

Formación y competencias del odontólogo chileno para el abordaje del maltrato infantil. Estudio cualitativo.

Fernando Pérez Cabrera¹ , Valentina Fajreldin Chuaqui^{1,2} , Marcela Farías Vergara¹ .

Resumen: **Introducción:** Mundialmente, las lesiones de cabeza y cuello están presentes en más del 50% de los casos de maltrato infantil, por lo que el odontólogo podría tener un rol importante en su identificación y manejo. No obstante, tal oportunidad parece no ser aprovechada. **Objetivos:** Explorar las experiencias de odontólogos generales y especialistas en la identificación y manejo del maltrato infantil, así como las percepciones de trabajadoras sociales sobre el rol del odontólogo y la importancia del trabajo interdisciplinario en estos casos. **Material y métodos:** Estudio cualitativo-exploratorio, con muestreo por conveniencia. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad vía Zoom, a 18 individuos distribuidos en 3 grupos; 1. Odontólogos generales (n=8), 2. Odontólogos especialistas (n=7) y 3. Trabajadoras sociales con experiencia en casos de maltrato infantil (n=3). **Resultados:** Los odontólogos generales (Grupo 1) autoperceben falta de preparación para abordar el maltrato infantil, mientras que los especialistas (Grupo 2) adquirieron tal preparación en estudios de postgrado o en el ejercicio profesional. El desconocimiento del proceso de denuncia, el miedo, y la falta de incorporación del tópico en la formación de pregrado se reportan como las principales barreras para que un odontólogo denuncie maltrato infantil. Las experiencias del Grupo 3 relevan la necesidad del trabajo interdisciplinario para el abordaje del maltrato infantil. **Conclusiones:** Existe falta de preparación del odontólogo para abordar el maltrato infantil. Es necesario que las universidades chilenas revisen sus programas y establezcan la pertinencia de incorporar con más fuerza este contenido, además de fomentar el trabajo interdisciplinario.

Palabras clave: Maltrato a los niños, Educación en Odontología, Competencia profesional.

Formação e competências dos dentistas chilenos para o enfrentamento dos maus-tratos infantis: Estudo qualitativo

Resumo: **Introdução:** Mundialmente, entre 50% e 75% dos casos de maus-tratos infantis apresentam manifestações na região da cabeça e pescoço, indicando que o cirurgião-dentista pode desempenhar um papel crucial na sua identificação e denúncia. No entanto, essa oportunidade parece estar subaproveitada. **Objetivos:** Explorar as experiências de dentistas generalistas e especialistas na identificação e manejo dos maus-tratos infantis, bem como as percepções de assistentes sociais sobre o papel do dentista e a importância do trabalho interdisciplinar nesses casos. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo e exploratório, com amostragem por conveniência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade via Zoom com 18 indivíduos distribuídos em três grupos: 1. Dentistas generalistas (n=8), 2. Dentistas especialistas (n=7) e 3. Assistentes sociais com experiência em casos de maus-tratos infantis (n=3). **Resultados:** Os dentistas generalistas (Grupo 1) percebem-se como despreparados para lidar com os maus-tratos infantis, enquanto os especialistas (Grupo 2) adquiriram essa formação em estudos de pós-graduação ou na prática profissional. As principais barreiras para que os dentistas denunciem os maus-tratos infantis incluem o desconhecimento do processo de denúncia, o medo e a falta de inclusão desse tema na formação de graduação. As experiências do Grupo 3 ressaltam a necessidade do trabalho interdisciplinar para um manejo adequado dos maus-tratos infantis. **Conclusões:** Há uma lacuna na formação dos dentistas para lidar com casos de maus-tratos infantis. É essencial que as universidades chilenas revisem seus currículos e avaliem a necessidade de reforçar esse conteúdo, além de promover o trabalho interdisciplinar para garantir uma abordagem mais abrangente.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis, Educação em Odontologia, Competência Profissional.

¹Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.

² Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

Training and competencies of Chilean dentists in addressing child abuse: A qualitative study.

Abstract: Introduction: Worldwide, head and neck injuries are present in more than 50% of child abuse cases, meaning dentists could play a crucial role in their identification and management. However, this opportunity appears to be underutilized. **Objectives:** To explore the experiences of general and specialist dentists in identifying and managing child abuse, as well as the perceptions of social workers regarding the role of dentists and the importance of interdisciplinary work in these cases. **Materials and methods:** A qualitative-exploratory study using convenience sampling. In-depth, semi-structured interviews were conducted via Zoom with 18 individuals divided into three groups: 1. General dentists (n=8), 2. Specialist dentists (n=7), and 3. Social workers with experience in child abuse cases (n=3). **Results:** General dentists (Group 1) perceived themselves as lacking adequate preparation to address child abuse, whereas specialists (Group 2) acquired this training through postgraduate studies or professional practice. The main barriers preventing dentists from reporting child abuse include a lack of knowledge about the reporting process, fear, and the absence of this topic in undergraduate training. The experiences of Group 3 emphasize the necessity of interdisciplinary collaboration to effectively address child abuse. **Conclusions:** There is a lack of adequate training for dentists to handle child abuse cases. Chilean universities should review their curricula and assess the need to reinforce this content, as well as promote interdisciplinary collaboration to ensure a more comprehensive approach.

Key words: Child abuse, Dental Education, Professional Competence.

Introducción

El maltrato infantil (MI) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "cualquier tipo de maltrato físico o emocional, abuso sexual, desatención o trato negligente, explotación comercial o de otra índole que ocasione daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño". Además, señala que este maltrato se da en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder y distingue 4 tipos de maltrato: maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico/emocional y la desatención o trato negligente¹. En los últimos años se ha descrito también la negligencia dental, definida por la *American Academy of Pediatric Dentistry* como el "fracaso deliberado de los padres o cuidadores en buscar y seguir el tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral que permita la función adecuada, libre de dolor e infección para el niño"².

Las consecuencias del MI son diversas y tangibles en todas las etapas del ciclo vital. En la primera infancia los niños pueden experimentar apego inseguro, afectando la capacidad para comunicarse e interactuar con otros³; en la infancia el niño maltratado puede disminuir su rendimiento escolar, presentar retraso en el desarrollo del lenguaje y/o tener conductas de internalización (ser introvertido, aislamiento, depresión) o externalización (agresividad, hiperactividad)⁴; en adolescentes maltratados se reporta que existe mayor riesgo de presentar ideación suicida, depresión, y dependencia a sustancias en comparación con adolescentes que no fueron maltratados⁵.

Con respecto a la prevalencia del MI, las estimaciones varían ampliamente entre países, tanto por la heterogeneidad de las metodologías de medición, como por las definiciones de MI utilizadas y el tipo de maltrato estudiado, entre otras

variables. Aun así, la OMS reporta que casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años sufren regularmente castigos físicos y/o violencia psicológica a manos de sus padres o cuidadores, y que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres informan haber sido abusados sexualmente entre la edad de 0 y 17 años⁶.

En Chile, un 62,2 % de los niños ha sufrido violencia psicológica en su vida; 50,4 % violencia física leve; 28,2 % violencia física grave y 8,7% de abuso sexual⁷. En este país, es obligación legal del profesional de salud denunciar al Ministerio Público o Policía cualquier hecho que constituya delito dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal, incluido el MI. Además, el Ministerio de Salud (MINSAL) dispone de guías específicas con flujogramas y conductos regulares para el manejo del MI⁸.

El MI es un fenómeno complejo que involucra múltiples dimensiones psicológicas, sociales, legales y clínicas, en cuya identificación y manejo participan profesionales de distintas áreas, haciendo necesario el trabajo interdisciplinario (TI)^{8,9}. Las lesiones de cabeza y cuello están presentes en más del 50% de los casos de MI^{10,11} por lo que el Odontólogo puede tener un importante papel en su detección y manejo. Sin embargo, en Chile, el MI como tópico no parece estar siendo integrado en la formación odontológica de pregrado y, por el contrario, sólo aparecería en la experiencia profesional concreta, en el contexto de instituciones de salud.

El objetivo de este estudio es explorar las experiencias de odontólogos generales

y especialistas en la identificación y manejo del MI, así como las percepciones de trabajadoras sociales sobre el rol del odontólogo y la importancia del TI en estos casos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio exploratorio, por tratarse de un tema emergente, y cualitativo, para conocer en profundidad las experiencias y percepciones de los sujetos sociales involucrados con esta temática.

Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad, para lo cual se diseñó expresamente un instrumento (pauta de entrevista), que fue piloteado en un sujeto con el mismo perfil de cada grupo del estudio (total de pilotaje: 3 sujetos). Las entrevistas piloto no fueron utilizadas en el análisis final de los datos de este estudio. El pilotaje permitió ajustar la pauta considerando matices para cada uno de los tres grupos de sujetos y se organiza en torno de dimensiones dentro de las cuales se encuentran distintos ítems a modo de guía temática para el entrevistador (Tabla 1). Como es propio de instrumentos cualitativos, los ítems fueron aplicados conforme permitía la interacción con cada sujeto, recogiendo con flexibilidad las categorías emergentes.

La muestra fue escogida por conveniencia; con criterios de factibilidad y acceso. Los sujetos fueron reclutados mediante muestreo de bola de nieve, a partir de un grupo semilla compuesto por odontólogos recién egresados de la generación universitaria del autor principal, así como docentes

Tabla 1. Pauta temática para entrevista, por Grupo (1,2,3) y dimensiones propuestas (I: encuentro y caracterización, II: maltrato infantil, III: herramientas)

GRUPO 1: ODONTÓLOGOS GENERALES	
I	Encuentro y caracterización: Presentación y explicación de los objetivos del estudio, buscar conocer al sujeto como persona y sus procesos formativos, identificando sus motivaciones, trayectoria y expectativas laborales.
II	Maltrato infantil: Énfasis en lo teórico; definiciones y nociones desde su propio conocimiento, percepción de importancia del tema y la relación con la odontología, preparación (competencias auto percibidas).
III	Herramientas: Desde casos hipotéticos, qué herramientas cree necesarias para abordar el MI, qué recomendaciones haría al respecto para sus pares, qué recomendaría a las instituciones de pregrado para el abordaje de este tópico.
GRUPO 2: ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS	
I	Encuentro y caracterización: Presentación y explicación de los objetivos del estudio, buscar conocer al sujeto como persona y sus procesos formativos, identificando sus motivaciones, trayectoria y expectativas laborales.
II	Maltrato infantil: Énfasis en lo empírico; experiencias, manejo del MI (denuncia, derivaciones, protocolos, barreras), relevancia de lo interdisciplinar, valoración de la posición de las instituciones frente al tema.
III	Herramientas: Desde su experiencia, qué herramientas (competencias auto percibidas) le han ayudado en el manejo del MI, cuáles de ellas posee gracias a su formación de pregrado y cuáles adquirió en su ejercicio profesional, cuáles considera indispensables, recomendaciones a las instituciones de pregrado para el abordaje del tópico y también para eliminar las barreras en el manejo (si es que las percibió en la dimensión anterior).
GRUPO 3: TRABAJADORES SOCIALES	
I	Encuentro y caracterización: Presentación y explicación de los objetivos del estudio, buscar conocer al sujeto como persona, identificando sus motivaciones, trayectoria y expectativas laborales.
II	Maltrato infantil: Énfasis en lo empírico; experiencias, manejo del MI (haciendo énfasis en las barreras en el proceso que pueda percibir o no), relevancia de lo interdisciplinar (experiencias de trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la salud, incluyendo odontólogos), valoración de la posición de las instituciones que participan en el proceso de denuncia.
III	Herramientas: Desde su experiencia, qué herramientas le han favorecido más en su desempeño con relación al MI, cuáles de ellas considera que deberían ser transversales a cualquier profesional de salud, recomendaciones para eliminar las barreras en el manejo (si es que las percibió en la dimensión anterior).

universitarios o profesionales conocidos del equipo de investigación.

El estudio consideró tres grupos de sujetos:

1. Odontólogos generales con máximo 3 años desde su egreso para que dieran información sobre la integración del tópico MI en la formación de pregrado, sin que esta información fuese sesgada por lo aprendido en estudios de postgrado o producto de una larga experiencia clínica.

2. Odontólogos con título de postgrado y/o más de 5 años de experiencia clínica, para comparar sus percepciones y experiencias sobre el tópico MI entre pregrado y postgrado y cómo estas influyeron en su experiencia clínica.

3. Trabajadoras sociales desempeñándose en labores relativas a casos de menores maltratados, para que dieran a conocer sus experiencias en torno a la participación de odontólogos en la identificación y manejo de víctimas de MI, y su valoración sobre el trabajo

interdisciplinario (TI) como herramienta para el abordaje del MI.

Las entrevistas fueron realizadas por un miembro del equipo de investigación (FP), entrenado previamente en metodología cualitativa. Fueron realizadas vía Zoom durante el primer semestre del año 2022, luego de recibir el consentimiento informado firmado y aceptado por el participante. El instrumento de Consentimiento Informado y la pertinencia ética de la investigación, tuvieron como garante los procedimientos éticos establecidos por el Comité de Ética Científica (CEC) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y la Dirección de Extensión de la misma Facultad, que integró esta investigación bajo el Proyecto PRI-ODO 2020 - 05.

La duración de cada entrevista fue de alrededor de una hora. Si bien se definió preliminarmente una cantidad de 10 entrevistas por grupo, la saturación de la información determinó que el total de ellas fuera de 18 (16 entrevistas a sujetos provenientes de la Región Metropolitana de Santiago, 1 sujeto de la Región de Aysén y 1 sujeto de la Región de los Lagos, estas últimas ubicadas en el sur de Chile).

De la grabación de Zoom sólo se utilizaron para transcribir íntegramente los audios, pues el lenguaje no verbal no representó interés para los investigadores. La transcripción fue codificada de manera inductiva, categorizada de acuerdo con las dimensiones originales y emergentes de la pauta temática, luego de lo cual se procedió a realizar un análisis de contenido. Todo el proceso de sistematización y análisis de la data fue de tipo manual, sin uso de software, por decisión expresa de este equipo de investigación.

Resultados

Se obtuvo una muestra final 18 sujetos, 8 del Grupo 1, 7 del Grupo 2, y 3 del Grupo 3, cuya caracterización se observa en la Tabla 2. Realizado el análisis de contenido, se presentan, por grupo, los principales hallazgos, considerando dimensiones propuestas y emergentes en el discurso.

Odontólogos generales

En el grupo de odontólogos generales (grupo 1), las experiencias con casos de MI son casi nulas (en el ejercicio y la formación de pregrado), y relatan que no se sienten preparados para identificar y/o denunciar MI. Ninguno de los entrevistados mostró seguridad al hablar de las definiciones que manejaban y el concepto de MI se asoció únicamente a lesiones físicas evidentes, tendiendo a minimizar otras formas de maltrato como la negligencia. Además, todos los entrevistados (provenientes de 5 universidades chilenas distintas, 4 privadas y 1 estatal) coinciden en que este tema no fue abordado adecuadamente en su formación de pregrado:

"Entonces si tú me preguntas qué aprendí en pregrado..., la verdad es que no te podría responder mucho al respecto, ya que en mi memoria no recuerdo que me lo hayan pasado tan directamente, sino que lo aprendí por fuera [...]" (Hombre, 1 año de egreso de universidad estatal).

Se criticó también que, en dicha formación, la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria es prácticamente nula, ya que los equipos académicos están conformados exclusivamente por

Tabla 2. Características de la muestra según Grupo (1,2,3) e individuo (i).

GRUPO 1: ODONTÓLOGOS GENERALES				
i	Sexo	Universidad	Tiempo de ejercicio	Área de ejercicio experimentadas
1	Hombre	Privada	12 meses	Privada (clínica†)
2	Mujer	Privada	12 meses	Privada (clínica) y pública (APS‡)
3	Mujer	Privada	6 meses	Privada (clínica y consulta§)
4	Hombre	Privada	2 meses	Privada (clínica)
5	Hombre	Estatal	15 meses	Privada (clínica, consulta) y pública (APS)
6	Hombre	Estatal	11 meses	Privada (consulta) y público (APS)
7	Hombre	Estatal	18 meses	Privada (clínica) y público (APS)
8	Hombre	Estatal	14 meses	Privada (clínica) y público (APS)
GRUPO 2: ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS*				
i	Sexo	Estudios de postgrado	Área de ejercicio experimentada	
1	Mujer	Odontología legal y forense	Privada (clínica y consulta) pública (APS), docencia (pre y postgrado)	
2	Mujer	Salud pública	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	
3	Hombre	Implantología	Privada (consulta)	
4	Mujer	Odontología legal y forense, Patología y medicina oral	Privada (consulta), pública (APS), y docencia (pre y postgrado)	
5	Mujer	Cuidados especiales en odontología	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	
6	Mujer	Odontología legal y forense, Patología y medicina oral	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	
7	Hombre	Radiología, Salud pública	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	
GRUPO 3: TRABAJADORAS SOCIALES**				
i	Sexo	Profesión	Área de ejercicio experimentada	
1	Mujer	Trabajadora social	Pública (APS)	
2	Mujer	Psicóloga	Pública (APS, ¶ SENAME)	
3	Mujer	Trabajadora social	Privada (docencia) y pública (SENAME)	

† Atención privada en modalidad clínica particular.

‡ Atención Primaria de Salud.

§ Atención privada en modalidad de consulta propia, independiente.

¶ Servicio Nacional de Menores

*Todos los individuos del grupo 2 tenían más de 10 años de experiencia clínica.

** Todos los individuos del grupo 3 tenían más de 5 años de experiencia trabajando con menores maltratados.

odontólogos (generales o especialistas). No les queda claro si existen protocolos o conductos regulares para el manejo del MI en la formación de pregrado. Con respecto a recursos emanados del MINSAL para el manejo de casos de MI, así como del marco legal que envuelve estos casos, el desconocimiento fue absoluto.

Una de las dimensiones emergentes en este grupo fueron las diferencias existentes según área del ejercicio profesional (pública o privada), así como la necesidad del TI. En el área privada, no existen protocolos para el manejo del MI y el TI es escaso, mientras que en el área pública si existen dichos protocolos y más instancias para el TI.

Considerando las críticas anteriormente mencionadas, los entrevistados consideran importante abordar el tópico MI en la formación de pregrado, para así sensibilizar a los futuros odontólogos y a la comunidad en general sobre la importancia de tener las competencias para la identificación y

denuncia del MI. Asimismo, se recomendó integrar a profesionales de diversas disciplinas al equipo académico, para favorecer el TI, asociado con un buen manejo del MI. En la Tabla 3 se observa una síntesis de los resultados obtenidos en este grupo.

Tabla 3. Síntesis de hallazgos obtenidos en el Grupo 1 (Odontólogos Generales).

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Falta de preparación para abordaje del MI.
	Experiencias con niños maltratados	<ul style="list-style-type: none"> Las experiencias en el ejercicio con casos de MI son poco frecuentes. Las experiencias en pregrado son escasas.
Herramientas	Competencias auto - percibidas	<ul style="list-style-type: none"> Los odontólogos generales no se sienten preparados para el abordaje del MI.
	Recursos desde MINSAL	<ul style="list-style-type: none"> Existe desconocimiento de los recursos en torno al MI emanados desde el Ministerio de Salud.
	Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento absoluto.
Formación en pregrado	Valoración	<ul style="list-style-type: none"> En general, la formación de pregrado en torno al MI es valorada como escasa.
	Trabajo interdisciplinario (TI)	<ul style="list-style-type: none"> No existen instancias para el trabajo interdisciplinario (TI).
	Manejo del MI	<ul style="list-style-type: none"> No queda claro si existen o no protocolos para el manejo del MI en la formación de pregrado. El docente asume todo el manejo frente a un caso de MI, dejando de lado al estudiante.
	Recomendaciones para el abordaje del MI	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar profesionales de todas las áreas al equipo docente para favorecer el TI. Sensibilizar a la comunidad odontológica sobre el tópico.
Área del ejercicio profesional	Trabajo interdisciplinario (TI)	<ul style="list-style-type: none"> En el área privada de salud no existen instancias de TI, mientras que en el área pública de salud si existen.
	Protocolos para el manejo de MI	<ul style="list-style-type: none"> Existen en el área pública del ejercicio, más no en el área privada.

Odontólogos especialistas

El grupo de odontólogos especialistas (grupo 2) presentó una mirada más amplia con respecto a lo que abarca el MI, mencionando con mayor énfasis elementos propios de la anamnesis para la identificación del niño maltratado, por sobre aquellos elementos pesquisables en el examen físico, e identificando también la negligencia como maltrato. Con respecto a los protocolos existentes en el lugar de trabajo para el manejo del MI, se señaló que en el área privada del ejercicio profesional no existen protocolos, mientras que en el área pública si existen.

Al ser consultados por las barreras en el proceso de identificación y denuncia del MI, los especialistas indicaron; la falta de formación de pregrado en MI, el temor a errar en el diagnóstico de MI por parte del profesional que pesquiza, miedo a represalias por parte de la familia de la víctima, la falta de comunicación entre las entidades que participan del proceso de denuncia (juzgados, policía), y el tiempo que hay que dedicar al proceso.

Referente al marco legal del proceso de denuncia de MI, los odontólogos especialistas mostraron manejo de las obligaciones legales del profesional de salud frente a un caso así, pero no supieron responder cuáles eran los amparos legales que los protegía frente a, por ejemplo, amenazas en su contra, o frente a un error en la sospecha que emitían.

La mayoría de los sujetos que conforman este grupo poseían larga experiencia en docencia de pre y postgrado, siendo muy vehementes en identificar como

barrera la poca valoración del tópico como contenido específico dentro de las mallas curriculares de sus respectivas instituciones, a nivel de pregrado:

"Yo creo que es insuficiente lo que se ha hecho al respecto. O sea, no lo hemos abordado en el currículo de las carreras de Odontología [...] Creo que es insuficiente la educación que se da en el pregrado, y también insuficiente la inducción que se da a nivel de los establecimientos de salud frente a estos temas" (Mujer, especialista en salud pública y docente de pre y postgrado)

En este grupo surgieron también distintas recomendaciones para el abordaje del MI en la formación de pregrado, incluyendo; inculcar el enfoque biopsicosocial como modelo de atención, el uso de casos clínicos como manera práctica de transmitir los contenidos, dar relevancia al tópico mediante mayor integración de este en el currículum y que el abordaje sea transversal en todas las unidades o departamentos académicos, con una comunicación constante entre ellos. En la Tabla 4 se observa una síntesis de los resultados obtenidos en este grupo.

Trabajadoras sociales

El grupo de trabajadoras sociales, considerando sus vastas experiencias trabajando con menores maltratados, fueron consultadas por el proceso de denuncia que envuelve a los casos de MI. En general, se menciona la existencia de protocolos para el manejo de estos casos, pero pareciera ser que estos no están bien difundidos, y tampoco queda claro si

Tabla 4. Síntesis de hallazgos obtenidos en el Grupo 2 (Odontólogos Especialistas).

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Experiencias con niños maltratados	<ul style="list-style-type: none"> •Se debe poner más atención a la negligencia en el cuidado como forma de MI.
	Barreras en el proceso de denuncia	<ul style="list-style-type: none"> •Aparente falta de protocolos para la denuncia. •Otras entidades (Policía, Fiscalía). •El tiempo necesario para ejecutar la denuncia. •El temor del profesional es una de las principales barreras. •Falta de incorporación del tópico en pregrado.
	Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> •Es obligación legal para el profesional denunciar casos de MI, pero no quedan claros los amparos legales que lo resguardan.
Herramientas	Identificación del niño maltratado	<ul style="list-style-type: none"> •Sociografía, entrevista en profundidad y anamnesis como herramientas indispensables para la identificación de MI.
	Trabajo interdisciplinario (TI)	<ul style="list-style-type: none"> •El TI es indispensable para identificar y gestionar el MI.
	Protocolos en el lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> •Existen en el área pública del ejercicio, más no en el área privada.
Formación en pregrado	Integración del tópico	<ul style="list-style-type: none"> •La integración del MI en la formación de pregrado es percibida como insuficiente.
	Barreras en la docencia	<ul style="list-style-type: none"> •Percepción de baja importancia del tópico.
	Recomendaciones para el abordaje del tópico	<ul style="list-style-type: none"> •Usar casos clínicos como herramienta. •Entrega de herramientas para abordar caso con enfoque biopsicosocial. •Comunicación fluida entre los distintos departamentos académicos.

existen instancias de inducción de estos protocolos en el lugar de trabajo.

Con respecto a sus experiencias con otros profesionales de salud para el manejo de casos de MI, incluyendo odontólogos, señalan que por lo general cuando estos sospechan de un caso de MI, notifican de manera informal a los trabajadores sociales y les relegan a ellos todo el manejo del caso, lo que puede dificultar la respuesta oportuna:

" [...] los profesionales de la salud un poco

se están desligando de denunciar, tanto sea violencia a los niños, entre las parejas, o adultos mayores, y se nos olvida de repente cuando somos funcionarios públicos, que somos garantes de derecho" (Trabajadora social, 7 años trabajando con menores maltratados).

También, en estas experiencias, la participación de otros profesionales de salud en el abordaje del caso dependerá de la voluntad del propio profesional y si tiene formación específica en este tipo de casos (por ejemplo, en salud mental):

"[...] Mira, eso igual depende harto del profesional. Porque por ejemplo nos han llegado casos de médicos o dentistas que dan el caso y luego chao, como que nosotras damos la devolución y listo, no hay más seguimiento [...] pero está también lo contrario, que están ahí al tanto, están preguntando, están constantemente entregando quizás los antecedentes, porque pasa mucho que nos dicen algo a nosotras y le dicen algo distinto a las enfermeras o a las matronas, entonces también hacemos el cruce de información. Y nosotras por nuestra puerta también hacemos la coordinación, buscamos a los profesionales para hacer la devolución o dar nuevos antecedentes cuando son importantes. Yo tengo harto contacto con los médicos de salud mental" (Psicóloga, 5 años trabajando con menores maltratados).

En el discurso surgió como una de las barreras en el proceso de denuncia, las amenazas a las que están expuestos los funcionarios y la falta de protección frente a ellas, y también en reiteradas oportunidades emergió como una barrera las instituciones que reciben o gestionan la denuncia, aludiendo a la falta de

capacitación percibida de los funcionarios de algunas de esas instituciones, las largas lista de espera, la saturación de trabajo administrativo y la normalización de la violencia.

Sobre las herramientas necesarias para la identificación del menor maltratado, en este grupo se dio importancia al TI, también al realizar una acabada anamnesis, incorporando a ella elementos como el dibujo y la conversación en profundidad, y el usar las inasistencias registradas en la ficha clínica como una alerta temprana. En la Tabla 5 se observa una síntesis de los resultados obtenidos en este grupo.

" [...] es muy importante el trabajo interdisciplinario porque tenemos que estar en constante comunicación con los demás profesionales. Nos derivan los casos, tenemos que dar una devolución de la visita de despeje, tenemos que identificar qué vieron ellos como profesionales, lo que identificó la enfermera, lo que identificó el odontólogo [...]" (Psicóloga, 5 años trabajando con menores maltratados).

Tabla 5. Síntesis de resultados obtenidos en el Grupo 3 (Trabajadoras Sociales)

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Experiencias con otros profesionales	<ul style="list-style-type: none"> •Notificaciones informales dificultan respuesta. •Participación en denuncia depende de voluntad y formación del profesional de salud.
	Proceso de denuncia	<ul style="list-style-type: none"> •Existen protocolos para el manejo del MI, pero estos no son utilizados; todo el manejo es relegado al trabajador social.
	Barreras en el proceso de denuncia	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de comunicación entre entidades participantes en el proceso de denuncia. •Falta de capacitación de funcionarios que reciben la denuncia. •Amenazas a profesionales que denuncian. •Poco interés por parte de profesionales de salud.
Herramientas	Trabajo interdisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> •El TI es indispensable para identificación y manejo del MI. •Existen instancias para el TI, no siempre bien utilizadas.
	Identificación del niño maltratado	<ul style="list-style-type: none"> •Además del TI, es importante una acabada anamnesis, incorporando elementos como el dibujo y la conversación en profundidad, y las inasistencias a controles de salud.
	Protocolos en el lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> •Existen protocolos, pero no son muy utilizados por el profesional de salud.

Discusión

Los odontólogos, como parte del equipo de salud, pueden contribuir a la identificación y denuncia del MI, pero parece ser que dicha oportunidad está siendo desaprovechada. Para entender el porqué de aquello, este estudio se aproximó a la realidad desde la visión de odontólogos generales y especialistas, además de trabajadoras sociales que trabajan con niños maltratados.

Los resultados de este estudio indican que el odontólogo no se siente preparado para identificar y denunciar el MI, lo que es concordante con la literatura mundial¹²⁻¹⁶. Además, emergieron diversas barreras en el proceso de denuncia de un caso de MI, algunas de ellas coincidentes con los reportes, como el temor a errar en el diagnóstico de maltrato¹⁷⁻¹⁹, y el desconocimiento del proceso de denuncia^{12,13,16,20,21}, pero también emergieron otras como la falta de incorporación del tópico MI en la formación de pregrado y la falta de capacitación de funcionarios policiales que reciben la denuncia. En el caso de Chile, es una obligación legal del profesional de salud denunciar el MI en caso de ser pesquisado, existiendo directrices emanadas desde el MINSAL para tal fin. No obstante, los hallazgos de este estudio señalan que tales directrices no son conocidas por el odontólogo.

En este estudio, tanto odontólogos generales como especialistas señalan que no recibieron capacitación sobre el abordaje del MI en su formación de pregrado. Esto concuerda con estudios internacionales como los de da Silva²², Kural¹⁵, y Markovic¹²,

quiénes reportan, respectivamente, que un 94,7%, un 89,4% y 92,4% de sus muestras de odontólogos no habían recibido formación de pregrado en torno al MI. Otros estudios chilenos también concuerdan con la escasa incorporación del tópico MI en la formación odontológica. Fierro-Monti señala que el 50,9% de su muestra declaró haber recibido información sobre MI, pero en cuanto a la fuente de esta información, "esta no se encontró en el pregrado de la carrera de Odontología"²³. En nuestro país, un estudio realizado en 2018 confirma el vacío existente en el currículum de pregrado sobre formación en MI, donde se cita a una Comisión de la Asociación Chilena de Enseñanza en Odontología (ACHEO) que, luego de analizar los programas provistos por profesores que imparten la asignatura de pregrado "Odontología Legal" en 11 universidades chilenas, informó que el tópico "Abuso y Maltrato Infantil", "es abordado sólo por una facultad de odontología en todo Chile"²⁴.

Otra arista que se relevó en este estudio con respecto a la falta de competencias para la identificación y manejo del MI por parte de odontólogos, es el TI. Este se constituye como una herramienta indispensable para la identificación y manejo del MI^{8,9}. No obstante, el TI parece no ser muy practicado por odontólogos. Esto se explica porque el TI en el nivel de pregrado es únicamente teórico, ya que los equipos académicos-clínicos suelen estar conformados solo por odontólogos, y esta falta de instancias de TI en pregrado produce una normalización del trabajo profesional individual, haciendo que el profesional egresado permanezca indiferente frente a la existencia o no de instancias para el TI en el ejercicio, y que su participación en el equipo interdisciplinario

de salud sea escasa, lo que en este estudio también fue advertido por el grupo de trabajadoras sociales. Al respecto, un interesante estudio²⁵ aplicó un cuestionario validado para medir qué tan preparados para el TI se encontraban estudiantes de medicina, enfermería y odontología, obteniendo resultados significativamente menores en los estudiantes de odontología en comparación con sus pares de medicina y enfermería, y para buscar una posible explicación a esos resultados, se realizaron grupos focales, donde emergió como una de las posibles explicaciones que los estudiantes de odontología "rara vez sintieron la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria".

Existieron algunas limitaciones en el estudio como la falta de una muestra más amplia (cantidad de entrevistados) que permitiera un abordaje más profundo respecto de las diferencias que pudieran estar ocurriendo en la formación odontológica comparando tipo de universidad de egreso (estatal o privada), variable que en Chile podría ser particularmente sensible. Asimismo, dadas las dificultades de movilidad física y de conectividad en la post pandemia, cuando se tomaron los datos, este estudio contó con una variabilidad también limitada respecto de la diversidad regional a lo largo del país. En el grupo de estudio 2, casi la mitad de los odontólogos era especialista en Odontología legal y forense, lo que puede representar un sesgo ya que tienen una mayor formación y experiencia en casos de MI en comparación con otras especialidades. Futuros estudios podrían considerar estas variables (tipo de universidad, diversidad regional, proporción de especialidades y diferencias entre ellas) en sus diseños muestrales con tal de disminuir el sesgo, así como un análisis minucioso de los currículums universitarios con que se forman los futuros odontólogos

del país; tema que excedió a los objetivos y capacidades del presente estudio. No obstante, por tratarse de un estudio exploratorio, los datos emanados del mismo prestan utilidad a la continuidad de estudios en este campo, que puedan profundizar en algunas aristas y poblaciones. Asimismo, por haber utilizado una metodología cualitativa, el estudio facilita la exploración experiencial de fenómenos en el campo social de la odontología, lo que en si mismo resulta novedoso y valioso, rescatando de la manera más fidedigna posible el discurso de los individuos y analizándolo de manera sistemática.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian brechas en la formación de pregrado de los odontólogos respecto a la identificación y manejo del MI, como también en la integración de un enfoque interdisciplinario que permita una respuesta coordinada en el sistema de salud. Estas brechas dificultan el desarrollo de competencias para identificación y manejo del MI, y perpetúa la desconexión del odontólogo con otros profesionales frente a estos casos. Es necesario que las universidades chilenas revisen sus programas y establezcan la pertinencia de incorporar con más fuerza este contenido y favorecer el TI, promoviendo una preparación más sólida para el abordaje del MI desde un enfoque integral.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran no tener Conflictos de Intereses.

Referencias

1. Butchart A, Harvey AP. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006; 9–10.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. 2020; p.18.
3. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000; 230–234.
4. Lamont A, Bromfield L. Effects of child abuse and neglect for children and adolescents. *National Child Protection Clearinghouse, Australian Institute of Family Studies*; 2010; 1–7.
5. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Negl*. 2008;32(6):607–19.
6. World Health Organization (WHO). Child maltreatment [Internet]. 2022 [citado 2022 feb 28]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
7. UNICEF. 4° estudio de maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006-2012. UNICEF. 2012; 22–43.
8. Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegría S. Maltrato Infantil: Conocimiento y actitud del cirujano dentista. Marco legal y revisión de la literatura. *Int J Odontostomatol*. 2020;14(2):160–6.
9. Herbert JL, Bromfield L. Multi-disciplinary teams responding to child abuse: Common features and assumptions. *Child Youth Serv Rev*. 2019;106:104472. .
10. Cavalcanti AL. 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 of Brazil. *Dent Traumatol*. 2010;26(2):149–53.
11. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Clinical Guidelines, Reference Manual*. 2010;32(6):137–40.
12. Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M, Huseinbegovic A, *et al*. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater Sociomed*. 2015; 27(6): 372–5.
13. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse and Negl*. 2016;54:43–56.
14. 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;17(5):387–95.
15. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga İ. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(2):100–6.
16. Özgür N, Ballıkaya E, Güngör HC, Ataç AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J*. 2020;70(2):145–51.
17. Dalledone M, de Paola APB, Correr GM, Pizzatto E, de Souza JF, Losso EM. Child abuse: Perception and knowledge by public health dentistry teams in Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2015;14(3):224–9.
18. Jahanimoghadam F, Kalantari M, Horri A, Ahmadipour H, Pourmorteza E. A Survey of knowledge, attitude and practice of Iranian dentists and pedodontists in relation to child abuse. *J Dent (Shiraz)*. 2017;18(4):282–8.
19. Clarke L, Chana P, Nazzal H, Barry S. Experience of and barriers to reporting child safeguarding concerns among general dental practitioners across Greater Manchester. *Br Dent J*. 2019;227(5):387–91.
20. Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2016;6(2):118–23.
21. 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*. 2018;19(2):105–18.

22. Da Silva RA, Goncalves LM, Rodrigues ACA, Da Cruz MCFN. The dentist's role in identifying child abuse: An evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. *Gen Dent.* 2014;62(1):62–6.
23. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato infantil: Actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. *Int J Odontostomatol.* 2012;6(1):105–10.
24. Fonseca GM, Letelier-Acevedo N, Lozano-Gómez R. Odontólogos y obligación de denuncia del abuso sexual infantil en Chile: Oportunidades perdidas. *Int J Odontostomatol.* 2018;12(4):431–6.
25. Numasawa M, Nawa N, Funakoshi Y, Noritake K, Tsuruta J, Kawakami C, *et al.* A mixed methods study on the readiness of dental, medical, and nursing students for interprofessional learning. *PLoS ONE.* 2021;16(7).

Recibido 08/10/24

Aceptado 20/07/25

Correspondencia: Valentina Fajreldin, correo: vfajreldin@odontologia.uchile.cl