogos, con una tasa de respuesta de 85%, siendo bastante apropiada en relación a los 87 profesionales que se invitaron a participar en el nivel primario de salud. De la muestra, la mayoría fueron odontólogos generales (83,8%), siendo muy similar a lo observado en otros estudios internacionales (11–13,43,44). No obstante, al compararlo con el único estudio nacional de Fierro *et al.* (15), se observa que éste presenta un mayor número de especialistas en la muestra, debido a que incluyó a profesionales que trabajaban en un centro hospitalario de mayor complejidad. El número de especialistas reclutados en este estudio fue pequeño (n = 12), por tanto, no es posible sacar conclusiones de los resultados ni comparaciones entre los diferentes especialistas.

El estudio mostró que menos del 20% de los encuestados habían recibido formación en temas de Maltrato y Protección infantil, tanto en la etapa de pregrado como posterior a su egreso (13,5% y 14,9% respectivamente). Estas cifras contrastan con las reportadas por estudios internacionales, significativamente más altas, Cairns *et al.* en Escocia (19% y 16%), Uldum *et al.* en Dinamarca (15% y 20%), Sonbol *et al.* en Jordania (34% y 41%), Chadwick *et al.* en Reino Unido (37% y 63%), y Al Hajeri *et al.* en Emiratos Árabes (59% y 54%) (11–13,43,47). Fierro *et al.* en Chile, mostró que la formación en ambas etapas fue entorno al 10% para pregrado y 19% para postgrado, aproximándose a lo encontrado en este estudio.

Estudios internacionales reportan la necesidad de los odontólogos en mejorar el conocimiento sobre MI y protección infantil (67% en Chadwick *et al.*, 83% en Manea *et al.*, 80% en Harris *et al.*, 92% en Laud *et al.*, y 80% en Cukovic *et al.*), de manera de avanzar tanto en el plan de estudios de pregrado como de postgrado proporcionando mayor conocimiento y habilidades para detectar e informar casos de MI (13,40,41,44,58).

Los resultados locales exponen un ámbito en el que las universidades nacionales están al debe en la formación y compromiso de los futuros profesionales de la salud en esta materia, especialmente en la carrera de Odontología. Es así que, la Asociación Chilena de Enseñanza en Odontología, informó para el 2015 que dentro de las asignaturas de pregrado de "Odontología Legal" impartidas por once universidades nacionales, sólo una facultad de odontología abordaba el tópico "Abuso y Maltrato Infantil" (33).

Respecto a los protocolos locales de protección infantil, un 40.5% de los participantes declaró conocerlos. Esta cifra es similar a lo reportado por los estudios de Reino Unido y Emiratos Árabes Unidos (37% y 46,5%, respectivamente) (11,41), y superior a las investigaciones realizadas en Escocia, Croacia y Grecia (10%, 11,4%, 22,6%, respectivamente) (12,44,45). No obstante, cuando se les preguntó sobre su percepción en relación a si los odontólogos estaban lo suficientemente preparados para reconocer MI en la consulta de un NNA, sólo un 4% de los encuestados estuvo de acuerdo con esta afirmación. Este valor es significativamente menor que lo reportado por estudios similares, que muestran cifras cercanas al 50% (11,12,41,44,45). Sin lugar a dudas, estos hallazgos son desalentadores, y pueden sugerir una relación con la limitada formación encontrada en pregrado y postgrado de los participantes.

La mayoría de los NNA, víctimas de MI no dan aviso a los profesionales y en consecuencia continúan sufriendo los daños (11). El presente estudio mostró que más del 90% de los odontólogos no estuvo de acuerdo con la afirmación que los (as) niños (as) víctimas informen a terceras personas de la ocurrencia de una situación de MI poco después de que éste se haya producido, mostrando diferencia a lo observado en los estudios de Emiratos Árabes Unidos y Jordania (59,8% y 29% respectivamente) (11,43). Es más, el total de los participantes consideró que cualquier acusación de daño infantil debe ser abordada, cifra muy similar a lo presentado en las publicaciones de Emiratos Árabes Unidos y Jordania (90,8% y 96% respectivamente) (11,43), siendo un acierto por gran parte de los encuestados al reconocer indicadores sociales de este fenómeno, lo que

se pudiera traducir presuntamente en que su actitud fuese de mayor alerta y sensibilidad frente a tipo de casos.

El 79.7% de los encuestados (n = 59) declararon haber sospechado de MI en alguno de sus pacientes, siendo un número muy preocupante y superior a lo visto en estudios previos, que no superaron el 50% de la muestra (11–13,40,42–45,47), incluido el estudio nacional (15). Cuando se les preguntó a los participantes si habían sospechado de maltrato físico en los últimos 6 meses, alrededor del 27% respondió positivamente, lo que fue levemente superior a lo informado en otros lugares, como es el caso de Emiratos Árabes Unidos, Grecia, Arabia Saudita e India (16%, 7%, 11% y 7%, respectivamente) (11,17,44,46). Frente a estos resultados, surge la interrogante acerca de cuál es el motivo de la alta sospecha de MI visto entre los participantes. Para responder a esta pregunta se puede pensar en múltiples alternativas, que van desde limitaciones metodológicas, como fue por ejemplo el tamaño muestral, hasta una falta de identificación y especificidad del tipo de maltrato que más comúnmente es sospechado por los odontólogos, ya que, como extrañamente se ha visto en otros estudios los profesionales frecuentemente confunden y asocian erróneamente la pobreza con MI (17), como puede ser la desatención o negligencia en el cuidado de los NNA, específicamente a lo que se refiere a los niveles de salud bucal, donde es posible que el gran daño bucal que diagnostican los odontólogos responde a la precariedad en que viven las personas y/o al desconocimiento de los padres sobre los cuidados de salud oral e incluso la imposibilidad acceder a un tratamiento odontológico. Sin embargo, esta discusión está fuera del alcance de este estudio, por lo que podría ser abordada en una futura investigación.

Frente a la sospecha de MI, la evidencia muestra que el reporte y/o derivación a las autoridades correspondientes por parte de los profesionales es menor en comparación con los casos en que indicaron tener la sospecha (12,15,40,41,43–45,47), siendo un hallazgo muy alarmante, ya que indica que no se está procurando salvaguardar el bienestar del NNA.

La literatura señala que los dentistas consideran difícil la decisión de derivar casos de MI (11). Al igual que en otros estudios, en éste se observan diferentes factores que los odontólogos adjudican como explicaciones, siendo el más frecuente la falta de certeza en el diagnóstico (73%). Este hallazgo es similar a lo encontrado en los estudios previos (12,13,41–45,47), aunque comparativamente más alto; sobrepasado solamente por el 88% y 78% informados en los estudios de Escocia y Reino Unido respectivamente (12,41).

Existe evidencia de que los dentistas formados en detección de signos y síntomas de MI, tienen cinco veces más probabilidades de informarlo que aquellos que no lo son (13). Así también, se ha visto que la calidad de la educación dental es un factor importante para aumentar la detección e identificación del MI (43). Por lo tanto, es relevante garantizar la confianza del dentista en su diagnóstico en la medida de lo posible (13). No obstante, para la activación de la primera respuesta y/o denuncia de MI es suficiente tener la sospecha del hecho; el profesional no necesita estar completamente seguro de su diagnóstico antes de hacerlo, ya que, la responsabilidad de recoger los antecedentes e iniciar la investigación pertinente es función de Ministerio Público (24,34). La prioridad que debe tener el profesional es el bienestar del niño, independiente de los obstáculos y temores que presente (13).

Otro de los factores vistos en este estudio y que lidera las barreras percibidas para la derivación y/o denuncia de MI, fue el temor de las consecuencias para el NNA debido a la intervención de las agencias estatales de protección infantil (73%); cifra que supera ampliamente lo observado a nivel internacional, donde se sitúa con frecuencia en el tercer o cuarto lugar dentro de los factores que pueden afectar la derivación de casos sospechosos de MI (11–13,41,45,47). Este hallazgo local, podría suponer una relación con el conocimiento del informe nacional del año 2018 realizado por la Policía de Investigaciones (PDI), por encargo del Ministerio Público a los centros del Servicio Nacional de Menores (Sename), el cual evidencia la grave vulneración de los derechos de NNA dentro de la red de protección y justicia juvenil. En 2017, la PDI registró 2.071 casos

de violencia y maltratos graves, incluyendo 310 agresiones de connotación sexual en hogares del Sename (59). Esto evidentemente pudiese producir desconfianza y temor en los profesionales frente a la derivación y/o denuncia de casos sospechosos de MI. En consecuencia, lo anterior indicaría presuntamente el motivo por el cual este tópico se torna en una de las primeras barreras en la derivación, lo que podría ser favorecido además por la falta de conocimiento sobre el funcionamiento y procedimientos de las instituciones de protección infantil, por parte de los profesionales.

Alrededor del 70% de los encuestados sugirió que el temor a agravar la violencia familiar hacia el NNA influiría en la decisión de realizar la derivación, y se ha visto una tendencia similar en los estudios precedentes (11,13,41–45,47), en los cuales a pesar que las cifras son porcentualmente menores a este estudio, este factor es considerado por los odontólogos como uno de los de mayor relevancia. Por otro lado, se observa que la falta de conocimiento sobre los procedimientos de derivación influye en la decisión de actuar en el 62% de los encuestados, encontrándose una amplia gama de resultados en los estudios extranjeros, desde los que se realizaron en Escocia, Nigeria y Emiratos Árabes Unidos con un 71%, 65% y 60% respectivamente (11,12,58), hasta un estudio en Reino Unido con 32% (41). Los hallazgos fueron consistentes con varios estudios previos (8,11,13,14,42,43,45,47,58), es decir, este factor se ubicaba al igual que el presente estudio dentro de las cuatro barreras comúnmente identificadas en la derivación de casos sospechosos de MI. Finalmente, dentro de los factores que se presentaron con menor frecuencia en el grupo de los encuestados en relación a este punto, fueron el temor a involucrarse en un proceso legal y el impacto en la práctica profesional. Esto es similar a otros estudios internacionales (12,13,41,42,45,47).

Al igual que en la publicación de Al Hajeri *et al.*, el SoMIB se formuló para cuantificar los factores que influyen en la derivación y que afectan negativamente este proceso. Se otorgó un puntaje ideal de 7 puntos para el odontólogo que no percibió ninguna barrera para la derivación de protección infantil, observándose que solo 10

(13,5%) de los 74 participantes obtuvieron esta puntuación, rescatando que esta cifra fue mayor a lo visto en Emiratos Árabes Unidos, donde ninguno de los encuestados obtuvo este puntaje. No obstante, esto sugiere que en su mayoría los odontólogos de Temuco y Padre Las Casas tienen problemas con la derivación de casos de MI.

A diferencia de las publicaciones revisadas en la literatura, Al Hajeri *et al*., propone en su estudio un ítem relacionado con escenarios utilizados en lecciones de capacitación sobre protección infantil, a través de los cuales se cuantificó el conocimiento y percepción sobre esta temática en los encuestados, efectuándose de similar forma en este estudio. Como parte del proceso de adaptación cultural a diferencia del cuestionario original, en esta sección se realizó la diferenciación entre el "maltrato" como un tipo de agresión activa (física, psicológica y/o sexual) y "negligencia" como daño pasivo e intencional respecto al desarrollo y bienestar del NNA. Se consideró pertinente de realizarlo, debido a que en nuestra sociedad el término "abuso" está asociado frecuentemente al abuso sexual propiamente tal, más que un término genérico para referirse a MI, como ocurre en la literatura, donde los términos "abuso o maltrato" son ocupados indistintamente (58). Además, en el enunciado se aclaró que los 12 escenarios podrían ser eventualmente indicadores de sospecha de una situación de "maltrato", "negligencia", "ambos", o "no" corresponder a éstos, ya que, todas las circunstancias descritas son posibles de ser interpretadas de distintas formas si el contexto fuese modificado. De los 12 escenarios propuestos, los participantes obtuvieron un puntaje general de respuestas correctas de 7.81 ± 2.17 puntos, donde solamente 2 encuestados obtuvieron el puntaje ideal de 12. Esto reflejó que los odontólogos de Temuco y Padre Las Casas eran relativamente competentes, pero no de manera suficiente cuando se trataba de diferenciar distintos escenarios que pudieran ser o no indicadores de MI. De esta forma, existe coherencia con lo anteriormente descrito, en que la falta de certeza en el diagnóstico era la barrera más importante, junto con que más del 90% de los participantes consideró que la mayoría de los odontólogos no estaban bien preparados para reconocer conductas, signos y/o síntomas atribuidos a MI.

A partir de esta sección, se observó que la mayoría de las preguntas fueron contestadas correctamente por los profesionales, contrariamente a lo que sucedió cuando se preguntó por un(a) niño (a) de 10 años que no asistía permanentemente a la escuela porque trabajaba con su padre, el 38% optó por "ambos" (maltrato y negligencia) como respuesta, 27% por "maltrato" y el 35% por "negligencia", siendo ésta última la establecida como correcta. Esta situación reflejó confusión en los participantes, ya que, este escenario fue catalogado como una forma de trabajo infantil, que según Unicef es definido como: "toda actividad laboral, remunerada o no, realizada por niños y niñas menores de 15 años que entorpezca su proceso educativo o afecte su salud y desarrollo integral. Del mismo modo no se considera trabajo infantil o adolescente, aquellas actividades voluntarias u ocasionales, que no afectan la salud, educación o el desarrollo, aunque generen ingresos monetarios, en la medida que no se realicen con fines de cubrir necesidades básicas de subsistencia" (60). Es por esto, que dentro del proceso de adaptación cultural, pareció pertinente agregar a este escenario del cuestionario original el adverbio "permanentemente", de manera de precisar la oración, debido a las características poblacionales de las comunas en cuestión, especialmente de las áreas rurales donde se podría pensar que los NNA realizan ocasionalmente actividades domésticas y/o relacionadas a las temporadas de siembra o cosecha ligadas a su cultura local, sin que vaya en perjuicio de su educación, salud o desarrollo; teniendo especial cautela en este punto, ya que las comunas pertenecen a la región más pobre a nivel nacional, donde particularmente Padre Las Casas está por sobre el promedio nacional.

Otra pregunta que tuvo gran porcentaje de respuestas incorrectas fue cuando se les preguntó sobre un(a) niño(a) de 9 años con desarrollo normal que presenta hematomas en las prominencias óseas (rodilla, codo), en que más de la mitad de los encuestados lo consideró maltrato (54%). No obstante, la evidencia muestra que las caídas accidentales en los niños en desarrollo son comunes y generalmente causan hematomas en la piel que recubre las prominencias óseas, como por ejemplo la frente o pómulos (11). Por tanto, este caso no fue considerado una señal de alerta para sospechar de MI, ya que, un niño de

9 años está en plena etapa de juegos y no se especifica que exista un relato confuso que se correlacione con el evento. Sin embargo, debería despertar sospecha y preocupación ante el caso de un niño menor de 2 años con presencia de lesiones, donde existe una clara dependencia de movilidad.

Finalmente, a partir de estos escenarios propuestos, es importante reconocer el papel que juega el entorno cultural, ya que los signos de MI es posible que difieran de una sociedad a otra, incluso dentro de un mismo país o región (11). Para la gran mayoría de los escenarios descritos, las respuestas correctas de la publicación original coincidieron con las que resultaron del consenso de expertos en la etapa de adaptación cultural, a excepción de aquella que indicaba a un(a) niño(a) que asiste con huellas de mordeduras en su mejilla. Se modificó la elección correcta de "ambos" a "maltrato", ya que, a pesar de que no se especifica en el enunciado original las características de la marca de mordedura, para este estudio se aclaró que fuese de un adulto, descartando de esta forma que fuese la marca de otro niño, lo cual podría haber sucedido en el contexto de un jardín infantil, por ejemplo donde el cuidado de las educadoras de párvulos es muy demandante respecto a la gran cantidad de niños (as) y este hecho pudiese ocurrir aisladamente, sin ser un indicador de maltrato ni negligencia necesariamente.

Dentro de las limitaciones que presenta este estudio, por un lado, fue el tamaño muestral (n = 74), lo que impidió realizar un análisis e interpretación de los resultados de mayor alcance. Además, mediante el cuestionario utilizado, faltó obtener mayor información sobre el reporte y/o derivación de los profesionales frente a los casos en que se sospechó de MI, de modo de observar de qué forma actuaron en esos casos y no solo limitarse a conocer qué tipo de barreras se presentaron en los participantes. Además, en el diseño del estudio hubo ciertas limitantes que fueron en relación a la variación de la forma de aplicación del cuestionario (presencial y digital), siendo distinta entre los participantes, lo que pudo afectar en cierto modo en los resultados obtenidos. A pesar de esto, este estudio se destaca por ser el único a nivel regional y el segundo a nivel nacional en abordar

esta temática con estas características, de manera que tiene valor agregado generar evidencia innovadora, y además que el instrumento utilizado permita realizar comparaciones con otros contextos.

Sin lugar a dudas, este estudio toma especial relevancia a nivel local, ya que permite tener un punto de partida y caracterización de un tema tan sensible y preocupante para la salud pública como es el MI, en el cual se hace necesario que el odontólogo tome un rol activo dentro del equipo de salud en la detección del MI. A partir de este estudio, se establece un incipiente diagnóstico local de la situación de los odontólogos sobre esta materia, que permite conocer tanto los aspectos positivos que están presentes en los profesionales, como los factores que fueron percibidos como barreras y que afectan directamente el actuar de los participantes, lo que deja vislumbrar las debilidades reales que existen, e inferir inicialmente las necesidades de la población de interés, las que a futuro podrán ser profundizarlas en mayor medida junto a éstos y a otros actores claves, de manera de pensar en intervenciones y/o estrategias que empoderen a estos profesionales y que tengan como último fin la protección de la población infantil y adolescente de estas comunas.

A partir de lo encontrado en este estudio es inevitable que surjan nuevas interrogantes y desafíos, siendo las principales: ¿Cuáles son las causas reales de las barreras que presentan los odontólogos locales? ¿Existen otros factores que influyan en la decisión de derivar? ¿De qué forma pueden ser superadas?; las cuales podrían ser abordadas desde una investigación con enfoque cualitativo, de modo de reunir actores claves de distintos sectores, desde los odontólogos, la academia, instituciones municipales, SSAS, Sename, entre otros, de manera de trabajar coordinadamente y en colaboración con los diversos organismos. Así también, es posible preguntarse si la evidencia local encontrada en estas dos comunas coincide con lo que ocurre en el resto de la región, o si ésta será distinta a la realidad de otras comunas con mayor población rural, donde la práctica odontológica podría ser más heterogénea.

Por último, este estudio a futuro conduce a desarrollar y promover líneas de investigación que permitan concientizar sobre el MI, especialmente a los odontólogos, de manera de lograr un cambio en su percepción y enfoque; y lograr avances sustanciales, a través del trabajo colaborativo de distintas instituciones relacionadas al área.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio se ha identificado una falta de formación en los temas de maltrato y protección infantil en los odontólogos de las comunas de Temuco y Padre Las Casas, en el nivel de atención primario de salud municipal, así también se ha visto un alto nivel de sospecha de MI durante la práctica clínica y factores que afectan la derivación de casos sospechosos de violencia. Además, los profesionales fueron relativamente competentes, pero no de manera suficiente cuando se pidió diferenciar entre escenarios que pudieran ser o no indicadores MI.

En vista de lo anterior, se propone a nivel local en primer lugar incentivar el reconocimiento del odontólogo como parte del equipo que participa en la detección del MI a nivel primario de salud. A partir de esto, se sugiere trabajar en instancias de capacitación donde se otorguen y/o refuercen competencias profesionales en la detección precoz de signos y síntomas claves de MI, tanto del área maxilofacial como en el ámbito conductual de los NNA, es decir, contar con la participación de especialistas en Odontología Legal y del área psicosocial. En segundo lugar, se alienta a abordar aspectos de cómo y cuándo activar la primera respuesta frente a situaciones de MI, de manera que cada centro de salud municipal cuente y/o informe a los profesionales del equipo odontológico sobre los flujogramas locales de derivación, las acciones o protocolos sobre protección infantil y conocer cuáles son los límites de su actuación. En tercer lugar, es fundamental a nivel de los territorios comunales concientizar a los odontólogos sobre este tema, entregar información sobre los aspectos legales involucrados y organismos gubernamentales encargados. Como último aspecto, se recomienda abrir el espacio al

diálogo activo entre todos los actores involucrados, de manera de elegir la mejor forma de avanzar en esta problemática y superar las barreras presentadas en el estudio; al mismo tiempo evaluar las oportunidades que se presenta el contexto local, como es por ejemplo el establecer relaciones de cooperación con entidades universitarias regionales, como es el caso del Equipo para la Detección de Abuso y Maltrato Infantil, perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad de la Frontera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butchart, A. Phinney A. Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2009 [cited 2020 Apr 22]. 99 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=61E139BFB645C0C0F648A1F7EF1EB5CE?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf

2. World Health Organization. Child maltreatment [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

3. Pinheiro PS. Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños y niñas/ Paulo Sérgio Pinheiro, Experto Independiente para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños [Internet]. Geneva; 2006 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2954_d_Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf

4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile: Análisis comparativo 1994-2000- 2006-2012 [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 26]. Available from: http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf

5. Consejo Nacional de la Infancia. Situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile 2017 Segundo informe [Internet]. Santiago, Chile; 2018 [cited 2020 Apr 26]. Available from: http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Informe-Monitoreo-Derechos-2017-2.pdf

6. Servicio Nacional de Menores. Primer Informe sobre abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.sename.cl/wsename/otros/observatorio2016/Informe-Sename-Digital-116-pag.pdf

7. Vizcarra L MB, Cortés M J, Bustos M L, Alarcón E M, Muñoz N. S. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados. Rev Med Chil. 2001 Dec;129(12):1425–32.

8. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. Int J Paediatr Dent. 2005 Sep;15(5):310–8.

9. Rodrigues JLSA, Lima APB, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. J Forensic Leg Med. 2016 Oct 1;43:34–41.

10. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, Krol D, Braun P, Gereige R, et al. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 26];140(2). Available from: https://pediatrics.aappublications.org/content/140/2/e20171487.long

11. Al Hajeri H, Al Halabi M, Kowash M, Khamis AH, Welbury R, Hussein I. Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. Eur J Paediatr Dent [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 4];19. Available from: http://ejpd.eu/EJPD_2018_2_3.pdf

12. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. Br Dent J [Internet]. 2005 Oct 22 [cited 2019 Sep 4];199(8):517–20. Available from: http://www.nature.com/articles/4812809

13. Chadwick BL, Davies J, Bhatia SK, Rooney C, Mccusker N. Child protection : training and experiences of dental therapists. Br Dent J. 2009;207(3):E6.

14. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Haubek D. How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. Acta Odontol Scand [Internet]. 2017 Jul 4 [cited 2019 Oct 2];75(5):332–7. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016357.2017.1307448

15. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A, Asistente P. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 26];6(1):105–10. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v6n1/art15.pdf

16. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 [Internet]. 2018. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2018-2030.pdf

17. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. Child Abus Negl. 2016 Apr 1;54:43–56.

18. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de Resultados Censo 2017 Región de la Araucanía [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.araucaniacuenta.cl/wp-content/uploads/2019/09/Síntesis-de-resultados-Censo-2017-La-Araucanía.pdf

19. Departamento de Salud Municipal de Temuco. Plan de Salud Municipal 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 30]. Available from: http://www.saludmunicipaltemuco.cl/documentos/Docs/plasam2019.pdf

20. Departamento de Salud Municipal Padre Las Casas. Plan de Salud Municipal Padre Las Casas 2019. 2019. p. 1–170.

21. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Situación de pobreza Síntesis de resultados CASEN 2017 [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 26]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf

22. Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements Version 1.0 [Internet]. 2008Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Atlanta, Georgia; 2008 [cited 2020 Apr 23]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf

23. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2002 [cited 2020 Apr 26]. 5 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

24. Ministerio de Salud. GUÍA CLÍNICA: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 30]. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf

25. Fortson BL, Klevens J, Merrick MT, Gilbert LK, Alexander SP. Prevención del maltrato y abandono infantil: Paquete técnico para las actividades relacionadas con políticas, normas y programas [Internet]. Atlanta, Georgia; 2016 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-

Prevention-Technical-Package-spanish508.pdf

26. World Health Organization. INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children [Internet]. World Health Organization. 2016. Available from: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire

27. Smart J. Risk and protective factors for child abuse and neglect | Child Family Community Australia [Internet]. Australian Institute of Family Studies. 2017 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://aifs.gov.au/cfca/publications/risk-and-protective-factors-child-abuse-and-neglect

28. Peterson C, Florence C, Klevens J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. Child Abus Negl [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2020 Apr 26];86:178–83. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289633/

29. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia 1. Pensam Psicológico [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 26];9(17):83–96. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a08.pdf

30. Thielen FW, ten Have M, de Graaf R, Cuijpers P, Beekman A, Evers S, et al. Long-term economic consequences of child maltreatment: a population-based study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016 Dec 1;25(12):1297–305.

31. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: The role of a dentist. Oral Heal Prev Dent. 2013;11(3):243–50.

32. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, Mowbray H, Giardino A, Isaac R, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics. 2011 Aug 1;128(2):233–8.

33. Fonseca GM, Letelier-Acevedo N, Lozano-Gómez R, Fonseca GM, Letelier-

Acevedo N, Lozano-Gómez R. Odontólogos y Obligación de Denuncia del Abuso Sexual Infantil en Chile: Oportunidades Perdidas. Int J Odontostomatol [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Sep 5];12(4):431–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000400431&lng=en&nrm=iso&tlng=en

34. Ministerio de Justicia. Código Procesal Penal [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2000 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595

35. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. LEY-21013 06-JUN-2017 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1103697

36. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 21013 [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2017 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1103697

37. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Hojas Informativas sobre la Protección de la Infancia [Internet]. 2006 [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/protection/files/What_is_child_protection_sp.pdf

38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. España; [cited 2020 Apr 26]. Available from: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino.pdf

39. Consejo Nacional de la Infancia. Informe: Situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile 2017. Santiago, Chile; 2018.

40. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists’

perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Northeast Italy. J Clin Pediatr Dent. 2007;32(1):19–26.

41. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. Br Dent J. 2009;206(8):409–14.

42. Al-Habsi SA, Roberts GJ, Attari N, Parekh S. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? Br Dent J. 2009;206(4):1–5.

43. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. Eur J Dent Educ. 2012;16(1).

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

45. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M, Drvaric I, Boric B, Kopic V, et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. Int J Paediatr Dent. 2015;25(6):444–50.

46. Malpani S, Arora J, Diwaker G, Kaleka PK, Parey A, Bontala P. Child abuse and neglect: Do we know enough? A crosssectional study of knowledge, attitude, and behavior of dentists regarding child abuse and neglect in pune, india. J Contemp Dent Pract. 2017;18(2):162–9.

47. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental

hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Int J Paediatr Dent. 2010;20(5):361–5.

48. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. Int Dent J. 2020 Apr 1;70(2):145–51.

49. Hussein AS, Ahmad R, Ibrahim N, Yusoff A, Ahmad D. Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. Eur Arch Paediatr Dent. 2016 Oct 1;17(5):387–95.

50. Deshpande A, Macwan C, Poonacha KS, Bargale S, Dhillon S, Porwal P. Knowledge and attitude in regards to physical child abuse amongst medical and dental residents of central Gujarat: A cross-sectional survey. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2015 Jul 1;33(3):177–82.

51. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques L de A, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2013 Jun;31(2):223–30.

52. Olive S, Tuthill D, Hingston EJ, Chadwick B, Maguire S. Do you see what I see? Identification of child protection concerns by hospital staff and general dental practitioners. Br Dent J. 2016 May 13;220(9):451–7.

53. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GS de O, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? Cien Saude Colet. 2019 Jul 22;24(7):2609–16.

54. Bjørknes R, Iversen AC, Nordrehaug Åstrøm A, Vaksdal Brattabø I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare

services among public dental healthcare personnel. Heal Soc Care Community. 2019 Jul 1;27(4):871–9.

55. Brattabø IV, Iversen AC, Åstrøm AN, Bjørknes R. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. Acta Odontol Scand. 2016 Nov 16;74(8):626–32.

56. Lauffer A, Solé L, Bernstein S, Lopes MH, Francisconi CF. Practical aspects for minimizing errors in the cross-cultural adaptation and validation of quality of life questionnaires. Rev Gastroenterol Mex. 2013;78(3):159–76.

57. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex. 2013;55(1):57–66.

58. Olatosi OO, Ogordi P, Oredugba F, Sote E. Experience and Knowledge of Child Abuse and Neglect: A Survey among a Group of Resident Doctors in Nigeria. Niger Postgr Med J. 2018;25(January):225–33.

59. Policía de Investigaciones de Chile (PDI). Informe Análisis de funcionamiento residencial en centros dependientes del Servicio Nacional de Menores [Internet]. Santiago; 2018 [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/informe-emilfork4.pdf

60. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Trabajo Infantíl en Chile [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 7]. Available from: https://www.unicef.cl/archivos_documento/49/Cartilla trabajo infantil.pdf

ANEXOS

Cuestionario original

1- Serial Number:
2- Gender : F _____ M_____
3- Nationality :_____
4- Years qualified as a dentist :_____
5- Specialty:_____
6- Country of education :_____
7- No. of children patients seen per week : _____
8- Was Child Abuse/Protection part of your formal undergraduate dental lecture or seminar programme?
    a. Yes
    b. No
9- As a postgraduate have you attended any lectures or seminars on Child Abuse/Protection?
    a. Yes
    b. No
10- Have you ever suspected child abuse in one or more of your patients?
    a. Yes
    b. No
11- If yes to question 10, on how many occasions during the last 5 years (insert number)?_____
12- Have you seen a case in which you suspected child physical abuse in the last six months?
    a. Yes
    b. No
13- Are you aware of your local area Child protection Guidelines?
    a. Yes
    b. No

14- Might any of the following factors affect your decision on whether to make a referral in a case of suspected child abuse?

i. Concerns about impact on the practice (financial, time taken, loss of income, income withdrawal).
YES_____ NO _____
ii. Fear of family violence to the child.
YES_____NO _____
iii. Fear of family violence to you.
YES_____ NO _____
iv. Fear of litigation.
YES_____ NO _____
v. Fear of the consequences to the child from the intervention of statutory agencies.
YES_____ NO _____
vi. Lack of knowledge regarding procedures for referral
YES____NO
vii. Lack of certainty about the diagnosis.
YES_____ NO _____

15- Do you think that general dental practitioners or members of the dental team are well placed to recognize behavior and/or signs that may be attributable to child abuse?

a. Yes
b. No

16- .Do you agree with the statement "Children who have been abused usually tell someone soon after the abuse"?

a. Yes
b. No

17- If a child readily states that an adult has caused harm, the accusation should be addressed?

a. Yes
b. No

18- Please see the scenarios below and categorize them by ticking the appropriate box

	abuse	neglect	both	None(normal)
A 5 years old child that is left unattended in a mall				
Mother doesn't attend to her 7 year old child's clothes and hygiene				
Parents that leave their 7yrs child at home alone, and go shopping				
Parents that miss multiple dental visits when their child has multiple deep cavities				
Parents that verbally humiliate their child for not opening their mouth during dental treatment				
A 10 year old child that doesn't attend school because he works with his dad				
Parents keep on rescheduling their child's dental appointments				
A normally developed 9-year-old child attends with bruises over bony prominences				
A child attends with what appears to be cigarette burns on their face				
A child attends with bite marks on their cheek				
A child with one of the above injuries but with a vague history that is not compatible with the injury				
A well dressed and smart and happy child who has multiple carious teeth in their mouth				

Versión final de instrumento

ID:

1. RUN:_____
2. Género : F _____ M_____
3. Nacionalidad :_____
4. Años que lleva en la práctica dental:_____
5. Especialidad:_____
6. País en el que estudió:_____
7. Número de pacientes menores de 18 años que atiende en la semana, durante los últimos 6 meses: _____

Se considerará para este cuestionario *"**Maltrato infantil**"* como un término general que incluye maltrato (activo) y negligencia (pasivo).

8. En el programa formal de estudios de pregrado de su carrera: ¿recibió formación específica acerca de Maltrato y Protección infantil?
    i. Sí
    ii. No
9. Ya como odontólogo: ¿ha participado de alguna actividad de perfeccionamiento que incluya los temas de Maltrato y Protección infantil?
    i. Sí
    ii. No
10. ¿Ha sospechado alguna vez de maltrato y/o negligencia infantil en uno o más de sus pacientes?
    i. Sí
    ii. No
11. Si la respuesta a la pregunta 10 es afirmativa, ¿en cuántos casos en los últimos cinco años? (anote el número)_____

12. ¿Ha visto algún caso en el que haya sospechado de maltrato físico infantil en los últimos seis meses, dentro de su trabajo en atención primaria?
    i. Sí
    ii. No

13. ¿Conoce los protocolos sobre protección infantil en su lugar de trabajo, a nivel local de CESFAM y/o Cecosf?
    i. Sí
    ii. No
14. ¿Podría alguno de los siguientes factores afectar su decisión de derivar o no un caso en el que sospeche de maltrato infantil en atención primaria?

i. Preocupaciones sobre el impacto en la práctica (financiero, tiempo que toma, pérdida de ingresos)	SI _____	NO_____
ii. Temor a agravar la violencia familiar hacia el/la niño/a.	SI _____	NO _____
iii. Temor a represalias por parte de la familia.	SI _____	NO _____
iv. Temor al proceso legal en el que usted podría verse involucrado.	SI _____	NO _____
v. Temor de las consecuencias para el/la niño/a, debido a la intervención de las agencias estatales de protección infantil.	SI _____	NO _____
vi. Falta de conocimiento respecto de los procedimientos para la derivación.	SI _____	NO _____
vii. Falta de certeza en el diagnóstico	SI _____	NO _____

15. ¿Cree usted que la mayoría de los odontólogos están bien preparados para reconocer conductas, síntomas y/o signos que puedan ser atribuidos a maltrato infantil?
    i. Sí
    ii. No
16. ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación: "Normalmente, los/as niños/as que han sido maltratados cuentan sobre eso al poco tiempo"?
    i. Sí
    ii. No

17. Si un/una niño/a expresa espontáneamente que un adulto le ha causado daño, ¿la acusación debe ser tomada en cuenta?
    i. Sí
    ii. No

Para efectos de la siguiente pregunta considerar "***Maltrato***" como tipo de agresión **activa** física, psicológica y/o sexual; y **"*Negligencia*"** como daño **pasivo,** referida como la desatención intencional con respecto al desarrollo y bienestar del niño/a.

18. En el siguiente ítem se darán a conocer escenarios que eventualmente podrían generar sospecha de una situación de maltrato, negligencia, ambos, o no corresponder a indicador de sospecha. Lea los enunciados y categorícelos.

		Criterio de sospecha para **Maltrato**	Criterio de sospecha para **Negligencia**	Criterio de sospecha para **Ambos**	**No es** un criterio de sospecha
A	Un/a niño/a de 5 años desatendido por los padres y/o cuidador en un centro comercial.				
B	Madre y/o padre que no le presta atención a la ropa e higiene de su hijo/a de 7 años, en reiteradas ocasiones.				
C	Padres que dejan a su hijo/a de 7 años solo en casa para ir de compras al supermercado.				
D	Padres que pierden numerosas citas con el dentista, teniendo conocimiento que su hijo tiene caries profundas.				
E	Padres que ridiculizan y/o amenazan verbalmente a su hijo/a por no abrir su boca durante el tratamiento dental.				
F	Un/a niño/a de 10 años que no va permanentemente a la escuela porque trabaja con su padre.				
G	Padres que continuamente reagendan las citas de su hijo/a al dentista, sin una causa válida que lo justifique.				
H	Un/a niño/a de 9 años con desarrollo normal a su edad, que asiste con hematomas sobre prominencias óseas (rodilla, cara anterior de la pierna, codo).				
I	Un/a niño/a que asiste con lesiones sugerentes de quemaduras por cigarro en su rostro.				
J	Un/a niño/a que asiste con huellas de mordeduras humanas de adulto en su mejilla.				
K	Un/a niño/a escolar que asiste con lesiones, y una historia confusa, no compatible con la lesión.				
L	Un/a niño/a vestido adecuadamente y feliz que tiene múltiples dientes cariados en su boca.				

Actas de aprobación Comités de Ética

ACTA DE APROBACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CEC-MEDUC
Re- acreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta Nº012321 del 07 de junio de 2017

NUEVO ESTUDIO

Fecha y N° de Sesión: 05 de diciembre de 2019, Sesión N° 21.

Investigador responsable: Romina Paz Lozano Canales

ID Protocolo: 191118003

Título del Proyecto: Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas

Facultad/Unidad Académica: Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Académico Responsable: Pamela Rojas González

Sitio de realización: Comunas de Temuco y Padre las Casas; en establecimientos de Atención Primaria de Salud

Financiamiento: Fondos propios (indicar) Investigador

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Dra. Claudia Uribe Torres, Presidente.

Dra. Colomba Cofré Dougnac, Vice-Presidente.

Mg. Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva.

Sr. Jorge Muñoz Castillo, Abogado miembro externo.

Dr. Gustavo Kaltwasser González, Miembro externo.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Srta. Alyssa Garay Navea, Representante de la comunidad.

Klgo. Antonio López Fuenzalida, Carrera de Kinesiología.

Dr. Diego García-Huidobro, Departamento Medicina Familiar.

Dra. Marisa Torres Hidalgo, Departamento de Salud Pública.

EU Mónica Cifuentes Soro, Miembro externo.

Documentos recibidos por el comité:

- Carta Presentación Investigador Responsable
- Carta Apoyo Jefe de Departamento

Documentos revisados y aprobados por el comité:

- Formulario Solicitud Revisión Ética
- Consentimiento Informado
- Cuestionario en idioma español

Considerando que:

1- los investigadores referidos cuentan con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio,

2- la metodología descrita es apropiada para el cumplimiento de los objetivos del estudio, siguiendo la normativa nacional vigente y los estándares internacionales para ello,

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

3- durante el desarrollo del estudio se garantiza un balance beneficio/riesgo favorable para los participantes, por cuanto sólo se realizan procedimientos de bajo riesgo,

4- la población a estudiar no es considerada vulnerable y el protocolo contempla todos los resguardos necesarios para la seguridad y bienestar de los participantes,

5- se considera el resguardo de la confidencialidad de los datos sensibles identificables de los participantes en la difusión de resultados por lo que, no introduce un riesgo de menoscabo de su intimidad,

6- se han tomado las precauciones necesarias para resguardar la seguridad de las personas y el tratamiento ético de la información entregada de quienes participen en la investigación,

7- los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales de la investigación, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el éxito de la investigación.

Verificado en el documentos de Consentimiento Informado mencionado, que considera y explicita:

1- la descripción general de los objetivos de la investigación,

2- el detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio,

3- los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida por cada uno de los procedimientos de la investigación,

4- el compromiso respecto a la utilización de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos de la presente investigación y para el logro de dichos objetivos,

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

5- el resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio,

6- los antecedentes respecto del costo en tiempo que tiene la participación en el estudio,

7- la información sobre los beneficios, derechos frente a riesgos y cobertura de daños por la participación en estudio,

8- la voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de tener la opción de hacer abandono del estudio.

Resolución CEC-MedUC:

Este proyecto cuenta con la opinión favorable con fecha **05 de diciembre de 2019** en la sesión ordinaria **N°21** del Comité y tiene vigencia de un año.

Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada del documento de Consentimiento Informado e Instrumento. De este modo, el Investigador Responsable velará por la realización de estos procedimientos, utilizando las copias de cada versión original (timbradas, fechadas y firmadas por los CEC correspondientes).

El investigador responsable deberá solicitar la renovación anual de la presente aprobación ética con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

proceder con el análisis de los datos.

En la eventualidad de querer incorporar modificaciones al estudio, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, el personal a cargo, los procedimientos especificados en el protocolo aprobado u otros, el investigador deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda (a través de plataforma) para la evaluación y emisión de una nueva carta de aprobación ética.

Por favor lea cuidadosamente la hoja anexa a esta carta en la que se indican todas sus responsabilidades como investigador responsable de este estudio (ID: 191118003)

Le saludan cordialmente,

SRA. ANDREA VILLAGRÁN TORRES
Secretaria Ejecutiva CEC-MedUC

DRA. CLAUDIA URIBE TORRES
Presidenta CEC-MedUC

Santiago, 10 de diciembre de 2019

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC Med UC
Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acta del Comité Etico Científico de la Facultad de Medicina (CEC-Med UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Este Comité cumple además con las guías de buena práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

N° FOLIO	: 00000008
ANT.	: Carta conductora, acuso de recibo, fecha 29/12/2019, Dra. Romina Lozano Canales.
MAT.	: Aprobación de Protocolo, "Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas".

Fecha: 03 de Enero de 2020.

DE: DR. PATRICIO VALDÉS GARCÍA.
PRESIDENTE.
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA.
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR.

A: DRA. ROMINA LOZANO CANALES.
INVESTIGADORA PRINCIPAL.

Me permito informar a Usted que el Comité de Ética Científica de la Dirección de Servicio de Salud Araucanía Sur, Acreditado por la Autoridad Sanitaria según Resolución Exenta N°29658 de fecha 09 Noviembre de 2017 y Resolución Exenta N° J1-544 de fecha 12 Enero de 2018, ha evaluado y **APROBADO** de manera expedita, el Protocolo de Investigación, **titulado: "Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas"**, cuya investigadora principal es la Dra. Romina Lozano Canales.

Teniendo a la vista respuesta a observaciones realizadas por el Comité con fecha 03 de Enero de 2020 aprueba la siguiente documentación:

- Carta Compromiso del Investigador Principal.
- Carta Declaración Conflicto de Interés del Investigador.
- Carta de toma de conocimiento de la Institución donde se desarrollará el proyecto: Temuco y Padre Las Casas.
- Documento Proyecto de investigación en español.
- Documento de Resumen del proyecto.
- Formulario de Consentimiento Informado.
- Curriculum vitae investigador.

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

Para constancia firma;

DR. PATRICIO VALDÉS GARCÍA
PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

HMO/emc.
Distribución:
- La indicada
- Archivo

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

N° FOLIO	: **00000080**
ANT.	: **Carta conductora, acuso de recibo, fecha 20/03/2020, Dr. Juan Carlos Araya.**
MAT.	: **Aprobación a Enmienda de Protocolo, "Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas".**

Fecha: 01 de Abril de 2020.

DE: DR. PATRICIO VALDÉS GARCÍA.
PRESIDENTE.
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA.
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR.

A: DRA. ROMINA LOZANO CANALES.
INVESTIGADORA PRINCIPAL.

Me permito informar a Usted que el Comité de Ética Científica de la Dirección de Servicio de Salud Araucanía Sur, Acreditado por la Autoridad Sanitaria según Resolución Exenta N°29658 de fecha 09 Noviembre de 2017 y Resolución Exenta N° J1-544 de fecha 12 Enero de 2018, ha evaluado y **APROBADO** de manera expedita, Enmienda del Protocolo de Investigación**, titulado: "Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas",** cuya investigadora principal es la Dra. Romina Lozano Canales.

Se aprueba la siguiente documentación;

- Enmienda N°1 en que solicita autorización para aplicar encuesta de manera digital y envío de consentimiento informado a los participantes del estudio adscritos a los CESFAM de la comuna de Temuco.

Para constancia firma;

DR. PATRICIO VALDÉS GARCÍA
PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

HMO/emc.
Distribución:
- La indicada
- Archivo

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

ACTA DE APROBACIÓN
COMITÉ ÉTICO DE CIENCIAS DE LA SALUD UC
Re- acreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta Nº012321 del 07 de junio de 2017

NUEVA DOCUMENTACIÓN

Fecha y N° de Sesión: 09 de abril de 2020, Sesión N°4.

Investigador Responsable: Romina Paz Lozano Canales

ID Protocolo: 191118003

Título del Proyecto: Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas

Facultad/Unidad Académica: Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Académico Responsable: Pamela Rojas González

Sitio de realización: Comunas de Temuco y Padre las Casas; específicamente en los establecimientos de Atención Primaria de Salud

Financiamiento: Fondos propios (indicar) Investigador

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Dra. Claudia Uribe Torres, Presidente.

Dra. Colomba Cofré Dougnac, Vice-Presidente.

Mg. Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva.

Sr. Jorge Muñoz Castillo, Abogado miembro externo.

Dr. Gustavo Kaltwasser González, Miembro externo.

Srta. Alyssa Garay Navea, Representante de la comunidad.

PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

EU Angelina Dois Castellón, Escuela de Enfermería.

Klgo. Antonio López Fuenzalida, Carrera de Kinesiología.

Prof. Ivonne Vargas Celis, Centro de Bioética.

EU Mónica Cifuentes Soro, Miembro externo.

EU Víctor Contreras Ibacache, Departamento de Anestesiología.

Documentos recibidos por el comité:

- Carta del Investigador Responsable solicitando la revisión y aprobación de la enmienda por medio de la presentación de nueva documentación del estudio en referencia.

Documentos revisados y aprobados por el comité:

- Formulario Solicitud de Revisión Ética con nueva metodología

Considerando que:

1- El presente protocolo de investigación fue aprobado por un comité ético científico (CEC) antes de iniciar su ejecución, según consta en el **Acta de Aprobación Oficial** del

05 de diciembre de 2019;

2- Al estudio en referencia se le realizará únicamente el cambio que fue debidamente informado, explicado y justificado al CEC, y respaldado por el documento correspondiente; y

3- En lo demás, el estudio se continuará desarrollando en los mismos términos aprobados originalmente.

Resolución CEC-Salud UC:

La solicitud de enmienda al protocolo en referencia ha sido revisada junto a la nueva documentación presentada y cuenta con la aprobación con fecha **09 de abril de 2020** en la **sesión ordinaria N°4** del Comité.

En la eventualidad de querer incorporar modificaciones, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, el personal a cargo, los procedimientos especificados en el protocolo aprobado u otros, el investigador deberá notificarlo al comité por medio de una enmienda (a través de la plataforma) para la evaluación y emisión de una nueva carta de aprobación ética. **(ID: 191118003)**

Le saludan cordialmente,

SRA. ANDREA VILLAGRÁN TORRES
Secretaria Ejecutiva CEC-Salud

DRA. CLAUDIA URIBE TORRES
Presidenta CEC-Salud UC

Santiago, 24 de abril de 2020

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC Med UC
Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acta del Comité Etico Científico de la Facultad de Medicina (CEC-Med UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Este Comité cumple además con las guías de buena práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal

Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio:	Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas.
Patrocinador del Estudio / Fuente Financiamiento:	Financiamiento autónomo (investigador).
Investigador Responsable:	Dra Romina Lozano Canales
Tutor académico:	Dra. Pamela Rojas
Teléfono de contacto:	+56 952277429
Depto/UDA:	Departamento de Salud Pública

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en una investigación respecto a una temática de Salud Pública.
Tome el tiempo que necesite para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador responsable del estudio.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El maltrato infantil (MI) es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Según el 4° Estudio sobre Maltrato Infantil de UNICEF (2012), en Chile el 71% de los niños y niñas dice haber sido víctima de violencia física o sicológica por parte de sus padres, madres o cuidadores. Además según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, más de la mitad de los casos de MI presentan lesiones en boca, cara, cráneo y cuello. Es por esto que el odontólogo tiene un rol trascendental en la detección del maltrato infantil, debido a la especificidad, periodicidad y/u oportunidad de la atención odontológica.

El propósito de este estudio es evaluar el grado de conocimiento, experiencia y barreras de los odontólogos en Atención Primaria sobre maltrato y protección infantil, en las comunas de Temuco y Padre las Casas.

Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio por ser odontólogo de Atención Primaria de salud de la comuna de Temuco/ Padre las Casas.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá lo siguiente:

Contestar una encuesta que incluye características sociodemográficas, conocimiento, práctica y experiencia en relación al maltrato infantil, reconocimiento de escenarios establecidos asociados al maltrato infantil y factores que influyen en la denuncia de casos sospechosos.

El tiempo estimado para responder el cuestionario completo no sobrepasa los 10 minutos.

BENEFICIOS

Usted no será beneficiado directamente al participar de este estudio.
Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio y eventualmente tomar medidas locales que podrían beneficiar a la población infantil con riesgo de vulneración que asiste a este centro de salud.

RIESGOS

Su participación en este estudio le podría causar algún tipo de malestar o incomodidad al responder las preguntas del cuestionario por el tema a tratar.

COSTOS

Su participación en este estudio no le significará ningún costo para usted.

COBERTURA DE DAÑOS

No hay compensaciones por participar en esta investigación.

COMPENSACIONES

Este estudio no contempla ningún tipo de compensación por la participación en él.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, RUN, o cualquier información identificable, serán codificados en una base de datos, mediante código/sistema computacional. Esta información será almacenada en forma indefinida bajo la responsabilidad del Investigador Responsable Dra. Romina Lozano Canales.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
COMITE ETICO CIENTIFICO
CEC MED UC
APROBADO
5/12/2019
FACULTAD DE MEDICINA

Timbre, firma y fecha de aprobación
CEC-MedUC

Su deseo de participar en -o no-, en esta investigación, no tendrán ningún impacto en su actividad laboral y/o en evaluaciones de desempeño profesional y/o académico.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación en salud pública puede contactar o llamar a la Dra. Romina Lozano Canales, Investigador Responsable del estudio, al teléfono: +56 952277429 y email: rplozano@uc.cl

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación biomédica, usted puede llamar a la Dra. Claudia Uribe Torres, Presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono 223548173, o enviar un correo electrónico a: cecmeduc@med.puc.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Se me entregará copia firmada de este documento.

FIRMAS OBLIGATORIAS:

- Participante:

  Nombre: ……..… Firma…….. Fecha……

- Investigador Responsable:

  Nombre:……..… Firma……..…….. Fecha……

- Director de la Institución o su Delegado:

  Nombre……..... Firma……..... Fecha……

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
COMITE ETICO CIENTIFICO CEC MED UC
APROBADO
FACULTAD DE MEDICINA
5/12/2019

Timbre, firma y fecha de aprobación
CEC-MedUC

Autorizaciones locales

1962635

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Director
Departamento de Salud Municipal Temuco
PRESENTE

Yo, Romina Lozano Canales, Rut 17.744.542-8, Investigador Responsable del Proyecto **"Evaluación del conocimiento y la práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en el ámbito de maltrato y protección infantil, en las comunas de Temuco y Padre las Casas"**; para ser desarrollado en los Centros de Salud de Atención Primaria dependientes de los departamentos de salud municipal de las comunas de Temuco y Padre las Casas, que cuentan con dotación de odontólogos.

En mi calidad de investigador, presento a revisión tras ser aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Dra Romina Lozano Canales
Cirujano Dentista
Magíster de Salud Pública ©
Pontificia Universidad Católica de Chile

Con fecha 06 de Marzo 2020, el Comité Directivo DSM Temuco aprueba este Proyecto de investigación

CESFAM P De Valdivia

Municipalidad
Padre Las Casas

Sigamos creciendo juntos!

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Yo, Conrado Muñoz Hormazabal, Director Departamento de Salud Municipal de la comuna de Padre Las Casas, RUN 11.351.102-8, autorizo a la investigadora Dra. Romina Lozano Canales, Cirujano Dentista y alumna de Magíster de Salud Pública UC, RUN 17.744.542-8 realizar su proyecto de investigación titulado: "**Evaluación del conocimiento y práctica del odontólogo de Atención Primaria de Salud en maltrato y protección infantil en las comunas de Temuco y Padre las Casas",** en los centros de salud de atención primaria dependientes de la Municipalidad de Padre Las Casas.

Padre Las Casas, 16 de enero de 2020.-

FIRMA

Tabla: Análisis de resultados. Elaboración propia.

Sección	Variables categóricas (v.c)	Variables numéricas (v.n)	Análisis
Datos demográficos	Género, nacionalidad, especialidad y país de estudio.	(-)	Tabla de frecuencias (n, %)
Conocimiento y/o conciencia sobre el MI.	Ver anexos (preguntas 8,9, 13,15,16 y 17) Variable si/no	(-)	Tabla de frecuencias (n, %)
Práctica sobre el MI.	-Sospecha de MI alguna vez. -Sospecha de MI en los últimos 6 meses. -Odontólogos que atienden más de un paciente menor de 18 años a la semana. -Odontólogos que sospecharon de MI en los últimos 5 años. -Variable si/no	- Promedio de años de experiencia. -Promedio de pacientes menores de 18 años atendidos por semana. -N° de sospechas y de odontólogos que sospechan de MI en los últimos 5 años.	**v.c:** Tabla de frecuencias (n, %) **v.n:** Medidas de tendencia central y de dispersión. n, promedio (D.S).
Escenarios relacionados con el MI.	-Variables de escenarios (pregunta 18) Maltrato/ Negligencia/ ambos/ninguno. -Ver en anexos		**-v.c:** Tabla de frecuencia (n, %) -Puntuación de los escenarios de MI, en base a las respuestas correctas (SoMI). - Análisis de SoMI en relación a género y especialidad.

Barreras relacionadas con la derivación a protección infantil	-Ver en anexos (pregunta 14) -Variable si/no		**-v.c:** Tabla de frecuencia (n, %) -Puntuación de las barreras que influyen en la derivación de MI, en base a respuestas correctas (SoMIB). -Análisis de SoMIB, respecto a género y especialidad.

Reuniones con expertos

Experto	Cargo/Profesión	Reunión/Comunicación
Karla Moscoso	Odontóloga Legal y Forense Director de Fundación Sonrisas	10 de Diciembre 2019
Alejandra Jans	Odontopediatra Docente del Departamento de Odontopediatría y Ortodoncia de la Universidad de la Frontera	23 de Diciembre 2019
Rodrigo Valdés	Sociólogo Oficina de Protección de Derechos de la Infancia de y Adolescencia (OPD) Temuco	15 de Enero de 2020
Roxana Dinamarca	Psicóloga Subsecretaría de la Niñez de Región de la Araucanía	7 de Enero de 2020
Gabriel Fonseca	Odontólogo Legal y Forense, Director de Postgrado de la Facultad de Odontología Equipo para la Detección del Abuso y Maltrato Infantil (EDAMI)	14 de Enero de 2020
Lidia Bravo	Especialista en Odontología Legal y Forense Equipo para la Detección del Abuso y Maltrato Infantil (EDAMI)	14 de Enero de 2020
Alejandrina Castillo	Directora PMR Ciudad del Niño Temuco	20 de Enero 2020