

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia)

Knowledge, attitudes and practices on child abuse in dentists from Cartagena (Colombia)

Katherine Arrieta Vergara¹, Shyrley Díaz Cárdenas², Ketty Ramos Martínez³

Resumen

Objetivos: Describir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre maltrato infantil (MI) en odontólogos de Cartagena (Colombia).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en 149 odontólogos, que respondieron un cuestionario estructurado anónimo de autorreporte para evaluar variables sociodemográficas, reporte de sospecha de MI y CAP frente a este. Los datos fueron analizados a través de frecuencia y proporciones. Para establecer relaciones entre la sospecha de MI con algunas variables de interés (sociodemográficas, CAP) se utilizó la prueba χ^2 con un nivel de confianza del 95 %.

Resultados: La ocurrencia actual de casos de sospecha de MI fue 5,3 % y alguna vez durante su práctica profesional del 34,4 %. Para el nivel de CAP sobre MI se obtuvieron puntajes promedio de 16,8/26 8,7/12 y 2,4/8, respectivamente. Al relacionar el nivel de conocimientos y variables sociodemográficas, las actitudes y prácticas, solo se encontró significancia estadística para el estrato socioeconómico ($p=0,001$), y entre las actitudes, con el lugar de procedencia ($p=0,04$) y edad ($p=0,002$).

Conclusiones: El nivel de conocimiento sobre MI fue deficiente, mientras las actitudes fueron favorables; sin embargo, al momento de presentarse un caso de sospecha, sus prácticas son inadecuadas, al no realizar descripción de lesiones, anotaciones en la historia clínica y reporte de casos.

Palabras clave: odontólogos, conocimientos, actitudes, prácticas.

Fecha de recepción: 4 de enero de 2017
Fecha de aceptación: 22 de abril de 2017

¹ Odontóloga, magíster en Salud Pública, y especialista en Gerencia en Salud. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. karrietav@unicartagena.edu.co

² Odontóloga, magíster en Salud Pública, especialista en Gerencia en Salud y Salud Familiar. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. sdiazc@unicartagena.edu.co

³ Odontóloga, magíster en Salud Pública, especialista Odontopediatría y ortopedia maxilar. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. kedent1@yahoo.com

Correspondencia: Shyrley Díaz Cárdenas. Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias (Colombia). sdiazc@unicartagena.edu.co

Abstract

Objective: To describe knowledge, attitudes and practices (KAP) on child abuse (AC) in dentists from Cartagena (Colombia).

Methods: Cross-sectional study performed on 149 dentists, second period 2013, an anonymous structured respondent's self-report questionnaire to assess demographic variables, reporting of suspected AC and KAP regarding this. Data were analyzed using frequency and proportions. To establish relationships between suspected AC with some variables of interest (sociodemographic, KAP) the χ^2 test was used with a 95 %.

Results: The current occurrence of cases of suspected CA was 5,3 % and sometime during his practice of 34,4 %. For the level of KAP on average scores of CA 16,8/26, 8,7/12, 2,4/8 they were obtained respectively. By relating the level of knowledge and sociodemographic variables, attitudes and practices, only statistical significance was found for socioeconomic status ($p=0,001$) and between attitudes to the birthplace ($p=0,04$) and age ($p=0,002$).

Conclusions: The level of knowledge of CA was low while attitudes were favorable; However, when presented a case of suspected practices are inadequate to stop doing the descriptions of injuries, medical records and reports do case.

Keywords: dentists, child abuse, knowledge, attitudes, practice.

INTRODUCCIÓN

Cada año millones de niños en el mundo son víctimas y testigos de violencia física, sexual y emocional (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que la violencia y el maltrato constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública; situación que amenaza la salud individual y colectiva, especialmente de la población infantil.

El maltrato infantil (MI) es definido por la OMS como

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años de edad, 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.

Este incluye: lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia) (2).

Investigadores han reportado la frecuencia o riesgo de padecer algún trastorno conductual posterior a cualquier tipo de maltrato infantil (3, 4, 5).

Otra consecuencia es la violencia transgeneracional; un niño maltratado presenta un alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la adultez a su pareja o a sus hijos si no recibe atención adecuada (4).

No es común que el MI sea un motivo de consulta; por lo cual el grupo de salud debe estar en condiciones de identificar estos casos y conocer las vías para proteger al niño en riesgo.

Detectar o reconocer el MI depende de los conocimientos y habilidades de los profesionales de salud, y su diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha, pero en pocas ocasiones las lesiones por maltrato son evidentes, como las del maltrato emocional, y es importante tener en cuenta los antecedentes personales y signos clínicos que hacen sospechar un caso de MI.

El odontólogo tiene la posibilidad de detectar posibles casos de abuso o negligencia dada la cercanía con el paciente (6).

Se ha descrito una correlación entre MI y lesiones patológicas en cabeza y cuello (7, 8).

Estudios epidemiológicos evidencian que del 50 al 77 % de lesiones físicas de niños maltratados aparecen en región oro-facial (boca, cara y cabeza) (9, 10). La caries dental también se asocia con abandono o negligencia. A pesar de esto y de la obligación que les asiste en el reporte de casos de sospecha de MI, el odontólogo no reporta estos casos, aun siendo consciente de su posición privilegiada en la detección de MI (11-13).

Dada la pertinencia del tema y los pocos estudios que existen Colombia sobre los CAP frente al MI en odontólogos, el objetivo de estudio consistió en describir la ocurrencia de sospecha de MI y los CAP sobre MI que poseen los odontólogos de Cartagena.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo realizado en odontólogos de Cartagena.

El universo de estudio estuvo conformado por las 136 personas naturales y 64 personas jurídicas autorizadas para prestar servicios de odontología en Cartagena según la base de datos suministrada por el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), acogiéndose a los criterios de inclusión: ser odontólogo y estar inscrito en el DADIS para prestar servicios odontológicos, que ejerza o haya ejercido su práctica profesional durante el último año, estar en su sitio de trabajo al momento de la visita y aceptar participar en el estudio a través del consentimiento informado por escrito.

Se tuvieron en cuenta las normas éticas estipuladas en la Declaración de Helsinki y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos; Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Procedimiento de recolección de información. Se ubicaron los sujetos de estudio de acuerdo con las direcciones registradas en la base de datos del DADIS; se explicaron los objetivos e importancia del estudio y motivó a la participación en el mismo (en los casos en los que se encontraran dos o más odontólogos, se escogía a uno de acuerdo con su disponibilidad y cumplimiento con los criterios de inclusión); luego, los que aceptaron participar firmaron consentimiento informado y se les suministró el cuestionario personalmente (en los casos en que el odontólogo estaba dispuesto a colaborar pero no contaba con el tiempo para diligenciar el cuestionario de forma inmediata, se le permitía que lo entregara al finalizar su jornada laboral).

Instrumento de recolección de la información. Se diseñó y utilizó un cuestionario de tipo prueba, autorreporte, anónimo, elaborado por expertos en el área de salud familiar, infancia y violencia y previamente valorado en prueba piloto para evaluar comprensión y pertinencia de preguntas, suficiencias de categorías, extensión de la encuesta; incluyó preguntas cerradas, abiertas y por selección de falso o verdadero, con la siguiente información: *Datos sociodemográficos* (sexo, edad, tipo de universidad de egreso, estrato socioeconómico y procedencia).

El conocimiento se evaluó en 20 preguntas, dándose dos puntos a cada respuesta correcta, uno a respuestas parcialmente correctas y cero a las incorrectas.

El nivel de conocimientos se estableció por rangos: deficiente (0-20), que corresponde hasta un 50 % de las preguntas respondidas correctamente; aceptable (21-31), hasta un 79 %, y bueno (32-40), de 80 a 100% de preguntas respondidas correctamente.

Se indagó por conocimientos relacionados con maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, indicadores y diagnóstico de MI y responsabilidades ante este evento.

Se evaluó el nivel de actitud a través de 6 preguntas, y se dio dos puntos a cada respuesta correcta y cero a las incorrectas, y se estableció los rangos desfavorables (0-7) y favorables (8-12).

Las prácticas frente al MI fueron evaluadas en 8 preguntas de selección múltiple con única respuesta, y se dio un punto a cada respuesta correcta y cero a las incorrectas, y se establecieron los rangos adecuadas (0-5) e inadecuadas (6-8).

Además se preguntó sobre la enseñanza recibida en el tema (instrucción previa, asignaturas en las que fueron abordadas las temáticas durante el pregrado y tiempo dedicado al estudio) y el reporte de sospecha de MI alguna vez durante su práctica profesional y reporte actual.

Análisis estadístico. Se realizó estadística descriptiva, estimación de ocurrencia de sospecha de MI a través de prevalencias y frecuencias y se determinaron los CAP y factores relacionados en odontólogos utilizando el programa Stata 12.0®.

Se relacionó la distribución de sospecha de MI en la consulta odontológica con algunas variables de interés (sociodemográficas, CAP).

Para establecer significancia de las relaciones se aplicó la prueba Chi², con intervalos de confianza al 95 % y un error máximo permitido del 5 %.

RESULTADOS

De los 200 odontólogos e IPS registrados en el DADIS, participaron 149; 40 no fueron localizados por encontrarse cerrados o no existir en el domicilio reportado, y 11 no devolvieron el instrumento; tasa de respuesta del 74,5 %.

La población estuvo compuesta por 59 % (88) mujeres, 41 % (61) hombres; 85,2 % en etapa de adulto joven (20-44 años) y media de edad de 35,5 años (DE 1,6), la gran mayoría (59,7 %) de estratos socioeconómicos altos (4,5,6), procedencia urbana (90,6 %) y egresados de universidades públicas (63,7 %).

Sospecha de maltrato Infantil. Con respecto a la ocurrencia actual de casos de sospecha de MI se presentaron 8 casos (5,3 %). La historia de sospecha de MI durante su práctica profesional fue de 34,4 % (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de casos de sospecha de maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia)

Sospecha de maltrato infantil	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Actualmente sospecha de maltrato infantil en alguno de sus pacientes			
Sí	8	5,3	1,7-9
No	141	94,6	90-98
Alguna vez ha sospechado de maltrato infantil en alguno de sus pacientes			
Sí	51	34,4	26-42
No	97	65,5	57-73

Fuente: autores.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Más de la mitad de los sujetos presentó un nivel deficiente de conocimiento, puntaje promedio: 16,8/26 (IC 95%: 16,5-17,1) (tabla 2), y se encontró que la mayoría conoce parcialmente la definición de MI (97,3 %; IC 95%: 94,6-99,9); aunque en su mayoría reconocieron los signos físicos y del comportamiento asociados con MI, reconocen la negligencia como un tipo de maltrato (90,6 %; IC 95 %: 85,8-95,3) y conocen sobre la responsabilidad del odontólogo respecto al MI (67,1 %; IC 95 %: 59,4-74,7).

Tabla 2. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) frente al maltrato infantil de los odontólogos de Cartagena (Colombia)

CAP	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%
Conocimientos			
Buenos (26-20)	8	5,37	1,7-9
Aceptables (19-18)	52	34,9	27,1-42,6
Deficientes (menos de 18)	89	59,7	51,7-67,6
Actitudes			
Favorables	100	67,1	59,4-74,7
Desfavorables	49	32,8	25,2-40,5
Prácticas			
Adecuadas	0	0	-
Inadecuadas	149	100	-

Fuente: autores.

En cuanto los conocimientos presentados sobre la existencia de un protocolo o guía del niño maltratado desde la consulta odontológica, se encontró que el 91,2% (IC 95%: 86,6-95,8) no tiene conocimiento de la existencia de los mismos.

Al evaluar el nivel de actitud referente al MI se obtuvo que la mayoría presentaría una actitud adecuada respecto a un posible caso de MI, puntaje promedio: 8,7/12 (IC 95 %: 8,3-9,1) (tabla 2), y está de acuerdo con reportar a las autoridades competentes (84,5 %; IC 95 %: 78,6-95,8), trato digno a pacientes con sospecha de MI (87,9 %; IC 95 %: 82,6-93,2), descripción de la sospecha en la historia clínica (81,8 %; IC 95 %: 75,6-88,1), y solo un 12,7 % (IC 95 %: 7,3-18,1) está de acuerdo con que el odontólogo brinde un tratamiento integral al menor maltratado.

En cuanto al nivel de prácticas de odontólogos ejecutadas respecto a sospecha de MI, se encontró que fueron inadecuadas en todos los sujetos, puntaje promedio: 2,4/8 (IC 95 %: 2,3-2,5) (tabla 2), y se observó que en cuanto al MI, la mayoría de las sospechas no se anotó en la historia clínica (63,4 %; IC 95 %: 49,9-76,9), no se realiza anamnesis y revisión diagnóstica con enfoque a riesgo de detección de MI (83,7 %; IC 95 %: 77,7-89,7) y no preguntan por conductas sospechosas a padres o acudientes (83,4 %; IC 95 %: 77,9-89,9).

Cuando se indagó por la educación recibida sobre el MI durante sus estudios de pregrado, se obtuvo que la mayoría (93,3 %; IC 95 %: 81,8-92,6) recibió en algún momento de su formación educación sobre el tema en el área de salud familiar, educación en salud, odontopediatría o ética, pero consideraron que el tiempo dedicado fue insuficiente; así que el 87,2 % (IC 95 %: 81,8-92,6) afirmó que no posee una buena capacitación al respecto y no se siente preparado para detectar MI desde la consulta Odontológica (79,1 %; IC 95 %: 72,6-85,7); considera que es un tema que requiere mayor capacitación e importancia en la formación como profesionales (96,6 %; IC 95 %: 93,7-99,5). El 95,3 % (IC 95%: 91,8-98,7) considera la obligatoriedad de la notificación de sospecha de MI desde la consulta odontológica.

Tabla 3. Relación entre nivel de conocimientos frente al maltrato infantil y factores sociodemográficos, actitudes y prácticas en odontólogos de Cartagena (Colombia)

Variables	Nivel de conocimientos frente al maltrato infantil			Valor de p
	Deficiente	Aceptables	Buenos	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Edad por ciclo vital individual				
Adulto joven (20 a 44 años)	78 (61,4)	44(34,6)	5(3,9)	0,15
Adulto maduro (mayor 45 años)	11(50)	8(36,3)	3(13,6)	
Sexo				
Masculino	31(50,8)	24(39,3)	6(9,8)	0,055
Femenino	58(65,9)	28(31,8)	2(2,2)	
Estratificación social				
Bajo a medio-bajo (1 a 3)	46(76,6)	10(16,6)	4(6,6)	0,001*
Medio- alto a alto (4 a 6)	43(48,3)	42(47,1)	4(4,4)	
Procedencia				
Rural	8(57,1)	4(28,5)	2(14,2)	0,2
Urbana	81(60)	48(35,5)	6(4,4)	
Facultad de egreso				
Pública	53(55,7)	34(35,7)	8(8,4)	0,07
Privada	36(66,6)	18(33,3)	0	
Actitudes				
Desfavorables	27(55,1)	19(38,7)	3(6,1)	0,7
Favorables	62(62)	33(33)	5(5)	
Prácticas				
Adecuadas	0	0	0	--
Inadecuadas	89(59,79)	52(34,9)	8(5,3)	

*Valores de p significantes.

Fuente: datos tabulados por los autores.

Al relacionar el nivel de conocimientos y variables sociodemográficas, actitudes y prácticas, solo se encontró significancia estadística para el estrato socioeconómico y se obtuvo mejores conocimientos en los estratos medio alto y alto en comparación con los estratos bajos o medio bajo ($\text{Chi}^2= 14,7$; $p=0,001$) (tabla 3); y para la relación entre actitudes y variables sociodemográficas se encontró significancia

estadística para el lugar de procedencia ($\text{Chi}^2= 4,11$; $p=0,04$) y la edad (ciclo vital individual) ($\text{Chi}^2=9,39$; $p=0,002$), y los sujetos provenientes de áreas urbanas y en ciclo vital de adulto maduro son los que mejores actitudes favorables tienen antes los posibles casos de abuso o maltrato infantil dentro de la consulta odontológica (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre las actitudes frente al maltrato infantil y factores sociodemográficos y prácticas en odontólogos de Cartagena (Colombia)

Variables	Actitudes frente al maltrato infantil		Valor de p
	Desfavorables	Favorables	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Edad por ciclo vital individual			
Adulto joven(20 a 44 años)	48(37,8)	79(62,2)	0,002*
Adulto maduro (mayor 45 años)	1(4,5)	21(95,4)	
Sexo			
Masculino	22(36)	39(63,9)	0,4
Femenino	27(30,6)	61(69,3)	
Estratificación social			
Bajo a medio-bajo (1 a 3)	22(36,6)	38(63,3)	0,42
Medio- alto a alto (4 a 6)	27(30,3)	62(69,6)	
Procedencia			
Rural	8(57,1)	61(42,8)	0,04*
Urbana	41(30,3)	94(69,6)	
Facultad de egreso			
Pública	35(36,8)	60(63,1)	0,17
Privada	14(25,9)	40(74)	
Prácticas			
Adecuadas	0	0	---
Inadecuadas	49(32,8)	100(67,1)	

*valores de p significantes.

Fuente: datos tabulados por los autores.

DISCUSIÓN

Se observó un deficiente nivel de conocimiento con respecto al MI en odontólogos; diferente a lo encontrado por Al-Dabaan(14) en odontólogos saudís y por Arrieta(15) en estudiantes de odontología en Cartagena, donde los conocimientos fueron adecuados.

La gran mayoría de los odontólogos participantes en esta investigación afirmó que no cuenta con la suficiente preparación en el tema, y se muestran inseguros para detectar el MI en su práctica diaria, al igual que lo reportado en otros estudios: Fierro (16), Al-Dabaan (14), Arrieta (15), Owais (17), y en contraposición a lo observado en odontólogos de Brasil (6,18); sin embargo, llama la atención que en todos estos estudios los odontólogos y estudiantes de odontología no mostraron estar preparados respecto a los casos de MI, en razón de que la información con la que cuentan no ayudó su detección clínica y no se cumplió con la responsabilidad legal del reporte.

Casi todos los odontólogos del estudio declararon que recibieron información sobre MI durante sus estudios, diferente de lo reportado en odontólogos chilenos (16), que informaron que solo el 50,9 % de los mismos contaba con información, y esta provenía principalmente de lecturas de Internet, televisión y noticias de otros medios de comunicación.

Esto plantea la necesidad de reforzar el tema del MI en los planes de estudio de pregrado, o para el caso de algunos programas, la incorporación de la temática en los mismos (6).

Además, se ha detectado que la adecuada formación es clave para facilitar e incrementar en el odontólogo la capacidad para reconocer y denunciar el MI (7).

Respecto a estos resultados es prioritario que el odontólogo esté bien informado y capacitado sobre el MI y conozca las rutas para denunciar los casos en los organismos correspondientes, dado el importante papel que posee en la detección primaria (4).

Si bien es cierto que el odontólogo está obligado por ley a denunciar las presuntas sospechas de casos de MI ante los directores de los centros de atención en salud donde se encuentre trabajando, para realizar a su vez el reporte de sospecha a los organismos protectores del menor y la familia, no es de su competencia realizar el diagnóstico confirmatorio de un niño maltratado, al no poseer los conocimientos médicos, psiquiátricos y forenses para poder realizar diagnósticos diferenciales entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por otras enfermedades. Pero sí puede durante el examen clínico adquirir las competencias y entrenarse para alertar y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente como resultado de las heridas o lesiones que afectan las estructuras orales o frente a un niño con otro tipo de maltrato, como el emocional o la negligencia o abandono (19).

Jouriles (20) al evaluar y comparar médicos, enfermeras y odontólogos en Irlanda del Norte encontró que estos últimos presentaron las puntuaciones más bajas para identificar y reconocer el MI, y además se destacaron por su falta de voluntad en realizar las denuncias. En este estudio, a pesar de que los odontólogos mostraron actitudes favorables hacia la importancia y necesidad del reporte de casos de MI, se observa una incongruencia con las prácticas, ya que más de la mitad de los mismos (63,4 %) que alguna vez sospechó, no consignó los hallazgos en las historias clínicas, es decir, no cumplió con el reporte.

Esta situación es observada en muchas investigaciones a nivel mundial (6, 7, 15, 17, 21, 22), donde se incumple con el rol protector infantil que le asiste al profesional de la salud por razones como desconocimiento de leyes, poca protección del Estado respecto a los profesionales implicados en el caso, experiencias anteriores que no se resolvieron favorablemente o que generaron sanciones para el denunciante, temor a represalias y al hostigamiento que pueden sufrir los profesionales por familiares del niño, cuya consecuencia genera un rechazo a todo lo relacionado con el aspecto legal y, en consecuencia, optan por no denunciar (6, 15-17, 20).

La negligencia y el descuido dental son los tipos de MI menos conocidos y detectados, a pesar de ser más frecuentes (6, 7, 23).

La negligencia dental es definida por la Academia Americana de Odontología Pediátrica como la “omisión intencional de los padres o tutores a buscar y seguir adelante con el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud oral esencial para la función de adecuada y la ausencia de dolor y infección”.

Una madre o padre negligente es aquel que después de haber sido advertido por el profesional de la importancia de la salud oral no lleva a su hijo a los controles periódicos con el odontólogo.

Signos clínicos de negligencia son: caries irrestricta e infecciones recurrentes que pueden llevar a la pérdida de dientes, abscesos y traumas dentoalveolares con manejo tardío y complicaciones en infecciones orales por tratamientos inoportunos (25).

John (11) reportó que solo el 20 % de odontólogos identifica la negligencia como una forma de abuso, diferente de lo aquí reportado, donde casi todos los participantes reconocen

este maltrato, al igual que los signos de la misma en cavidad oral.

Los odontólogos de este estudio poseen un nivel de conocimientos deficiente y actitudes favorables con respecto al MI; sin embargo, al momento de presentarse un caso de sospecha, sus prácticas son inadecuadas, al dejar de realizar las descripciones de las lesiones y anotaciones respectivas en la historia clínica y no hacer los reportes del caso. Además, son conscientes de la necesidad de incrementar su preparación sobre la temática y reconocen el desconocimiento en la existencia de guías de manejo y los protocolos de atención de estos niños.

Dada la alta prevalencia de abuso de menores y negligencia en Colombia y el alto porcentaje de las heridas bucales y faciales como consecuencia del MI (26), se recomienda motivar y sensibilizar al odontólogo respecto esta temática que propicie una atención integral con enfoque de riesgo que ayude identificar y evitar prácticas inadecuadas de atención a los niños por parte de sus padres o cuidadores.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena.

REFERENCIAS

1. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence (2006). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
2. Morante C; Kanashiro C. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev estomatol Herediana* 2009;19 (1): 50-54.
3. Lansford J, Dodge K, Pettit G, Bates J, Crozier J, Kaplow J. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002; 156: 824-830.
4. Hachity J, Huitzil E. Protocolo sobre detección y manejo del maltrato infantil en Odon-

- ología Pediátrica: Caso Puebla. *Rev. Acad. Mex. Odon. Ped* 2014, 26(2): 51-59.
5. García M. Consecuencias del maltrato físico infantil sobre los problemas de conducta: mediadores y moderadores. *Intelligo* 2006; 1 (1): 49-61.
 6. Souza M, Brito A, Domínguez J. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res* 2012; 26(1): 5-11.
 7. Manea S, Favero G, 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):19-25.
 8. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's Hospital. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (4): 521-34.
 9. Cairns A, Mok J, Welbury R. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J* 2005;199 (8): 517-20.
 10. Cavalcanti A. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast or Brazil. *Dent Traumatol* 2010; 26 (2): 149-53.
 11. John V, Messer L, Arora R, Fung S, Hatzis E, Nguyen T, et al. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australian Dental Journal* 1999; 44(4): 259-267.
 12. Bsoul S, Flint D, Dove S, Senn D, Alder M. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr Dent* 2003; 25(6):541-5.
 13. Jessee S. Risk factors as determinants of dental neglect in children. *ASDC J Dent Child* 1998; 65(1):17-20.
 14. Al-Dabaan R, Newton J, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J* 2014; 26(3):79-87.
 15. Arrieta K, Díaz S, González F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clín Med Fam* 2014;7(2): 103-111.
 16. Fierro C, Salazar E, Ruiz L, Luengo I, Pérez A. Maltrato infantil: actitud y Conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. *Int. J. Odontostomat* 2012; 5 (1):105-110.
 17. Owais A, Qudeimat M, Qodceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *Int J Paediatr Dent*. 2009; 19(4):291-6.
 18. Granville-Garcia A, Menezes V, Silva P. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev Odonto Cien* 2008; 23(1):35-9.
 19. M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas, M. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws", edición electrónica, enero 2010. Disponible en: www.ortodoncia.ws.
 20. Jouriles E, McDonald R, Slep A, Heyman R, Garrido E. Child abuse in the context of domestic violence: prevalence, explanations, and practice implications. *Violence Vict* 2008; 23 (2): 221-35.
 21. Pires J, Zubaran M, Vieira E, Nava T, Feldens L, Castilhos K et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5 (1): 103-8.
 22. Uldum B, Christensen H, Welbury R, Poulsen, S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent* 2011; 20 (5): 361-365.
 23. Kiran K, Kamala B. Child abuse and the role of a dental professional- The Indian scenario. *Child Abuse Negl* 2011; 35(3):157-158
 24. American Academy of Pediatrics Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care: Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1986, 78(3):537-9.
 25. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005; 116 (6):1565-8.
 26. Unicef - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. La niñez de Colombia en cifras. (2002). Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>