



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 1 Núm. 1 | Julio-diciembre, 2024

ARTÍCULO ORIGINAL

Acciones de los odontólogos ante la sospecha de maltrato infantil

Nilda Britos¹, María de Lourdes Romero¹

¹Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v1n1.7351](https://doi.org/10.66476/mf.v1n1.7351)



RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es un problema de salud pública mundial; las lesiones bucales y craneofaciales figuran entre sus indicadores más frecuentes y colocan al odontólogo en una posición estratégica para la detección temprana. El objetivo del estudio fue evaluar las acciones de los odontólogos de Asunción y Central, Paraguay, ante la sospecha de maltrato infantil. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo y corte transversal, en una muestra no probabilística de 86 odontólogos que ejercen en Asunción y Central. Se aplicó un cuestionario autoadministrado en Google Forms (marzo-abril de 2023) sobre datos sociodemográficos, capacitación previa, experiencia y actitudes ante la sospecha de maltrato infantil. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (79,1 %) y el grupo etario de 40 a 50 años (34 %). El 73 % nunca recibió capacitación para diagnosticar y denunciar casos sospechosos, y el 70 % no sospechó ni presenció nunca un caso; entre quienes sí, la negligencia fue el tipo más frecuente (22 %). El 85 % se declaró en condiciones de denunciar y el 99 % consideró importante un protocolo diagnóstico específico para la odontología. **Conclusión:** Los odontólogos de Asunción y Central presentan una actitud favorable hacia la detección y la denuncia del maltrato infantil, pero carecen mayoritariamente de capacitación formal, lo que evidencia una brecha entre disposición y preparación y subraya la necesidad de incorporar contenidos específicos en la formación de pregrado y posgrado en odontología.

Palabras clave: maltrato infantil, odontólogos, conocimientos, actitudes, denuncia obligatoria, Paraguay.

Enviado: 4 de agosto, 2024 | **Aceptado:** 27 de octubre, 2024 | **Publicado:** 10 de noviembre, 2024

Correspondencia: María de Lourdes Romero. Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública de alcance mundial. Se estima que más de la mitad de los niños del mundo —alrededor de mil millones de personas de entre 2 y 17 años— experimenta algún tipo de violencia cada año, con estimaciones mínimas que superan el 50 % en Asia, África y Norteamérica (1). Sus consecuencias trascienden el daño físico inmediato e incluyen secuelas psicológicas, conductuales y de salud que pueden perdurar hasta la vida adulta.

Entre el 50 % y el 75 % de las lesiones asociadas al maltrato físico infantil se localizan en la cabeza, la cara y la cavidad bucal, lo que otorga a los profesionales de la odontología una posición privilegiada para la detección temprana de casos sospechosos (2-4). Las manifestaciones orales del maltrato son diversas e incluyen contusiones, laceraciones, fracturas dentarias y alveolares, quemaduras, marcas de mordedura y signos de negligencia odontológica, como caries extensas sin tratar y enfermedad periodontal avanzada, que con frecuencia se acompañan de otros problemas de salud crónicos no atendidos (2,3). Sin embargo, estos hallazgos rara vez son patognomónicos por sí solos, por lo que su interpretación exige integrarlos en el contexto clínico, la historia del paciente y la coherencia entre la lesión observada y el relato que la explica (5).

A pesar de esta posición estratégica, la evidencia internacional coincide en que el odontólogo continúa siendo uno de los profesionales de la salud que menos casos de maltrato infantil reporta a las autoridades, incluso cuando reconoce haberlos sospechado. Entre las barreras descritas con mayor frecuencia se encuentran la falta de capacitación específica, la incertidumbre diagnóstica, el temor a una sospecha equivocada, el desconocimiento de los procedimientos y las instancias de denuncia, y la preocupación por las repercusiones sobre la relación con el paciente y su familia (5,6). En un estudio realizado en el sur de Brasil, la mayoría de los odontólogos se consideraba capaz de identificar casos de maltrato infantil, pero solo una minoría de quienes efectivamente los habían sospechado llegó a denunciarlos (7).

Esta brecha entre el reconocimiento del problema y la acción concreta se ha documentado de manera consistente en encuestas de conocimientos y actitudes realizadas entre odontólogos y estudiantes de odontología en distintos países, que muestran de forma reiterada un nivel de capacitación insuficiente, una alta proporción de profesionales que nunca ha recibido formación específica sobre el tema y, al mismo tiempo, una demanda explícita de mayor educación al respecto (8-14). Diversos estudios coinciden en que contar con formación específica, ya sea

de pregrado o de educación continua, se asocia de manera significativa con una mayor probabilidad de denunciar las sospechas de maltrato (9,12).

En Paraguay, el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N.º 1680/2001) establece la obligación de denunciar toda violación a los derechos de niñas, niños y adolescentes, obligación que recae de manera especial en los trabajadores de la salud. No obstante, se desconoce en qué medida los odontólogos que ejercen en el país conocen y ponen en práctica esta responsabilidad. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las acciones de los odontólogos de Asunción y Central ante la sospecha de maltrato infantil, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que orienten estrategias de capacitación y protocolos de actuación en el ámbito odontológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo y corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por odontólogos que ejercen la profesión en Asunción y el departamento Central, Paraguay.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, mediante un cuestionario digital de acceso voluntario. La muestra quedó conformada por 86 odontólogos que cumplieron los criterios de inclusión y accedieron a completar el cuestionario. Se incluyó a odontólogos de ambos sexos que ejercen en Asunción y Central y que aceptaron participar voluntariamente; se excluyó a los odontólogos que ejercen en otras ciudades del país.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado, estructurado con preguntas cerradas y abiertas, implementado en la plataforma Google Forms y disponible entre el 2 de marzo y el 3 de abril de 2023. El instrumento exploró datos sociodemográficos y laborales (sexo, edad, entidad de prestación de servicio, años de experiencia), la capacitación previa sobre maltrato infantil y su fuente, la experiencia personal en la sospecha o detección de casos, la disposición a denunciar, el tipo de maltrato presenciado con mayor frecuencia, la conducta considerada más adecuada ante una situación sospechosa, el conocimiento sobre lesiones orales asociadas al abuso sexual y a la negligencia, y la percepción sobre la importancia de contar con un protocolo diagnóstico específico para la profesión.

Los datos se procesaron mediante Microsoft Excel y se analizaron con estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para cada variable.

El estudio se ajustó a los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos. La participación fue voluntaria y anónima, sin que representara riesgo ni daño

para los participantes, quienes fueron informados sobre el objetivo de la investigación antes de completar el cuestionario.

RESULTADOS

Participaron 86 odontólogos que ejercen en Asunción y Central. El 79,1 % de los participantes correspondió al sexo femenino y el 20,9 % al sexo masculino. La edad de los profesionales se distribuyó entre 23 y 59 años, con predominio del grupo de 40 a 50 años (34 %), seguido por los grupos de 50 a 60 años (26 %), 30 a 40 años (21 %) y 20 a 30 años (19 %).

Respecto a la entidad laboral, el 48,8 % de los participantes prestaba servicios en el ámbito privado, el 37,2 % en ambos ámbitos (público y privado) y el 14,0 % exclusivamente en el ámbito público. En cuanto a los años de experiencia laboral, el grupo más frecuente fue el de 20 a 25 años de ejercicio profesional (24 %), seguido por el de 0 a 5 años (23 %) y el de 16 a 20 años (18 %).

El 73 % de los participantes refirió no haber recibido nunca información, instrucción o capacitación para diagnosticar y denunciar casos sospechosos de maltrato infantil. Entre quienes sí recibieron capacitación, la facultad de origen fue la fuente más mencionada (13 % del total de participantes), seguida por cursos de posgrado (5 %) y otras fuentes minoritarias, como internet, la secretaría de la niñez, colegas psicólogos y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El 70 % de los odontólogos encuestados manifestó no haber sospechado ni recibido nunca un caso de maltrato infantil, mientras que el 30 % restante sí lo había hecho. Entre estos últimos, el tipo de maltrato presenciado con mayor frecuencia fue la negligencia (22 % del total de participantes), seguida por la presencia de dientes con caries extensa (13 %), violencia psicológica (7 %) y violencia física (5 %).

Ante la eventualidad de recibir un caso sospechoso, el 85 % de los participantes se declaró en condiciones de denunciarlo, frente a un 15 % que no se consideraba en condiciones de hacerlo. Al consultar sobre la conducta más adecuada frente a una situación sospechosa de maltrato, la opción más seleccionada fue hablar con los padres o las personas responsables (34 %), seguida por presentar la denuncia ante la ley (21 %) y dirigirse al jefe del centro de salud (21 %); el resto de los participantes optó por combinaciones de estas conductas.

Respecto al conocimiento sobre lesiones orales asociadas al abuso sexual, las opciones más seleccionadas fueron petequias en el paladar (28 %) y la alternativa "no sabe, no responde" (26 %), seguidas por la combinación de

desgarro del frenillo labial y petequias en el paladar (23 %). En cuanto a los signos considerados indicadores de maltrato infantil por negligencia, el 56 % de los participantes consideró correctas todas las opciones presentadas (alto índice de placa bacteriana, dientes temporales ausentes y caries profundas numerosas), mientras que el 20 % seleccionó específicamente el alto índice de placa bacteriana.

Finalmente, el 99 % de los odontólogos encuestados consideró importante que exista un protocolo diagnóstico para casos de sospecha de maltrato infantil en la práctica odontológica, frente a un 1 % que no lo consideró así.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que los odontólogos de Asunción y Central presentan una actitud favorable hacia la detección y la denuncia del maltrato infantil, pero carecen mayoritariamente de capacitación formal para ello, lo que revela una brecha relevante entre la disposición a actuar y la preparación efectiva del profesional.

El predominio del sexo femenino (79,1 %) entre los participantes es consistente con la composición actual de la profesión odontológica en varios países de la región y coincide con la distribución observada en encuestas similares realizadas en Brasil y Turquía (7,13). La amplia dispersión etaria y de años de experiencia de la muestra, con representación relevante tanto de profesionales recién egresados como de quienes cuentan con más de veinte años de ejercicio, sugiere que la brecha de capacitación identificada no se limita a una única generación de odontólogos, sino que atraviesa distintas etapas de la vida profesional.

El hallazgo más destacado de este estudio —que el 73 % de los odontólogos nunca recibió capacitación sobre maltrato infantil— es coherente con lo reportado de manera reiterada en la literatura internacional. Encuestas de conocimientos y actitudes realizadas en Jordania, Turquía y Macedonia del Norte han documentado proporciones igualmente elevadas de profesionales y estudiantes de odontología sin formación específica sobre el tema, junto con una demanda explícita de mayor educación al respecto (10,12,14). Esta ausencia de capacitación formal contrasta con la actitud mayoritariamente favorable hacia la denuncia observada en la presente muestra (85 %), lo que sugiere que la voluntad de actuar precede, en este contexto, a la preparación técnica necesaria para hacerlo con seguridad.

Solo el 30 % de los participantes refirió haber sospechado o presenciado alguna vez un caso de maltrato infantil, una

proporción baja si se considera la elevada prevalencia estimada de violencia contra la niñez a nivel mundial (1). Esta discrepancia es compatible con lo señalado por revisiones sobre el rol del odontólogo en la identificación del maltrato infantil, que atribuyen el subregistro no solo a la ausencia real de casos, sino también a la dificultad de reconocer signos sutiles sin entrenamiento específico y al temor a una sospecha equivocada (5,6). El predominio de la negligencia como tipo de maltrato más presenciado, por encima de la violencia física o psicológica, es asimismo consistente con la literatura, que describe la negligencia dental —caries extensas sin tratar, enfermedad periodontal avanzada y ausencia reiterada de controles— como una de las manifestaciones más frecuentes y a la vez más subestimadas del maltrato infantil en la consulta odontológica, y como un indicador que con frecuencia precede o acompaña a otras formas de maltrato (2,3,15).

La elevada proporción de odontólogos que reconoció la importancia de contar con un protocolo diagnóstico específico (99 %) es un hallazgo alentador que se replica en estudios de otros países, donde tanto profesionales en ejercicio como estudiantes de odontología solicitan de manera constante mayor capacitación curricular y protocolos claros de actuación (11,14). Estos hallazgos, en conjunto, respaldan la necesidad de incorporar contenidos específicos sobre maltrato infantil —identificación de signos orales, procedimientos de documentación y vías de denuncia— tanto en la formación de pregrado como en la educación continua de los odontólogos.

Desde el punto de vista de la política sanitaria, la existencia de una obligación legal de denuncia, como la establecida en el Código de la Niñez y la Adolescencia de Paraguay, no garantiza por sí sola una respuesta efectiva por parte de los profesionales de la salud si no se acompaña de capacitación y de vías de denuncia claras y accesibles. Experiencias en países con marcos de denuncia obligato-

ria más consolidados muestran que los profesionales continúan enfrentando dificultades prácticas y emocionales para reportar sus sospechas, incluso cuando conocen su obligación legal, lo que subraya la necesidad de un acompañamiento institucional sostenido más allá de la sola existencia de la norma (16).

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. El muestreo no probabilístico, mediante un cuestionario de acceso voluntario en línea, puede haber favorecido la participación de odontólogos con mayor interés previo en el tema, lo que podría sobrestimar tanto el nivel de conocimiento como la disposición a denunciar observados. El instrumento utilizado fue de elaboración propia y no contó con un proceso de validación psicométrica reportado. Asimismo, al tratarse de un estudio descriptivo, no fue posible establecer asociaciones estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas o laborales de los participantes y sus conocimientos o actitudes. Como fortaleza, se destaca que este es, hasta donde se pudo determinar, uno de los primeros estudios centrados específicamente en las acciones de los odontólogos paraguayos ante la sospecha de maltrato infantil, lo que aporta evidencia local relevante para orientar futuras intervenciones.

En conclusión, los odontólogos de Asunción y Central muestran una actitud favorable hacia la detección y la denuncia del maltrato infantil, pero la amplia mayoría carece de capacitación formal específica sobre el tema, lo que evidencia la necesidad urgente de incorporar contenidos sobre maltrato infantil en la formación de pregrado y posgrado en odontología, así como de establecer protocolos institucionales claros que acompañen la disposición ya existente de los profesionales a actuar frente a la sospecha de maltrato infantil.

REFERENCIAS

1. Hillis SD, Mercy JA, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
2. Kairys S, Alexander R, Hymel KP. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 1999;104(2):348-350. <https://doi.org/10.1542/peds.104.2.348>
3. Costacurta M. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol (Rome)*. 2015;8(2-3):68-73. <https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>
4. Rontogianni A, Anastasia M, Karayianni K. Child abuse and neglect screening: the role of the dental team. *Eur J Dent Oral Health*. 2023;4(1):14-17. <https://doi.org/10.24018/ejdent.2023.4.1.234>
5. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: a literature review. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020;17(3):167-173. <https://doi.org/10.4103/1735-3327.284735>
6. de la Parte Serna AC, Oliván-Gonzalvo G, Fratila CR. The dark side of paediatric dentistry: child abuse. *Iberoam J Med*. 2020;2(3):194-200. <https://doi.org/10.53986/ibjm.2020.0035>
7. Azevedo MS, Goettems ML, de Brito AM, Possebon APDR, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26(1):5-11. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000100002>

8. Brearley Messer L, Arora R, Fung S. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Aust Dent J.* 1999;44(4):259-267. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1999.tb00230.x>
9. 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):e158-e165. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x>
10. Al-Jundi SH, Zawaideh F, Al-Rawi MH. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *J Dent Educ.* 2010;74(10):1159-1165. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.10.tb04972.x>
11. Duman C, Al-Batayneh OB, Ahmad S, et al. Self-reported knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: a multi-centre study. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(6):801-809. <https://doi.org/10.1111/ipd.12781>
12. Özgür NY, Ballıkaya E, Güngör HC. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J.* 2020;70(2):145-151. <https://doi.org/10.1111/idj.12532>
13. Ceyhan D. Knowledge, attitudes, and experiences of a group of Turkish dentists regarding child abuse. *Odovtos Int J Dent Sci.* 2022;25(1):404-420. <https://doi.org/10.15517/ijds.2022.52660>
14. Ambarkova V, Gavić L, Ivanovski K. Knowledge and attitudes towards child abuse and neglect among dental students from North Macedonia. *Galician Med J.* 2023;30(1):E202315. <https://doi.org/10.21802/gmj.2023.1.5>
15. Aljohani H, Alsharif AH, AlGhamdi A. Dental neglect and its connection to recognize child abuse. *J Healthc Sci.* 2022;2(8):164-169. <https://doi.org/10.52533/johs.2022.2805>
16. Kuruppu J, Forsdike K, Hegarty K. "It's a necessary evil": experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(10):729-732. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-18-4563>