



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

**Nivel de conocimiento sobre las manifestaciones
orales como síntomas del maltrato infantil, en
estudiantes de estomatología, de la USS, 2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autores:

Bach. Milian Saavedra Jamer Junior

<https://orcid.org/0000-0002-8606-4333>

Bach. Olano Villegas Victoria Marice

<https://orcid.org/0000-0003-3315-7605>

Asesora:

Mg. CD. Coz de Postigo Isabel Cristina

<https://orcid.org/0000-0001-6631-5580>

Línea de Investigación

Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la comunidad para el
desarrollo de la sociedad

Sublínea de Investigación

Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades crónicas y/o no
transmisibles

Pimentel – Perú

2024

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MANIFESTACIONES ORALES COMO
SÍNTOMAS DEL MALTRATO INFANTIL, EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA,
DE LA USS, 2022.**

Aprobación del jurado

Mg. CD. Ramirez Espinoza Monica Lucia
Presidente Del Jurado De Tesis

Mg. CD. Espinoza Plaza Jose Jose
Secretario del jurado de tesis

Mg. CD. Romero Gamboa Julio Cesar
Vocal del jurado de tesis

REPORTE DE TURNITIN



16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

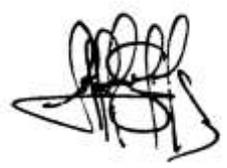
Declaración jurada de originalidad

Quienes suscriben la DECLARACIÓN JURADA, somos Milian Saavedra Jamer Junior, Olano Villegas Victoria Marice, egresados del Programa de Estudios de Pregrado de la de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MANIFESTACIONES ORALES COMO SÍNTOMAS DEL MALTRATO INFANTIL, EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA, DE LA USS, 2022.

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Milian Saavedra Jamer Junior	DNI: 48573825	
Olano Villegas Victoria Marice	DNI: 45899071	

Pimentel, 02 de diciembre 2024.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022. Los métodos empleados fueron diseño cuantitativo y estudio transversal. Se recopiló la información mediante un cuestionario a 200 estudiantes. Los resultados fueron el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; fue mayor para el nivel medio con un 47.2%; así mismo resalta el sexo masculino con un 27.1%, entre el intervalo de 18 a 24 años con un 24.1%, según el ciclo académico para el octavo ciclo con un 12.4%. La conclusión fue que el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; fue con mayor porcentaje para el nivel medio; por lo tanto, los estudiantes deben de tomar conciencia de la presencia de agencias que apoyan a las víctimas de abuso o una línea directa para denunciar.

Palabras clave: Conocimiento, maltrato de niños, Manifestaciones bucales, estudiante.

Abstract

The objective of this study was to determine the level of knowledge about oral manifestations as symptoms of child abuse in stomatology students at USS, 2022. The methods used were quantitative design and cross-sectional study. The information was collected through a questionnaire to 200 students. The results were the level of knowledge about oral manifestations as symptoms of child abuse, in students of stomatology, USS, 2022; it was higher for the middle level with 47.2%; likewise the male sex stands out with 27.1%, between the interval of 18 to 24 years with 24.1%, according to the academic cycle for the eighth cycle with 12.4%. The conclusion was that the level of knowledge about oral manifestations as symptoms of child abuse, in students of stomatology, USS, 2022; was with higher percentage for the middle level; therefore, students should be aware of the presence of agencies that support the victims of abuse or a hotline for reporting.

Keywords: Knowledge, child abuse, oral manifestations, student.

I. INTRODUCCIÓN

El abuso infantil o maltrato infantil (AI), es un problema grave que existe entre todos los grupos culturales y socioeconómicos, incluye varias condiciones que son amenazantes o dañinas para los niños. El maltrato infantil se presenta como un trauma físico, sexual, emocional o psicológico, se define como cualquier lesión no accidental infligida o permitida por un padre además se indica que dentro del maltrato también se incluye la explotación sexual infantil se define como la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende completamente, y no autoriza ni da su consentimiento, para aquellos actos repulsivos.^{1,2}

El maltrato psicológico de niños se define como actos de abuso, negligencia en la cual se pone en ridículo, se intimida, insulta, rechaza o humillar a un niño. La Organización Mundial de la Salud declaró que aproximadamente. ^{5,2} Millones de niños fueron asesinados en todo el mundo en 2019.^{3,4} A nivel nacional, la Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños (NSPCC), descubrió que el maltrato infantil ha afectado al 5,9% de los niños menores de 11 años y al 18,6% a jóvenes de 17 años.⁴ Según una investigación entre niños de 7 a 18 años en Turquía, realizada por UNICEF y el Ministerio de Seguridad Social, el 45% de los niños ha sufrido abuso físico, el 50% de los niños ha sufrido abuso emocional y el 25% de los niños ha sufrido abuso .⁵

Otro estudio que investigó el abuso infantil evaluó a 16.100 niños de entre cuatro y 12 años en Turquía. Se informó que la frecuencia del abuso infantil era mayor en los niños en edad preescolar. Entre estos niños, el 34,6% de las niñas y el 32,5% de los niños sufrieron abuso infantil.⁶ Aunque la disciplina física de los niños está culturalmente aceptada, varios estudios de campo revelaron que hasta un tercio de los niños en Perú probablemente sufren abusos físicos. El abuso sexual intrafamiliar

sigue siendo muy poco informado a las autoridades debido a los tabúes sociales. De manera similar, se puede asumir que el abuso emocional y la negligencia son bastante comunes, considerando altas tasas de violencia doméstica, pobreza y bajos niveles educativos.^{2,4}

Los dentistas se encuentran en una posición clave para notar el abuso infantil, con signos observables en el área de la cabeza y / o el cuello que se pueden discernir en el curso de un examen dental. Además, los odontólogos pueden observar las propiedades características de la familia porque mantienen una relación continuada con los pacientes pediátricos y sus familias.^{7,8} Debido a la excelente posición que tienen los dentistas para detectar signos de abuso infantil, los estudiantes de odontología deben estar bien capacitados con respecto a este tema. La presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022. Ya que es fundamental que los futuros profesionales de la salud, como los estudiantes de estomatología, estén conscientes de la relación entre las manifestaciones orales y el maltrato infantil. Al comprender cómo pueden presentarse estas señales en la cavidad oral, estos estudiantes podrán detectar y reportar posibles casos de abuso infantil, contribuyendo así a la protección y bienestar de los niños.

Asimismo, se enfoca los trabajos previos tenemos a Duman C, et al⁴ (2021- Australia). En su estudio tuvo como objetivo identificar y comparar el conocimiento, las actitudes y la práctica del estudiante de último año de odontología en relación con la manifestación oral del abuso infantil. Se distribuyó un cuestionario en línea de 38 ítems. Los resultados fue que los estudiantes obtuvieron el 60.3% de conocimiento en relación con la manifestación oral del abuso infantil fue significativamente mayor en Australia, Estados Unidos y Jordania en comparación con otros países. Conclusión, el estudio mostró que los estudiantes de odontología carecen de conocimientos y

experiencia para reconocer y denunciar el abuso infantil. La mayoría de los encuestados indicaron el deseo de recibir capacitación adicional; por lo tanto, las escuelas de odontología deben revisar lo que están enseñando actualmente y realizar los cambios necesarios.

Al-Ani A, et al⁵ (2021 - Alemania). Este estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de conocimiento sobre síntomas orales del abuso infantil entre los estudiantes de la Facultad de Medicina Dental y Oral de la Universidad de Hamburgo. Este estudio transversal utilizó un cuestionario estructurado y autoadministrado, que consta de 23 preguntas de opción múltiple. Como resultados los estudiantes no pudieron definir o describir los signos, síntomas e indicadores sociales del abuso infantil. Aproximadamente el 93,4% de los estudiantes regular de formación básica relacionada con el maltrato infantil, indicando que el intervalo fue 25 a más con un 95,7% de ellos indicó que no había suficiente formación en temas relacionados con el maltrato infantil. Conclusión existe una falta generalizada de información sobre el abuso infantil entre los estudiantes de odontología.

Sarkar R, et al⁶ (2021 -Australia). El estudio tuvo como objetivo examinar la base de evidencia para los patrones de lesiones orofaciales en casos de abuso físico de niños y adolescentes de 0 a 17 años. Los resultados fueron que los signos orofaciales fueron lesiones superficiales de cara, orejas, cuello, labios y mucosa oral, quemaduras, desgarrado y dientes y maxilares fracturados. Indicando un nivel malo, donde solo existe una minoría que reconoce las lesiones orales y hematomas faciales/lesiones intraorales como marcadores centinela. La conclusión, fue que se demostró una deficiencia por ello se recomienda realizar programa o charlas educativas con respecto a las lagunas de las lesiones orales y maltrato infantil.

Villacís Y⁷ (2021 – Ecuador). En su estudio evaluó los conocimientos y actitudes sobre abuso infantil que poseen los estudiantes. La investigación indico que hubo 137 estudiantes de 8vo y 9no ciclo, utilizaron un cuestionario de 24 preguntas,

según estadística obtuvo como resultados que el 77% fue bajo además no existe diferencias significativas entre los estudiantes de 8vo y 9no ciclo o semestre, además no se hubo diferencias por el género. Por tanto, se hizo la siguiente conclusión que el nivel de conocimientos respecto al abuso infantil y sus manifestaciones orales fue bajo y tampoco existe un procedimiento de denuncia.

Wolf E, et al⁸ (2020 - Suecia). El objetivo fue explicar el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones orales persistentes de abuso sexual y cómo se expresan durante las citas dentales. Los resultados indican un nivel de conocimientos a nivel regular con un 40%, con el mayor porcentaje 18 a 24 años. La conclusión fue un nivel regular indicando que el personal dental puede contribuir a la divulgación mediante una mejor comprensión de la tensión que una cita dental puede causar en pacientes que han sido objeto de maltrato o abuso sexual y la familiaridad con las expresiones corporales asociadas.

Altan H, et al⁹ (2019 – Turquía). En este estudio, tuvo el objetivo determinar la conciencia de abuso y negligencia infantil sobre las manifestaciones orales en los estudiantes. El grupo de estudio estaba compuesto por 350 estudiantes con un cuestionario con una escala de 20 ítems como resultado obtuvo que el 44,9% tuvo un nivel regular indicando un grado de significancia mayor en mujeres con un 40%. Por ello, concluyeron que los estudiantes que están preparados para brindar una atención basada en el trauma o abuso infantil ya que pueden ayudar a los pacientes individuales a denunciar su abuso además se considera como parte de la atención preventiva. Se discuten sugerencias para futuros esfuerzos educativos en esta área.

Hazar Bodrumlu E, et al¹⁰ (2019 -Turquía). El objetivo de este estudio fue investigar el conocimiento y las actitudes de los estudiantes de odontología sobre los síntomas orales de abuso infantil. Este estudio un cuestionario de autoinforme administrado en tres clases de odontología diferentes (tercer, cuarto y quinto año de estudio). Los resultados fueron que el conocimiento fue bajo con un 67,74% del tercer

año, el 40,71% del cuarto año y el 16,67% del quinto año, además creían que podían detectar casos de síntomas de abuso infantil. Sin embargo, los resultados indicaron una gran falta de conocimiento de los indicadores, así mismo, los estudiantes de quinto año tuvieron la tasa más alta de respuestas correctas, además resaltaron que los intervalos de edad fueron 18 a 24 años. La conclusión fue que los estudiantes de odontología en Turquía no están lo suficientemente preparados para su papel en el diagnóstico oral de casos sospechosos de abuso infantil.

Además, se identificó un antecedente nacional Becerra M, Pérez D¹¹ (2019 – Chiclayo). Este estudio tuvo como objetivo determinar el conocimiento, actitud sobre lesiones peribucales como elemento de diagnóstico de maltrato infantil en estudiantes de estomatología de la USS, Se aplicó un cuestionario 14 preguntas, donde sus resultados indicaron que el conocimiento malo con 91,2 % y una actitud adecuada de 67.2%. Las investigadoras concluyeron que ser malo su nivel es realmente preocupante ya que como estudiante diagnosticas ese tipo de lesiones por tanto incrementar la educación a través de capacitación continua de posgrado en este campo para mejoras el conocimiento sobre maltrato infantil.

El maltrato infantil, abuso físico, sexual y emocional y las diversas formas de negligencia de los niños se asocian con un riesgo sustancialmente mayor de psicopatología concurrente y posterior y se encuentran entre los problemas comunes que encuentran los médicos en muchos entornos clínicos¹⁰. Tales casos plantean desafíos adicionales para los médicos debido a las muchas fuerzas complejas del sistema y la familia que envuelven a estos niños, la evaluación de los niños maltratados generalmente requiere más tiempo que las evaluaciones de los niños que no han sufrido maltrato. Los niños pequeños, que experimentan las tasas más altas de maltrato, presentan evaluaciones especialmente complejas porque dependen mucho de sus entornos de cuidado¹⁰. El tratamiento de la psicopatología asociada al maltrato, que a menudo es multimodal, requiere abordar una variedad de factores

externos que pueden perpetuar o exacerbar los síntomas y el funcionamiento deteriorado¹¹.

Mencionamos que, aproximadamente 676,000 niños en los Estados Unidos fueron confirmados como víctimas de abuso y negligencia por los sistemas de servicios de protección infantil (CPS), una incidencia de 0.91%; un número mucho mayor (aproximadamente 3,5 millones de niños) fueron remitidos por posible maltrato^{4,10}. Los niños más pequeños tienen más probabilidades de ser maltratados y es más probable que mueran por abuso y negligencia. Los niños sudamericanos y nativos de Alaska (1,42%) y afroamericanos (1,39%) experimentan las tasas más altas de maltrato. Sin embargo, el sub registro de maltrato infantil es ampliamente reconocido como un problema, ⁵ y los informes retrospectivos de maltrato de adultos son sustancialmente más altos ^{6,7} que las tasas de maltrato comprobadas en los registros oficiales. La falta de identificación de casos reales por parte de las autoridades legales, además de los desafíos de medición, la amnesia infantil, el sesgo de recuerdo en informes retrospectivos y las diferentes definiciones de maltrato, hacen que sea difícil determinar las tasas de prevalencia reales^{8,9,10}.

Durante los últimos años, aproximadamente de 250.000 a 275.000 niños son acogidos en hogares cada año y un total de 400.000 a 500.000 niños. ⁸ Por lo tanto, la mayoría de los niños víctimas que tienen maltrato comprobado son mantenidos con sus familias y se les proporciona acceso a servicios diseñados para prevenir la expulsión. Estos casos a menudo se denominan servicios familiares, servicios "en el hogar", preservación de la familia o términos similares.

El maltrato está asociado con compromisos en el desarrollo en prácticamente todos los dominios ya sea desarrollo cognitivo, del lenguaje, socioemocional y neurobiológico¹¹ Los problemas de salud mental se encuentran entre las secuelas más destacadas del abuso y la negligencia infantil. Por ejemplo, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Bienestar de Niños y Adolescentes, Humphreys KL, *et*

a/¹² informó que casi la mitad (48%) de 3.803 niños (2 a 14 años de edad) que habían completado investigaciones sobre bienestar infantil tenían problemas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos. Un estudio de más de 1,000 niños de 5 a 9 años que fueron reclutados de consultorios pediátricos determinó que aquellos niños que habían sido maltratados tenían casi tres veces más probabilidades de ser diagnosticados con un trastorno internalizante o externalizante.¹³ Las estimaciones de población atribuyen que la proporción de trastornos psiquiátricos infantiles debidos a experiencias de adversidad, incluidos el abuso y la negligencia, es de aproximadamente el 45%,⁷ lo que sugiere que puede que no haya un predictor ambiental mayor de las dificultades de salud mental que las experiencias de maltrato.

Los psicopatólogos del desarrollo han destacado la importancia de considerar tanto la multifinalidad como la equifinalidad en el curso de las experiencias adversas y la psicopatología.¹⁴ Aunque muchos niños que han sufrido negligencia severa en sus primeros años de vida desarrollan un trastorno psiquiátrico en la niñez y la adolescencia, una mayor proporción no lo hace.^{15, 16} Para algunos trastornos, existe un requisito explícito para el papel de las circunstancias ambientales para cumplir con los criterios de diagnóstico se requiere trauma para el trastorno de estrés posttraumático [TEPT] y la atención inadecuada es un criterio necesario para el trastorno de apego reactivo. Para otros trastornos, aunque las experiencias de estrés son factores de riesgo conocidos, tales experiencias no son necesarias para el diagnóstico (p. Ej., Trastorno depresivo mayor). Además, incluso diversas formas de maltrato que se cree que tienen diferentes consecuencias para el desarrollo del cerebro^{1,11} pueden resultar en riesgo para las mismas formas de psicopatología (p. ej., tanto el abuso como la negligencia están asociados con un mayor riesgo de externalizar la psicopatología). Tomados en conjunto, entendemos que el maltrato está asociado con un riesgo drásticamente mayor de psicopatología, pero que varios factores individuales (p. Ej., Genética, temperamento) y externos (p. Ej., Cuidadores

constantes y atentos) pueden ser protectores y / o promover la resiliencia en niños que tienen experimentado adversidad significativa^{2,9}. Además, no existe un mapeo uno a uno entre la gravedad o el tipo de experiencia de maltrato y la consecuencia neurobiológica o conductual posterior. De hecho, casi todos los trastornos psiquiátricos comunes en la infancia y la adolescencia (p. Ej., Trastornos de internalización, trastornos de externalización, traumas y trastornos relacionados con el estrés, trastornos del neurodesarrollo [p. Ej., Trastorno por déficit de atención / hiperactividad] y trastornos por uso de sustancias) se han relacionado con experiencias de maltrato, de modo que el abuso y la negligencia pueden desempeñar un papel etiológico y / o empeorar la presentación y el curso del trastorno. Las deficiencias en el funcionamiento, incluidos los problemas académicos, la delincuencia y las dificultades en las relaciones sociales, también están asociadas con el maltrato^{3,4,5}.

Intentos recientes de aclarar los posibles mecanismos subyacentes al aumento del riesgo de psicopatología después del maltrato han examinado los procesos y constructos que representan fenotipos intermedios (por ejemplo, Criterios de dominio de investigación).⁶ Este enfoque a menudo se centró en el procesamiento y la respuesta al contenido emocional, incluidas las recompensas, las amenazas y las alteraciones en la función ejecutiva, entre las personas con antecedentes de negligencia.⁷ Estos procesos están teóricamente relacionados con los trastornos (p. Ej., Procesamiento de amenazas al trastorno de ansiedad y sensibilidad reducida a la recompensa de la depresión) y pueden ser objetivos útiles en el desarrollo de intervenciones para prevenir o tratar la psicopatología después del inicio. McLaughlin KA⁵ han propuesto la teoría de la vulnerabilidad latente, postulando que dirigirse a los fenotipos intermedios proporciona un medio para alterar las trayectorias de riesgo después del maltrato, pero antes de que surjan los trastornos psiquiátricos.

Además de los intentos de caracterizar el mecanismo, es importante considerar cómo el desarrollo podría moderar la presentación de los síntomas. Por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático se presenta de manera algo diferente en los niños en edad preescolar en comparación con los adolescentes,^{16,17} y las adaptaciones recientes al DSM han comenzado a definir las diferencias en el desarrollo.^{6,7,8}

Para los niños pequeños (de 5 años o menos), DC: 0–5 proporciona criterios de diagnóstico alternativos para una serie de trastornos de la primera infancia.⁹ Aunque son nuevos y están validados de forma incompleta, los criterios para los trastornos en DC: 0–5 se derivaron empíricamente en un esfuerzo por identificar las manifestaciones de la psicopatología en los niños pequeños. Además, el enfoque descrito hace hincapié en la caracterización del contexto relacional de los problemas de conducta infantil. Además, existe un impulso para identificar y tratar a estos niños en las edades más jóvenes posibles, con el fin de mejorar los resultados a largo plazo y reducir el riesgo de transmisión intergeneracional del maltrato.^{10,11,12}

La odontología pediátrica también juega un papel importante en el reconocimiento del maltrato infantil que se presentará clínicamente como abuso físico, negligencia, abuso sexual y abuso emocional¹⁵. El dentista debe adquirir un conocimiento adecuado sobre el examen clínico de los casos sospechosos de abuso infantil presentados clínicamente como abuso sexual, en un estudio reciente realizado sobre el papel del dentista en la detección del abuso infantil en India, se encontró que los dentistas dudaban y desconocían la autoridad apropiada para reportar el caso y se debe enfatizar una mayor conciencia en este aspecto¹⁴. La categorización del tejido duro (lesiones traumáticas de los dientes según la clasificación de Ellis) y el examen detallado de las marcas de los dientes se llevan a cabo en casos de sospecha de abuso infantil. Pueden aparecer marcas dentales en la piel como hemorragia, contusión, laceración, incisión y avulsión.

Las manifestaciones orales como síntomas de maltrato infantil que son las marcas de mordeduras agudas o curadas pueden indicar abuso. Personal capacitado como cirujano dentistas forense puede colaborar con los proveedores de atención médica a detectar y evaluar las dichas lesiones relacionadas con el abuso físico y sexual¹⁶. Se deben sospechar marcas de mordidas cuando se encuentran equimosis, abrasiones o laceraciones en un patrón elíptico, en forma de herradura u ovoide. Las marcas de mordida pueden tener un área central de equimosis (contusiones) causadas por los siguientes 2 posibles fenómenos: (1) presión positiva por el cierre de los dientes con rotura de vasos pequeños o (2) presión negativa causada por succión y empuje de la lengua. Las mordeduras producidas por perros y otros animales carnívoros tienden a desgarrar la carne, mientras que las mordeduras humanas comprimen la carne y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez avulsiones de tejido. Una distancia intercanina (es decir, la distancia lineal entre el punto central de las puntas de los caninos) que mide más de 3,0 cm es sospechosa para una mordedura humana adulta¹⁷.

Las marcas de mordeduras que se encuentran en la piel humana son difíciles de interpretar debido a la distorsión que se presenta y al tiempo transcurrido entre la lesión y el análisis. 36 Investigaciones recientes han llevado a cuestionar la validez científica de la evidencia forense con patrones (análisis de marcas de mordida en particular) y su papel en los procedimientos legales. 38 Idealmente, un odontólogo forense puede evaluar el patrón, el tamaño, el contorno y el color de una marca de mordida; se puede consultar a un patólogo forense si no hay un odontólogo forense disponible¹⁸. Si ninguno de los especialistas está disponible, un proveedor médico o dental con experiencia en identificar los patrones de lesiones por abuso infantil puede examinar y documentar las características de la marca de mordedura fotográficamente con una etiqueta de identificación y un marcador de escala (por ejemplo, una regla) en la fotografía. La fotografía debe tomarse de manera que el

ángulo de la lente de la cámara esté directamente sobre la mordida y en el mismo plano de la mordida para evitar distorsiones. La Junta Estadounidense de Odontología Forense (ABFO) desarrolló una escala fotográfica especial para este propósito, así como para documentar otras lesiones con patrones (Escala de referencia ABFO No. 2). Los odontólogos certificados por ABFO y el diagrama de flujo del análisis de marcas de mordida de ABFO se pueden encontrar en el sitio web de ABFO, además de la evidencia fotográfica, cada marca de mordida que muestre hendiduras idealmente tendrá una impresión de polivinil siloxano inmediatamente después de limpiar la marca de la mordida en busca de secreciones que contengan ADN. Esta impresión ayudará a proporcionar un modelo tridimensional de la marca de la mordida. Las observaciones escritas y las fotografías deben repetirse a intervalos para documentar mejor la evolución de la mordedura. ³⁹ Debido a que cada persona tiene un patrón de mordida característico, un odontólogo forense puede hacer coincidir modelos dentales (yesos) de los dientes de un presunto abusador con impresiones o fotografías de la mordida. (Esto es responsabilidad de la policía y no del proveedor de atención médica)¹⁹

El ADN está presente en las células epiteliales orales y puede depositarse en las picaduras. Incluso si la saliva y las células se han secado, se pueden recolectar mediante la técnica de doble hisopo. Primero, se usa un hisopo de algodón estéril humedecido con agua destilada para limpiar el área en cuestión, luego se seca y se coloca en un tubo de muestra. Se recolecta una segunda muestra de control frotando la mucosa bucal de la víctima para distinguir su ADN del perpetrador. ³⁹ Todas las pruebas deben recopilarse, documentarse y etiquetarse de acuerdo con los estándares con una cadena de custodia clara y deben enviarse para análisis forenses, las preguntas sobre el procedimiento probatorio deben dirigirse a una agencia de aplicación de la ley²⁰.

Los hematomas en los niños representan un desafío de diagnóstico para los proveedores de atención médica, los moretones pueden ser causados por una condición médica subyacente, lesión accidental o abuso físico. Se estima que más del 50% de los niños mayores de 1 año tendrán hematomas por lesiones accidentales menores¹⁷. Sin embargo, los hematomas también son la lesión más común en los niños que han sido abusados físicamente, distinguir los hematomas accidentales de las lesiones infligidas puede resultar difícil para los médicos y cirujanos dentistas. La literatura reciente ofrece pautas para ayudar a los profesionales odontológicos a distinguir entre los hematomas por abuso y los hematomas accidentales, sugiere que los hematomas pueden ser el primer signo de abuso físico y que existe un vínculo entre una lesión por abuso temprano y una lesión grave posterior²¹. En casi el 40% de los casos fatales o casi fatales, los niños maltratados físicamente tendrán antecedentes de una lesión menor, como hematomas, y una investigación reciente sugiere que los proveedores de atención médica a menudo están al tanto de la lesión menor. Los cirujanos dentistas tienen un problema oportunidad única para identificar el abuso antes de que se intensifique, pero para intervenir de manera efectiva, deben poseer una buena comprensión de cuándo un hematoma puede ser "más que un simple hematoma". Deben ser capaces de²²:

- Distinguir entre lesiones accidentales y traumatismos infligidos.
- Manejar a bebés y niños que presenten hematomas sospechosos.

Aprecie la gravedad y la importancia de cualquier hematoma en un bebé.

Los moretones en un bebé o un niño pueden ser el motivo de la visita médica o pueden ser un hallazgo incidental. Al evaluar los hematomas, los médicos deben tener en cuenta las siguientes características^{1,2}.

El riesgo de hematomas está directamente relacionado con el nivel de movilidad independiente de un niño. Maguire S,¹⁷ examinaron a cerca de 1000 niños

sanos menores de 3 y encontró que los hematomas eran poco frecuentes en niños menores de 6 meses (0,6%) y poco común en niños menores de 9 meses (1,7%). Además, casi el 20% de los bebés, independientemente de su edad, que comienzan a gatear y caminar (caminar con apoyo) desarrollan hematomas, y más del 50% de los niños que caminan de forma independiente tienen hematomas. Ha habido numerosos informes de casos de bebés que finalmente sufrieron una lesión fatal después de que se descubrió que tenían hematomas leves, en algunos casos un solo hematoma, que no se investigó. Shamim T¹⁵. realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles para determinar la frecuencia con la que los bebés maltratados tienen antecedentes de lesiones, definieron tal lesión de "centinela" como "una lesión previa informada en el historial médico que se sospechaba de abuso porque el bebé no podía navegar o la explicación era inverosímil". Los hematomas fueron la lesión centinela más común y se encontraron en casi el 25% de los bebés con traumatismo craneoencefálico por maltrato. En este estudio, los proveedores de atención médica estaban al tanto de la lesión centinela en el 42% de los casos de abuso. Como ilustra nuestro informe de caso, el hematoma en el bebé era histórico y parecía insignificante, sin embargo, finalmente se reveló que era una lesión centinela. Cualquier hematoma en un bebé inmóvil, sin importar cuán pequeño sea, debe dar lugar a una mayor investigación^{5,6}.

Ubicación: duro frente a blando: Los niños que se mueven a menudo tienen hematomas debido al trauma de la actividad infantil. Los hematomas accidentales se encuentran con mayor frecuencia sobre prominencias óseas duras, por lo general en la parte delantera del cuerpo del niño. Los hematomas accidentales en un niño móvil ocurren con mayor frecuencia en las espinillas, rodillas, codos, frente, nariz, barbilla, y el cuero cabelludo occipital. En los niños maltratados, los hematomas pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, aunque es más común encontrarlos en la cabeza^{8,9}. Además, los hematomas infligidos a menudo se encuentran en partes blandas del

cuerpo, a saber, las mejillas, las orejas, el cuello, el tronco, glúteos y brazos. McLaughlin KA¹⁴ idearon una herramienta de decisión clínica para predecir la probabilidad de abuso físico en niños menores de 4 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos debido a un trauma. Se compararon las características de los hematomas del trauma infligido y accidental, específicamente el número de hematomas y su ubicación. Se encontraron hematomas predictivos de abuso en la región del torso, la oreja o el cuello (TEN) en niños de hasta 4 años de edad, o en cualquier lugar en bebés menores de 4 meses. A partir de sus datos, Pierce y sus colegas desarrollaron la herramienta de decisión clínica de hematomas basada en la edad y la región corporal TEN-4, que plantea tres preguntas de detección¹⁵:

- ¿Hay hematomas en la región TEN del cuerpo de un niño de hasta 4 años de edad?
- ¿Hay hematomas en alguna parte del cuerpo de un bebé menor de 4 meses?
- ¿Se ha confirmado un accidente presenciado en un entorno público que explique los hematomas en la región TEN en un niño o en cualquier región en el bebé?

Se encontró que este modelo tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad del 84% para predecir el abuso. Como ilustra nuestro informe de caso, una investigación de la primera instancia de hematomas, que probablemente fue infligida, podría haber evitado más lesiones por abuso¹⁶.

Mecanismo de la lesión: Si el mecanismo de la lesión informado durante la anamnesis no coincide con los hematomas observados en el examen o con el nivel de desarrollo del niño, se debe considerar el abuso físico. Además, si la lesión no fue presenciada o si no se ofrece ninguna explicación, puede ser necesaria una evaluación adicional, dependiendo de los hallazgos físicos (por ejemplo, hematomas en la región TEN). Los niños activos y móviles comúnmente se caen y, como era de esperar, las caídas a menudo resultan en hematomas accidentales. Chang y Tsai estudiaron el patrón de lesiones craneofaciales asociadas con resbalones, tropiezos y caídas en 750 niños menores de 12 años. La mayoría de las lesiones se produjeron

en las áreas prominentes de la parte anterior de la cabeza (frente, nariz, labio superior y mentón) y en el área occipital, y el 98% de los pacientes no sufrieron lesiones cerebrales leves o no sufrieron lesiones cerebrales leves^{17,18}.

Las abrasiones y laceraciones en la cara en los niños maltratados pueden ser causadas por una variedad de objetos, pero más comúnmente se deben a anillos o uñas en la mano que los inflige. Estas lesiones rara vez se limitan a las estructuras orofaciales. Las abrasiones y laceraciones faciales accidentales generalmente se explican por un historial constante, como caerse de una bicicleta, y a menudo se asocian con lesiones en otros sitios, como rodillas y codos¹⁹.

Aproximadamente el 10% de los casos de abuso físico involucran quemaduras. Las quemaduras en la mucosa oral pueden ser el resultado de la ingestión forzada de líquidos calientes o cáusticos en niños pequeños. Las quemaduras de objetos sólidos calientes aplicados en la cara generalmente no tienen formación de ampollas y la forma de la quemadura a menudo se parece al implemento utilizado. Las quemaduras de cigarrillo dan como resultado lesiones circulares perforadas de tamaño uniforme^{15,19}. Quemadura de cigarrillo, que muestra la apariencia típica de 0,8-1,0 cm de diámetro con un borde liso y bien definido.

Como problema de investigación fue ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022?

En este sentido la investigación se justifica debido a que tuvo un aporte teórico que los estudiantes incrementa su conocimiento con un tema de vital importancia como manifestaciones orales como síntomas de maltrato infantil ya que a través de ello el alumno tendrá un elemento esencial del desarrollo profesional continuo ya que las investigaciones les permiten actualizarse periódicamente para garantizar que

tenga los conocimientos correctos para hacer frente a cualquier incidente que pueda ocurrir en formación académica.

Así también como justificación practica ya que a través de la investigación permitió tener de forma clara y precisa la existe innumerables signos de abuso y negligencia; algunos de ellos se notan fácilmente, mientras que otros están más ocultos, y a través de un examen intraoral y extraoral, permitirá de manera fácil conectar los puntos clave como si un niño llega a su consultorio dental con hematomas en forma de huellas de manos de un adulto o de mordida en la parte superior de los brazos o en cuello, ya que como futuros profesionales vamos a tener la capacidad clínica, de asumir responsabilidades adicionales de descartar un diagnóstico de maltrato infantil, también se benefició a los niños porque fueron un ente de apoyo o de protección adicional para los niños.

La hipótesis de la investigación fue el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2021; será bajo.

El objetivo general fue determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022. Determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según sexo.

Determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según edad.

Determinar el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según ciclo académico.

II. MATERIALES Y MÉTODO

El estudio fue de tipo básica por lo que enfatizo las mediciones objetivas y el análisis estadístico, de los datos recopilados de los estudiantes de estomatología a través de un cuestionario mediante la manipulación de datos estadísticos preexistentes de técnicas computacionales. Por tanto, la investigación cuantitativa se centró en recopilar datos del nivel de conocimientos sobre manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil de forma numérica y generalizarlos entre grupos de personas para explicar un fenómeno en particular.

Con respecto al diseño fue descriptivo; porque describió las características de la población de estudiantes de estomatología. Esta metodología se centró más en el "qué" del sujeto de investigación que en el "por qué" del sujeto de investigación. Además, el diseño de investigación descriptiva porque se enfocó principalmente en describir la naturaleza de un segmento demográfico, sin enfocarse en "por qué" ocurre un fenómeno en particular.

La variable de estudio fue el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022.

Covariable sociodemográfica: ciclo académico, género y edad.

La población incluyo a todos los estudiantes del sexto al décimo ciclo que se encontraban cursando la carrera de Estomatología. Según la data de la universidad fue de 375 estudiantes registraron en el ciclo 2021. La muestra tuvo una probabilidad aleatoria y, luego de aplicar la fórmula, se obtuvo una muestra representativa de la población de estudio; redondeando fueron 200 estudiantes del sexto al décimo ciclo, 2022.

Criterios de inclusión: Estudiantes que se encontraban en la data hasta el año 2022, estudiantes de ambos géneros, que estuvieron en constante colaboración con

vuestra investigación, estudiantes que plasmaban su sí virtualmente como la aceptación del consentimiento informado y lo renvió al investigador.

Criterios de exclusión: Estudiantes que demoraran más de media hora el llenado de todas las preguntas de la encuesta virtual y estudiantes que se encuentren llevando dos semestres juntos

Se utilizo como técnica una encuesta que fue realizada por los investigadores Quispe G; en las cuales se integraron dos encuestas como parte de las manifestaciones de abuso infantil y maltrato infantil orales. Luego indicamos que el instrumento está constituido por un cuestionario de 13 preguntas con respuestas politómicas en la cual se divide en tres dimensiones, la primera dimensión se destaca por conceptos generales de 3 preguntas sobre moretones y hematomas, la segunda 8 preguntas de localización, destacando las zonas de cuello, labios y región intraoral, la tercera y última dimensión son 2 preguntas de forma. (Anexo 1)

Una vez explicado la estructura del cuestionario se indicó el proceso de baremación en la cual consistió que cada pregunta valió 2 puntos por tanto el cuestionario total vale 26 puntos de los cuales se dividen en tres niveles bajo (0 -10 puntos), nivel medio (11- 18puntos), nivel alto (19- 26 puntos). La validez del instrumento no se realizó debido a que ya es una encuesta validada por ello solo se aplicó la confiabilidad que se dio por una prueba piloto de 20 estudiantes (Anexo 2). Por tanto, se aplicó la prueba KR20 de Richardson, donde se comprobó que la encuesta fue válida y fiable, ya que supero el puntaje de 0,7. (Anexo 3).

Primero se aplicó la prueba estadística de la baremación para determinar los niveles de conocimiento en la cual se dividió en bajo, medio y alto. Luego al momento de aplicar la encuesta se aplicó las frecuencias y porcentajes según los objetivos que fue organizada estadísticamente en tablas de contingencia y gráficos interactivos. Para probar la hipótesis, se utilizó una estadística base independiente (chi-cuadrado) y se construyó un intervalo secreto del 95% para el parámetro de escala.

La adherencia a los principios éticos de Belmont se consideró la base para justificar varios principios éticos y para evaluar el comportamiento humano. Entre los principios básicos generalmente aceptados en nuestras tradiciones culturales, tres son particularmente relevantes para la ética de la investigación con sujetos humanos: los principios de respeto a las personas en nuestra investigación se reconoció al dentista como una persona independiente, única y libre, ya que ejerce su derecho a tomar sus propias decisiones sobre nuestra investigación, incluso el nivel de conocimiento que se unen a un grupo de voluntarios que brindan conocimientos y aplican organizaciones benéficas, ya que tienen derecho a apoyar nuestra investigación. Finalmente, se aplicó el principio de equidad y defendemos la dignidad de todos los dentistas.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022.

Manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil		
Conocimiento	N	%
ALTO	42	20.7
MEDIO	94	47.2
BAJO	64	32.1
TOTAL	200	100

Fuente: Elaboración por los investigadores

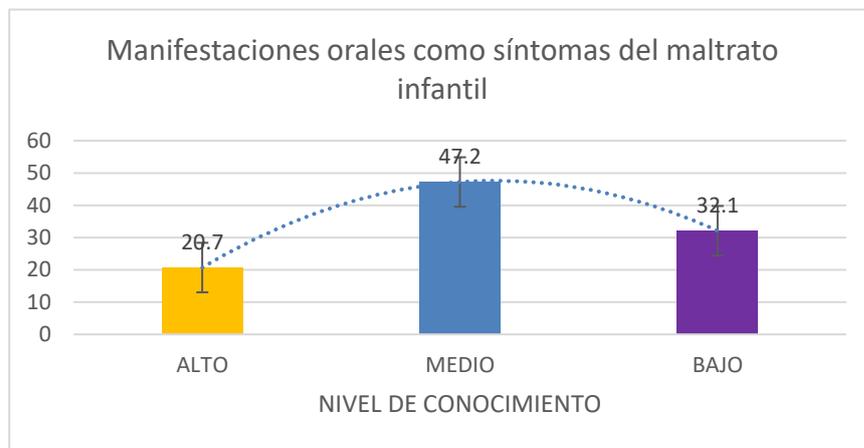


Figura 1.

En la tabla y figura1, el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; fue con mayor porcentaje medio con un 47.2%.

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según sexo.

Manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil								
SEXO	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	FEMENINO	30	15	40	20.0	33	16.5	103
MASCULINO	12	5.7	54	27.1	31	15.6	97	48.4
TOTAL	42	20.7	94	47.2	64	32.1	200	100.0

Fuente: Elaboración por los investigadores

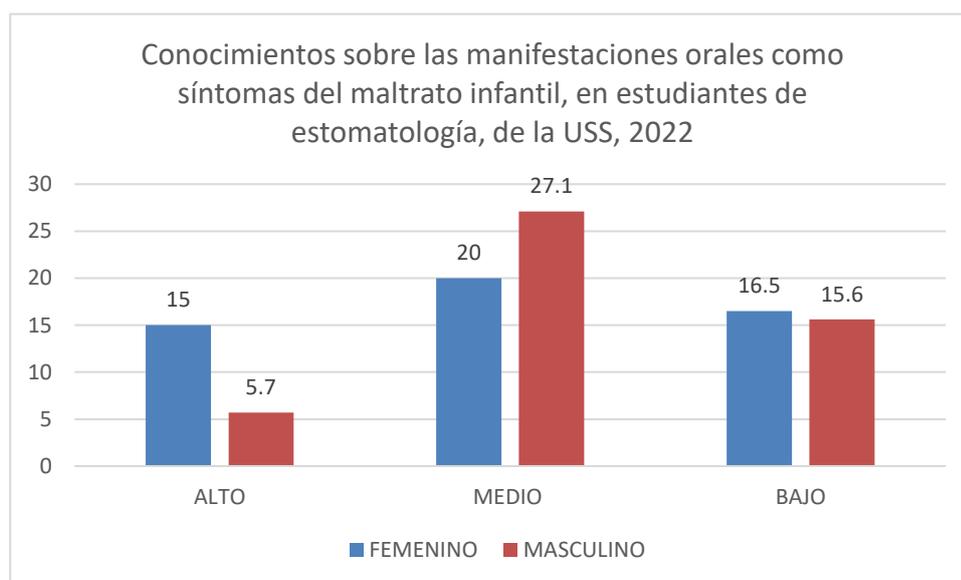


Figura 2.

En la tabla y figura 2, el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según sexo fue con mayor porcentaje medio para el sexo masculino con un 27.1%.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según edad.

EDAD		Manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil,							
		ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
18 a 24 años		18	8.7	48	24.1	47	15.5	113	48.3
- 25 a más años		24	12.0	46	23.1	37	16.6	107	51.7
TOTAL		42	20.7	94	47.2	64	32.1	200	100.0

Fuente: Elaboración por los investigadores

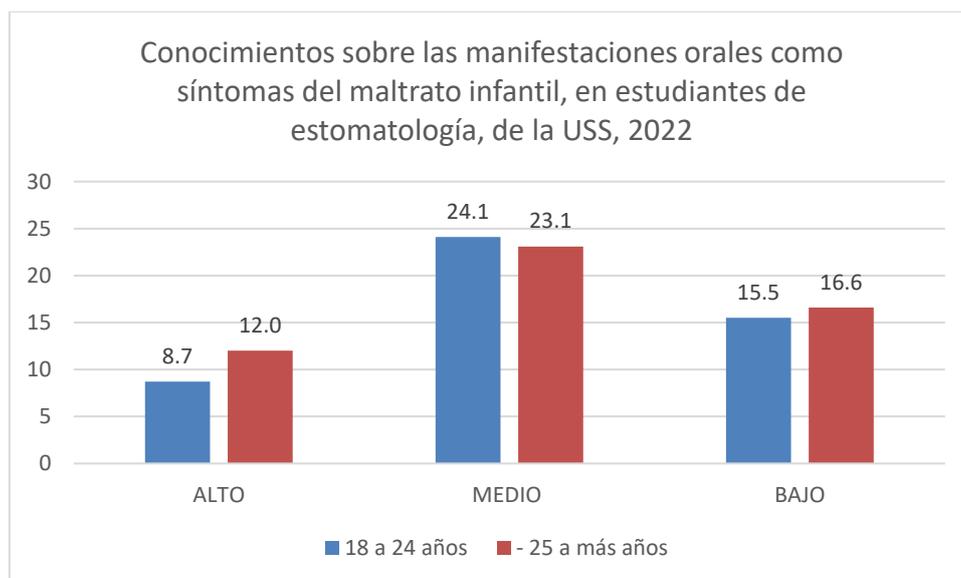


Figura 3.

En la tabla y figura 3, el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según edad fue con mayor porcentaje medio para el intervalo de 18 a 24 años con un 24.1%.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según ciclo académico.

CICLO ACADEMICO	Manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
VI	8	4.0	18	8.9	11	5.8	37	18.7
VII	7	3.3	17	8.4	9	4.6	33	16.3
VIII	14	7.0	24	12.4	17	8.3	55	27.7
IX	6	3.0	16	8.2	15	7.4	37	18.6
X	7	3.4	19	9.3	12	6	38	18.7
TOTAL	42	20.7	94	47.2	64	32.1	200	100.0

Fuente: Elaboración por los investigadores

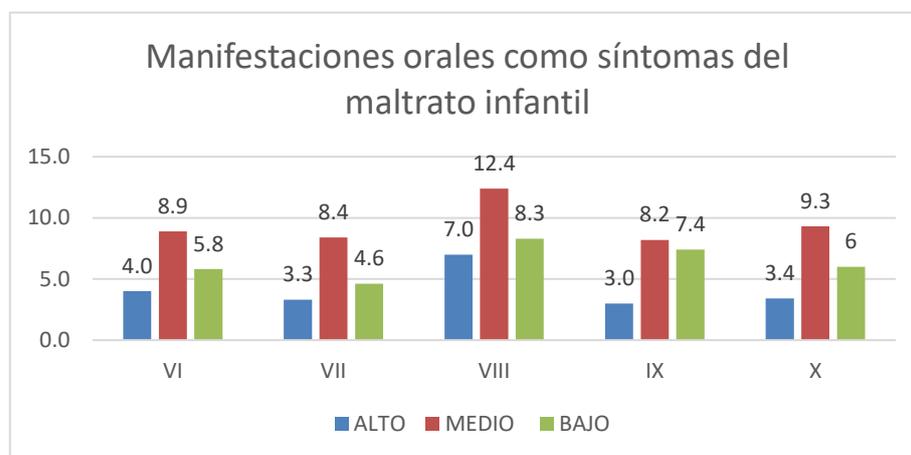


Figura 4.

En la tabla y figura 4, el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según ciclo académico fue con mayor porcentaje medio para el octavo ciclo con un 12.4%.

3.2. Discusión

El maltrato infantil, es un problema grave que existe entre todos los grupos culturales y socioeconómicos, incluye varias condiciones que son amenazantes o dañinas para los niños. Los hallazgos mostraron fue que el nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; fue con mayor porcentaje medio con un 47.2%.

La presentación de informes se asoció significativamente con un nivel medio la presentación de informes tuvo que rechazar la hipótesis del estudio. El presente estudio tiene varios puntos fuertes, incluido el gran número de estudiantes de estomatología, de diferentes ciclos académicos, lo que garantiza la mayor representatividad geográfica y entre ciclos. El estudio fue similar a Al-Ani A, et al⁵ y Altan H, et al⁷ indicando que el conocimiento de los estudiantes fue regular con 93.4%. Este estudio difiere con Duman C, et al⁴ los estudiantes obtuvieron el 60.3% de conocimiento en relación con la manifestación oral del abuso infantil fue significativamente mayor en Australia. Así mismo, difiere con Becerra M, Pérez D⁹ y Sarkar R, et al⁶ indicando el conocimiento malo con 91,2 %, para el primero y para el segundo, indicando un nivel malo, donde solo existe una minoría que reconoce las lesiones orales y hematomas faciales/lesiones intraorales como marcadores centinela. Esto quizás se deba a que los estudios son de diferentes entornos y realidades estudiantiles, y la enseñanza es completamente diferente, también porque las políticas orientan, mejoraran y personalizan en el entorno a las clínicas estomatológicas de las universidades.

Con respecto al nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según sexo fue con mayor porcentaje medio para el sexo masculino con un 27.1%. Los hallazgos contrastan con Altan H, et al⁷ indicando un grado de significancia mayor en mujeres con un 40%. Difiere con Villacís Y⁶ indicando que no hubo diferencias por el género. Esto quizás se deba a que las femeninas son quienes más sospechaban de abuso e informaron sus

sospechas. Este nivel debe interpretarse con cautela considerando la naturaleza estadística, además puede deberse a las diferentes culturas y países.

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según edad fue con mayor porcentaje medio para el intervalo de 18 a 24 años con un 24.1%. Contrasta con Hazar Bodrumlu E, et al¹ resaltaron que los intervalos de edad fueron 18 a 24 años con un 30%. Así mismo, difiere con Al-Ani A, et al⁵ indicando que el intervalo fue 25 a más con un 95,7%. Esto quizás, se debe a que mayor edad, más responsabilidad del estudiante de cumplir con las normas y la atención dental sistemática. Por lo tanto, a edades avanzadas mayor captación información y desarrollar principios de preservación de la dignidad humana y las pautas internacionales.

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según ciclo académico fue con mayor porcentaje medio para el octavo ciclo con un 12.4%. Este hallazgo se contrasta con Villacís Y⁶ existe diferencias significativas entre los estudiantes de 8vo y 9no semestre y difiere con Hazar Bodrumlu E, et al¹ indicando que 67,74% del tercer año, el 40,71% del cuarto año y el 16,67% del quinto año. Esto quizás fue por la enseñanza de las universidades y su plana curricular, además debemos mencionar que los hallazgos mostraron poca conciencia de si la ley obliga a denunciar, lo que afecta la motivación de los dentistas para denunciar. Los esquemas de informes obligatorios pueden considerarse imperfectos, ya que producen muchos informes sin fundamento. Sin embargo, sin un sistema de notificación obligatoria, una sociedad puede ser mucho menos capaz de proteger a los niños porque muchos casos de sospecha de abuso y negligencia no llegarán a conocimiento de las autoridades.

Además, la ley no exige la denuncia de sospechas de abuso en niños y los profesionales de la salud no son sancionados si no denuncian tales casos. Sin embargo, la presentación de informes es obligatoria en muchos países. Las leyes que protegen a los pacientes que denuncian sospechas de abuso y, si es necesario, sancionan a los que no lo

hacen, pueden actuar como incentivos para promover la denuncia. Por otro lado, las leyes poco claras que no exigen explícitamente que los dentistas informen sobre sospechas de abuso pueden generar confusión sobre el papel de los dentistas y dar lugar a una interpretación organizativa o profesional subjetiva y procedimientos no estandarizados. Además, la ineficiencia percibida del sistema para proteger y apoyar a las víctimas de abuso puede disuadir a los dentistas de denunciar sospechas de abuso. Se necesitan esfuerzos concertados para revisar las leyes y estatutos que rigen las funciones de los profesionales de la salud a este respecto para garantizar la claridad y apoyar los esfuerzos para controlar el problema.

El estudio, sin embargo, tiene algunas limitaciones, incluido el diseño transversal que no puede probar la causalidad y el muestreo de conveniencia que limita la generalización de los hallazgos. Sin embargo, el estudio tiene algunos hallazgos importantes.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; fue con mayor porcentaje para el nivel medio.

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según sexo fue un nivel medio para el sexo masculino.

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según edad fue un nivel medio para el intervalo de 18 a 24 años.

El nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022; según ciclo académico fue un nivel medio para el octavo ciclo.

4.2 Recomendaciones

Se recomienda que los estudiantes tomen más conciencia de la presencia de agencias que apoyan a las víctimas de abuso o una línea directa para denunciar.

Se recomienda que las universidades en su plana curricular incluyan los protocolos, así como las políticas, leyes y su implementación, también indicar intervenciones basadas en la ciencia de la difusión y la implementación para que las políticas existentes puedan traducirse en prácticas y se asegure una mayor aceptación de las directrices.

Así mismo se recomienda recibir capacitación y diferente modelo de capacitación, para manejar sospechas de abuso para tener mayores probabilidades de denunciar las sospechas de abuso.

Por último, indicar las reglas y los órganos de apoyo, en las universidades para llegar a un consenso y promover actitudes positivas hacia la denuncia y aumentar el conocimiento de las manifestaciones de abuso y como síntomas del maltrato infantil.

REFERENCIAS

1. Hazar Bodrumlu E, Avşar A, Arslan S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. Eur J Dent Educ [Internet]. 2018;22(1):40–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27735105/>
2. Oliván Gonzalo Gonzalvo de la PSAC. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil [Internet]. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13154/manifestaciones-orales-y-dentales-del-maltrato-infantil>
3. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child abuse and neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2009;39(2):1–26. Disponible en: <http://www.brown.uk.com/childabuse/legano.pdf>
4. Duman C, Al-Batayneh OB, Ahmad S, Durward CS, Kobylńska A, Vieira AR, 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 [Internet]. 2021;2. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12781>
5. Al-Ani A, Hashim R, Schiffner U, Splieth CH. About oral symptoms Child physical abuse: knowledge of dental students in Hamburg, Germany. European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry. [Internet]. 2021; 2:15–20. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40368-021-00651-0#citeas>
6. Sarkar R, Ozanne-Smith J, Bassed R. Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. Trauma Violence Abuse. 2021;22(1):136-146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30852989/>
7. Villacís Y. Conocimientos y actitudes sobre abuso infantil que poseen los estudiantes de último año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el periodo 2020-2021. [Internet]. Edu.pe. 30 de diciembre 2019 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/24948/1/UCE-FOD-VILLACIS%20YULIANA.pdf>

8. Wolf E, McCarthy E, Priebe G. knowledge about persistent oral manifestations of sexual abuse and how they are expressed during dental appointments. *Eur J Oral Sci.* 2020;128(4):317-324. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33856710/>
9. Altan H, Budakoğlu İ, Şahin-Dağlı F, Oral R. Measuring awareness about child abuse and neglect: Validity and reliability of a newly developed tool-child abuse and neglect awareness scale. *Turk J Pediatr [Internet].* 2018;60(4):392–9. Disponible en: <http://www.turkishjournalpediatrics.org/abstract.php?id=1863>
10. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatr Dent [Internet].* 2017;39(4):278-83. Disponible: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_childabuse.pdf
11. Becerra M, Pérez D. Conocimiento y actitud sobre lesiones peribucales como elemento de diagnóstico de maltrato infantil en estudiantes de Estomatología de la USS, 2019 [Internet]. *Edu.pe.* 30 de diciembre 2019 [citado el 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7704/Flores%20Becerra%20Melissa%20%26%20P%C3%A9rez%20Timan%C3%A1%20Daymith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma Violence Abuse [Internet].* 2019;20(2):131–48. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838017738726?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
13. National Research Council, Institute of Medicine, Committee on Law and Justice,

- Board on Children, Youth, and Families, Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* [Internet]. Washington D.C., DC, Estados Unidos de América: National Academies Press; 2014. Disponible en: <https://play.google.com/store/books/details?id=cmwtDwAAQBAJ>
14. Humphreys KL, Gleason MM, Drury SS, Miron D, Nelson CA 3rd, Fox NA, et al. Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015;2(7):625–34. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215-0366\(15\)00095-4](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215-0366(15)00095-4)
15. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2014;47:578–91. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149-7634\(14\)00262-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149-7634(14)00262-0)
16. McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2016;45(3):361–82. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2015.1110823>
17. Shamim T. Odontología pediátrica forense. *J Forensic Dent Sci* [Internet]. 2018; 10 (3): 128-131. doi: 10.4103 / jfo.jfds_79_17.
18. Golden GS. Bite-Mark and Pattern Injury Analysis: A Brief Status Overview. *J Calif Dent Assoc* [Internet]. 2015;43(6):309-314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126346/>
19. Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—What have we learnt: An overview of review updates. *Evid Based Child Health* [Internet]. 2013; 8:255-263. Disponible; <https://bcmj.org/articles/more-just-bruise-recognizing-child-physical-abuse>
20. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors

- of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl.* [Internet]. 2016; 54:43-56. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26990176/>
21. 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. [Internet]. *J Dent (Shiraz)*. 2017;18(4):282-288. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29201972/>
22. Ali Khan HM, Mansoori N, Sohail MH, Humayun MA, Liaquat A, Mubeen SM. Child physical abuse: awareness and practices of medical and dental doctors in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* [Internet]. 2021;71(6):1704-1708. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111106/>
23. Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. RMH [Internet]. 16sep.2013 [citado 26sep.2021]; 4(3). Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>.

ANEXOS

Anexo 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022.

INSTRUCCIONES: Marque con un x según el enunciado:

DATOS GENERALES

Edad:

Género: M () F ()

Ciclo académico:

1. Los moretones en la mejilla pueden indicar bofetadas o pellizcos en la cara. A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

2. Repetidas lesiones en la dentición que den como resultado dientes avulsionados o dientes con cambios de color pueden indicar un trauma repetido de abuso.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

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

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

4. Las mordidas observadas en el cuello de un niño o en zonas menos accesibles debe ser investigadas, ya que marcas de mordidas son con frecuencia un componente de abuso infantil

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

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

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

6. Los Hematomas y laceraciones en labios, frenillo labial superior, encías, lengua, mucosa sublingual, paladar blando y duro y mucosa oral, son causados por trauma directo o por utensilios.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

7. Las quemaduras o ampollas en región perioral e intraoral, son también causadas por forzar a ingerir alimentos o líquidos hirvientes.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

8. Los hematomas, liquenificación o cicatrices en la región comisural, pueden ser causadas por mordazas puestas en la boca durante intentos por la fuerza de hacerlo callar.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

9. La necrosis pulpar (decoloración gris o rosada del diente), son causadas por traumatismos repetidos antiguos.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

10. Las marcas de mordeduras dentro de la boca que son causadas por sus propios dientes, son producidas durante el abuso físico

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

11. Una marca de mordeduras con forma ovoide o elíptica con una distancia intercanina superior a 3 cm y, a menudo, con una equimosis central son causadas por maltrato infantil.

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

12. Las lesiones faríngeas, infligidas intencionalmente para hacer que el niño tosa o vomite sangre o para crear otros síntomas son causadas por maltrato infantil

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

13. El condiloma acuminado, causado por agentes infecciosos del virus del papiloma humano, se puede encontrar con frecuencia como una única o varias lesiones, pedunculadas, con aspecto de repollo. Su presencia puede sugerir una prueba de abuso infantil

A. SI

B. NO

C. No estoy seguro

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN.

INVESTIGADORES: Milian Saavedra Jamer Junior, Olano Villegas Victoria Marice.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Nivel de conocimientos sobre las manifestaciones orales como síntomas del maltrato infantil, en estudiantes de estomatología, de la USS, 2022.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que responda el cuestionario. El tiempo por emplear no será mayor a 20 minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud plantearse estrategias a fin de disminuir los índices de caries dental. Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: Milian Saavedra Jamer Junior, Olano Villegas Victoria Marice al Cel.968565179.

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO** ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto los investigadores tendrán acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA:
SI **NO**

Se contará con la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores al número 968565179, usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán.

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación de las investigadoras y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:

DNI:

Testigo

Nombre:

DNI:

Investigadores

Nombre:

DNI:

Fecha:

Anexo 3: Validación del instrumento

Instrumento ya validado

Yo, Dra. Teresa Etelvina, Ríos Caro, docente de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo, dejo constancia de haber asesorado la Tesis titulada: "Conocimientos, actitudes y prácticas de los Crujanos Dentistas sobre lesiones bucales como elemento de diagnóstico del maltrato infantil"; cuyo autor es el Bach. Gary Antero Quispe Dionicio, alumno de la Maestría en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, identificado con N° de Matrícula 504000114.

Doy fe de lo expuesto.

Trujillo, 30 de enero de 2017.

Anexo 4. Prueba piloto y confiabilidad

	ITEM-1	ITEM-2	ITEM-3	ITEM-4	ITEM-5	ITEM-6	ITEM-7	ITEM-8	ITEM-9	ITEM-10	ITEM-11	ITEM-12	ITEM-13	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
2	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	9
3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	10
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	11
5	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	9
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
10	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
11	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	6
12	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6

KR20=	0.7621
n	20
n-1	19
Vt	8.15
$\sum pq$	2.25

Estadísticas de Confiabilidad de Kr20 de Richardson	
Fiabilidad	Nro de elementos
0,7621	13

El cuestionario es confiable debido a que al aplicar la estadística Kuder 20 evidenciamos que los ítems se correlacionan entre sí.

Anexo 5. Operacionalización de las variables

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Conocimiento en manifestaciones orales	Se refiere a la forma en que se entienden y describen los conocimientos en un nivel teórico o abstracto, más allá de ejemplos o aplicaciones específicas.	Es el conocimiento que se tuvo en los alumnos sobre las manifestaciones orales como síntoma de maltrato infantil evaluado a través del cuestionario.	Conceptos generales Localización Forma	Moretones Hematomas Cuello Labios Región intraoral Ovoide Repollo	1-13 preguntas	Cuestionario	0-10 puntos (Nivel bajo) 11-18 puntos (Nivel medio) 19-26 puntos (Nivel alto)	Categoría	Ordinal
Variables sociodemográficas	Son las características que permiten obtener información sobre las necesidades y demandas de diferentes grupos sociales.	Se evaluará con el ciclo académico, el género y edad de los pacientes evaluados	Ciclo académico Genero Edad	VI ciclo VII ciclo VIII ciclo IX ciclo X ciclo Femenino Masculino 18-24 años 25 años a más	-	Ficha de recolección de datos	-	Covariable	Nominal Ordinal Nominal

