



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
LABORATORIO CIENCIAS SOCIALES, BIOÉTICA Y
COMUNICACIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS ODONTOLÓGICAS (ICOD).
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL**

**MALTRATO INFANTIL: EXPERIENCIAS Y COMPETENCIAS
AUTOPERCIBIDAS DE ODONTÓLOGOS/AS GENERALES Y
PROFESIONALES EXPERTOS/AS EN CHILE**

Fernando Pérez Cabrera

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTORA PRINCIPAL

Valentina Fajreldin Chuaqui

TUTORA ASOCIADA

Marcela Farías Vergara

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 2020 - 05 “Estrategias para el Fomento de la
Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con
Menor Acceso a Educación y Atención en Chile”,
Santiago - Chile
2022**

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis amigos, y tutoras.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Maltrato infantil	2
2.1.1 Definiciones	2
2.1.2 Origen y consecuencias	3
2.1.3 Contexto mundial: Derechos del niño y prevalencia del maltrato	6
2.1.4 Contexto nacional: Antecedentes, entidades estatales y literatura	9
2.2 Odontología y Maltrato infantil	15
2.2.1 Lesiones físicas de cabeza y cuello asociadas a maltrato infantil	15
2.2.2 Identificación y gestión del maltrato por odontólogos en el mundo	16
2.2.3 Identificación y gestión del maltrato por odontólogos chilenos	18
2.2.4 Obligaciones legales y protocolos vigentes en Chile para la gestión del maltrato infantil por parte del profesional de salud	19
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	22
4. MATERIALES Y MÉTODOS	23
4.1 Muestra	23
4.2 Diseño y recolección de datos	24
4.3 Análisis de resultados	25
4.4 Resguardos éticos	26
5. RESULTADOS	27
5.1 Odontólogos generales con máximo 3 años de egreso (Grupo 1)	27
5.2 Odontólogos especialistas (esp.) (Grupo 2.A)	31
5.3 Profesionales NO odontólogos (Grupo 2.B)	37
6. DISCUSIÓN	42
7. CONCLUSIONES	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
9. ANEXOS	60
9.1 Derechos del niño declarados por la Convención sobre los Derechos del Niño de la UNICEF (1989)	60
9.2 Delitos sexuales estipulados en el Código Penal Chileno (2000)	61
9.3 Alertas de vulnerabilidad biopsicosocial en los controles de salud infantil Chile Crece Contigo (Gob. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)	62
9.4 Flujograma Chile Crece Contigo – Servicio Nacional de Menores (Gob. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)	63
9.5 Derivación a Oficinas de Protección de Derechos (Gob. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)	64
9.6 Flujograma de atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de maltrato (Gob. Chile, Ministerio de Salud, 2016)	65
9.7 Flujograma de atención a víctimas de violencia sexual (Gob. Chile, Ministerio de Salud, 2016)	66
9.8 Muestra, caracterización y codificación de los individuos	67
9.9 Pautas temáticas aplicadas a los informantes, por grupo	70
9.10 Consentimiento informado aplicado a los sujetos de estudio	72

1. RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es todo maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o explotación comercial, que tiene el potencial de producir daño en la salud del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. En el mundo, entre 50% y 75% de los casos de maltrato infantil reportan manifestaciones en la región de cabeza y cuello, por lo que el odontólogo* podría tener un rol importante en su identificación y denuncia. No obstante, la literatura mundial reporta falta de competencias del odontólogo para identificar maltrato infantil, además de múltiples barreras en la denuncia. En Chile, la literatura al respecto es escasa y antigua. Este estudio pretende analizar las competencias y experiencias de la muestra sobre la identificación y gestión del maltrato infantil.

Materiales y métodos: Se realizaron entrevistas individuales, semi-estructuradas y en profundidad a 18 individuos distribuidos en 2 grupos; 1. Odontólogos generales con máximo 3 años de egreso (7), y 2. Profesionales expertos. El grupo 2 se dividió en dos subgrupos: 2.A Odontólogos especialistas (7) y 2.B Profesionales NO odontólogos con experiencia trabajando con niños maltratados (3). Las entrevistas fueron transcritas, se realizó la caracterización y codificación de los individuos, y luego el análisis de contenido.

Resultados: Las competencias de odontólogos generales con máximo 3 años de egreso (Grupo 1) para la identificación y gestión del maltrato infantil son insuficientes. Los profesionales expertos (Grupo 2) tienen competencias para la identificación de maltrato infantil, y en el caso de los odontólogos especialistas (Grupo 2.A), estas competencias parecen ser adquiridas en el ejercicio profesional o por estudios de postgrado. La gestión del maltrato infantil es arbitraria; depende más de la voluntad del profesional que de protocolos establecidos.

Conclusiones: La falta de competencias para identificar y gestionar el maltrato infantil por parte del odontólogo se debe principalmente a la escasa incorporación del tópico en la formación de pregrado. La mejora en dicha formación permitirá subsanar las principales barreras que impiden una denuncia, facilitando el auxilio al menor maltratado.

* Se utiliza aquí y en el resto del texto para referirse al colectivo, sin distinguir por género.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Maltrato infantil

2.1.1 Definiciones

El maltrato infantil es definido por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2006), en su guía *Preventing Child Maltreatment: A Guide to taking action and generating evidence* como “cualquier tipo de maltrato físico/emocional, abuso sexual, desatención/trato negligente, explotación comercial o de otra índole que ocasione daño real/potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (p.9). El mismo documento distingue cuatro tipos de maltrato:

- a) **Abusos físicos:** Uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño.
- b) **Abusos sexuales:** Participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa, para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Estos abusos pueden ser realizados tanto por adultos como por otros niños que, en virtud de su edad o etapa de desarrollo, tienen una posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima. Con respecto a este tipo de maltrato, la *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) define abuso sexual como “toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal”, y también “las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas u otros medios de presión” y considera como tal; la incitación para que un niño realice cualquier actividad sexual, la utilización de un niño con fines de explotación sexual, la utilización de un niño para la producción de imágenes o grabaciones sonoras de abusos sexuales a niños, prostitución infantil, esclavitud sexual, matrimonio forzado, venta de niños, entre otras (UNICEF, 2011).
- c) **Abusos emocionales y psicológicos:** Pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como en una reiterada negligencia por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y

carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo muy probablemente dañarán la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Se incluyen aquí; restricción de movimiento, patrones de menoscabo, culpa, amenazas, ridiculizaciones y otros tipos de trato hostil.

- d) Desatención o trato negligente:** Abarca tanto incidentes aislados como la reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia - estando en condiciones de ofrecérselo- con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras. Una de sus formas es la **desatención o negligencia dental**, definida por la *American Academy of Pediatric Dentistry* (2020) 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”.

2.1.2 Origen y consecuencias

Si bien existen varias teorías o modelos que buscan explicar el origen del maltrato infantil, no es posible aislar un factor que por sí solo explique el comportamiento violento hacia un niño, o por qué esta violencia es más prevalente en una u otra población; el fenómeno es multifactorial. Bajo esa premisa, es útil citar *La Teoría Ecológica* de Bronfenbrenner (1987), que define un sistema de desarrollo de los individuos a través de los diferentes ambientes en los que oscila (microsistema, exosistema, macrosistema), cada uno de ellos presentando elementos que, en una interacción compleja entre sí, se condicionan recíprocamente.

El **microsistema** considera a la familia e interacciones que dentro de esta se generan. Se pueden considerar aquí elementos tales como historia personal del individuo, creencias, autoritarismo, autoestima, conductas violentas, rabia, control de los impulsos y emociones, entre otros. El **exosistema** describe el entorno social de la familia y su relación con la comunidad; instituciones educacionales, laborales, recreativas, judiciales, religiosas, deportivas, medios de comunicación, entre otras. Finalmente, el **macrosistema** es el nivel más general, referido a las creencias y valores culturales, involucrando al Estado, al sistema judicial, a la economía, entre otras. Así, entendiendo el maltrato infantil como producto de una compleja red de

factores individuales, interpersonales, comunitarios y sociales, podemos mencionar algunos factores que, si bien no son determinantes por sí solos, constituyen un aumento en la probabilidad de sufrir maltrato. No obstante, no es materia del presente trabajo ahondar en cada uno de ellos, sino más bien mencionar aquellos que son más recurrentes entre diversas fuentes y autores (Tabla 1).

Con respecto a las consecuencias del maltrato infantil, estas no son siempre tangibles o cuantificables en toda su dimensión, puesto que dependen de muchas variables que no son fáciles de aislar para establecer una asociación directa con el maltrato sufrido. Algunas de estas variables son la intensidad del maltrato, prolongación y cronicidad de este, características del niño, niña o adolescente que sufre el maltrato (edad, sexo), el uso o no de violencia física, la relación entre el niño o niña y el (la) maltratador(a), apoyo o no de la familia a la víctima, y la respuesta del entorno, entre muchas otras. Una de las variables que con mayor frecuencia se ha estudiado es la edad o etapa del desarrollo en la que ocurre el maltrato; en base a esa variable, entendiendo que un análisis más profundo excede el alcance de este trabajo, se presentan, someramente y de manera sintética, algunas consecuencias del maltrato infantil según la literatura:

- a) En la primera infancia (0-6 años):** Las investigaciones muestran que en situaciones de estrés severo y prolongado, como el que ocasiona la exposición a maltrato sistemático, el desarrollo cerebral puede resultar fisiológicamente alterado de distintas maneras, por ejemplo: afectar la conexión de circuitos cerebrales, y desarrollar un umbral bajo al estrés o excesiva reactividad frente a este. Los altos niveles de hormonas secretadas en respuesta al estrés, como el cortisol, pueden suprimir la respuesta inmune o dañar el hipocampo, área del cerebro que tiene trascendental importancia en el aprendizaje y memoria (National Research Council [US] y Institute of Medicine [US],2000). Además, los niños expuestos a maltrato pueden experimentar apego inseguro, donde el cuidador/a se convierte en una fuente de peligro en vez de una fuente de seguridad. Esto puede alterar el proceso normal de desarrollo y afectar la capacidad para comunicarse e interactuar con otros (Lamont & Bromfield, 2010).
- b) Maltrato en la infancia (6-12 años):** El niño maltratado puede disminuir su rendimiento escolar, presentar retraso en el desarrollo del lenguaje, tener

conductas de internalización (introvertido, aislamiento, depresión) o externalización (agresividad, hiperactividad) (Lamont & Bromfield, 2010). Según Fergusson et al. (2008), hay asociación estadísticamente significativa entre maltrato físico, depresión, intentos de suicidio y tasa global de trastornos mentales, siendo estos fenómenos 1,5 veces más altos en población infantil con maltrato físico.

Tabla 1: Factores de riesgo para el Maltrato Infantil.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES
<p>En el niño: Presenta rasgos físicos que producen rechazo en el (la) progenitor(a); llora persistentemente sin que sea fácil calmarlo; presenta discapacidad física o mental; presenta síntomas de enfermedad mental; presenta problemas de comportamiento, retrasos del desarrollo, o dificultades de aprendizaje que dificultan la crianza.</p> <p>En los padres o cuidadores: Tiene dificultades para establecer vínculos con un recién nacido; presenta antecedentes de maltrato en la infancia; no tiene conciencia del significado y del proceso de desarrollo de un niño, niña o adolescente (hombre y mujer) y tiene expectativas irreales o equivocadas que le impiden comprender sus necesidades y comportamientos; tiene arraigados estereotipos de género; existe instalada una relación de violencia de género; aprueba el castigo físico como medio para disciplinar o cree en su eficacia; padece problemas de salud física o mental o deficiencias cognitivas que interfieren en su capacidad para ejercer la función parental; presenta ausencia o dificultades de autocontrol; presenta consumo problemático de alcohol o drogas; participa en actividades delictivas que afectan negativamente la relación entre progenitor e hijo; presenta aislamiento social; presenta autoimagen deteriorada y baja autoestima; tiene insuficientes habilidades para el ejercicio de la paternidad/maternidad; presenta alto nivel de estrés.</p>
FACTORES DE RIESGO INTERPERSONALES O RELACIONALES
<p>Inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño o niña; problemas de salud física, de inmadurez o de salud mental de un miembro de la familia; ruptura familiar; violencia de género por parte de la pareja; violencia entre hermanos; interrupción de la ayuda prestada por la familia para la crianza; discriminación contra la familia por razones de raza, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o forma de vida; abuso de poder, legitimado por la cultura patriarcal (favorece la dinámica de relaciones que se basan en el control de un género sobre el otro, de una edad sobre la otra).</p>
FACTORES DE RIESGO COMUNITARIOS
<p>Tolerancia a la violencia; desigualdad de género o social; carencia de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones; altos niveles de desempleo; aislamiento social; inexistencia de una red de apoyo que ayude en las situaciones difíciles o tensas de una relación; cambios de entorno frecuentes; fácil acceso al alcohol; la naturalización del maltrato, el secreto, las redes de silencio y la tolerancia del entorno y de la comunidad hacia estos aspectos; comercio de estupefacientes en el entorno cercano; políticas y programas institucionales que propician el maltrato infantil.</p>
FACTORES DE RIESGO SOCIALES
<p>Políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, desigualdades o inestabilidad socioeconómica; normas sociales y culturales que promueven la violencia hacia los otros y, en particular, los castigos físicos; normas sociales y culturales que imponen roles de género estereotipados; normas sociales y culturales que le restan importancia al niño, niña y adolescente en las relaciones entre padres e hijos; exclusión social; consumismo exacerbado.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS, 2006; Soriano-Faura, 2009; Gob. Chile, Ministerio de Salud, 2013.

c) Maltrato en la adolescencia (+12 años): Se reporta que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados(as) es 5 veces más alto comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia, y que niños maltratados y abandonados eran 11 veces más propensos a ser arrestados en su adolescencia que aquellos que no fueron maltratados (Fergusson et al., 2008). Cashmore (2011) señala que un gran número de adolescentes infractores de ley evidencia haber tenido experiencias de maltrato o relaciones de crianza inadecuadas, presentando además problemas de salud mental y retrasos en su desarrollo. También, Draucker et al. (2013) señalan que el abuso sexual infantil es un fuerte predictor para el uso de varias drogas y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

Se omiten en este capítulo aquellas consecuencias físicas de corto plazo (moretones, laceraciones, quemaduras, etcétera). Estas se presentan en el capítulo 2.2.1 con el fin de establecer una relación entre dichas consecuencias y el rol del odontólogo en su identificación.

2.1.3 Contexto mundial: Derechos del niño y prevalencia del maltrato

- **Antecedentes históricos y estándares internacionales**

El primer texto histórico en reconocer la existencia de derechos específicos para los niños fue la Declaración de Ginebra, en 1924. Esta contenía 5 artículos:

“El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual.

El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y abandonado deben ser recogidos y ayudados.

El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad.

El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier explotación.

El niño debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo”

(Morier, 1963)

Este texto fue aprobado por la Asamblea General de la entonces *Sociedad de las*

Naciones (más tarde, Organización de las Naciones Unidas, ONU), convirtiéndose en el primer texto en reconocer derechos específicos para los niños. Más tarde, en 1959, con la ONU ya conformada como tal, este texto fue modificado, agregándose cinco artículos más, y siendo aprobada de manera unánime por los entonces 78 conformadores, en la que es conocida como la segunda Declaración sobre los derechos del niño:

“El derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad.

El derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social del niño.

El derecho a un nombre y a una nacionalidad desde su nacimiento.

El derecho a una alimentación, vivienda y atención médicos adecuados.

El derecho a una educación y a un tratamiento especial para aquellos niños que sufren alguna discapacidad mental o física.

El derecho a la comprensión y al amor de los padres y de la sociedad.

El derecho a actividades recreativas y a una educación gratuita.

El derecho a estar entre los primeros en recibir ayuda en cualquier circunstancia.

El derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación.

El derecho a ser criado con un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos y hermandad universal”

(Pérez e Ibarrola, 2019)

El problema de estos textos, en su condición de *declaración*, es que no tenían fuerza vinculante con los estados. Por eso, en 1989, se firma La Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN o la Convención), que, en su calidad de *convención*, si establece obligaciones para los entes que firman; estos deben informar sobre sus avances al Comité, el que a su vez analiza y comenta estos informes y alienta a los Estados a tomar medidas.

La CDN busca promover en el mundo los derechos de los niños, estableciendo que los países que la han ratificado deben asegurar que todos los niños se beneficien de una serie de medidas especiales de protección, tengan acceso a salud y educación, pueden desarrollar íntegramente sus talentos y personalidades, y que

puedan crecer en un ambiente ameno. Además de su extensión (54 artículos), la CDN se diferencia de las declaraciones de derechos del niño previas en que la primera cambió el paradigma que se tenía sobre la infancia, pasando de un paradigma adulto centrista en donde se consideraba a los niños como propiedad de sus padres u objetos de protección, a uno nuevo que los reconoce como titulares de sus propios derechos, declarando un total de 20 de ellos (disponibles en el Anexo 1) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1989).

- **Prevalencia del maltrato infantil en el mundo**

Pese a lo estipulado por la Convención, el maltrato infantil sigue siendo una problemática de alcance mundial. En lo estrictamente numérico, las estimaciones varían ampliamente entre países, tanto por la heterogeneidad de las metodologías, como por las definiciones de maltrato infantil utilizadas, el tipo de maltrato estudiado, la cobertura y calidad de las estadísticas, entre otras variables. Aun así, la WHO 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/cuidadores, que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres informan haber sido abusados sexualmente entre la edad de 0 y 17 años, y que aproximadamente 120 millones de niñas y mujeres menores de 20 años han sufrido alguna forma de contacto sexual forzado (WHO, 2020).

Con las limitaciones previamente expuestas, y entendiendo que las cifras no representan más que un análisis superficial, útil únicamente para dar una idea del alcance del problema, se citan datos reportados en algunos países solo en los últimos cinco años:

- Países Bajos: Se estimó una prevalencia de maltrato infantil de 26-37 por 1000 niños, siendo los factores de riesgo más importantes la baja educación de los padres, el desempleo de los padres, la condición de inmigrante, y la mono parentalidad (van Berkel et al., 2020)
- China: La prevalencia de maltrato físico menor, maltrato físico severo/muy severo, maltrato psicológico y negligencia fueron 63.9%, 23.4%, 84.1% y 23.2% respectivamente. La conducta parental autoritaria fue asociada con todos los tipos de maltrato (Lo et al., 2019).

- Ecuador: Un 69.6% de la muestra experimentó maltrato infantil; 47.6% reportó maltrato físico, siendo este más prevalente en hombres, 53% maltrato psicológico sin diferencias significativas en la prevalencia por sexo, 15.5% abuso sexual siendo este más prevalente en mujeres (Jiménez-Borja et al., 2020).
- Tanzania: Se reporta un de 97.6% de maltrato infantil, siendo 82.1%, 26.2%, 51.9%, 21.8% y 24.7% la prevalencia de maltrato físico, negligencia física, negligencia emocional, abuso emocional y abuso sexual respectivamente. El abuso emocional, la negligencia física, la negligencia emocional, y maltrato físico fueron asociados con baja autoestima (Mwakanyamale et al., 2018).
- Kuwait: De los participantes, 35.6%, 53.5% y 19.8% experimentó al menos una forma de maltrato físico, maltrato psicológico o abuso sexual respectivamente. El maltrato físico fue más prevalente entre los niños, mientras que el maltrato psicológico y abuso sexual no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre sexos (Almazeedi et al., 2020).
- Alemania: 2.6% de los participantes reporta maltrato emocional severo, 3.3% maltrato físico severo, 2.3% abuso sexual, 7.1% negligencia emocional severa y 9% negligencia física severa. Las mujeres tuvieron mayor tendencia a reportar maltrato emocional y abuso sexual que los hombres (Witt et al., 2017).
- Israel: Más de la mitad (52.9%) de los estudiados reporta alguna forma de maltrato infantil. La más frecuentemente reportada fue el maltrato emocional (31.1%) y abuso sexual (18.7%), seguido por negligencia física (17%), maltrato físico (18%), negligencia emocional (17%) y exposición a violencia doméstica (9.8%) (Lev-Wiesel et al., 2018).
- Brasil: La prevalencia de maltrato verbal fue del 37% y 30% de maltrato físico, siendo los varones más afectados que las mujeres (Santos et al., 2018).

Más allá de la variación porcentual, las cifras dan cuenta de que este es un fenómeno esparcido por todo el mundo.

2.1.4 Contexto nacional: Antecedentes, entidades estatales y literatura

- **Antecedentes históricos**

El primer intento del Estado chileno por ir en defensa de los niños fue la llamada *ley de protección a la infancia desvalida*, de 1912, que buscó atacar tópicos específicos

como el abandono paterno, el abuso de menores y algunas formas de explotación, pero siempre orientada al auxilio de los niños más vulnerables, o “en riesgo”, sin proponer una política transversal a todos los menores. La *ley de menores de 1928* siguió en esa línea, creando un mecanismo de protección que involucraba a los niños que cometían delitos como a los que se encontraban “en riesgo” –calificación dada por el Estado a través de sus organismos técnicos-, creando también los Tribunales de menores. La *ley de menores de 1967* (Nº16.618), incorporó algunos cambios sutiles en la institucionalidad, creando, por ejemplo, la Policía de Menores, pero conservando el modelo de defensa en sus aspectos esenciales; otorgar amplias atribuciones tutelares al Estado para intervenir en la vida de los menores *en riesgo* (Biblioteca Nacional de Chile, s/f). En 1990, Chile ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la cual exige, en su artículo 19, que los Estados deben tomar “*todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual*” (UNICEF, 1989). Buscando que dichas medidas sean cumplidas, a partir del año 1994, UNICEF ha realizado, cada seis años hasta el 2012, estudios de prevalencia del maltrato infantil en Chile, consultando directamente a los niños y niñas acerca de sus vivencias, percepciones y opiniones sobre distintas formas de violencia y la relación con sus padres y otros adultos.

El último de estos estudios, de 104 páginas, de carácter comparativo en relación con los anteriores (1994 – 2000 – 2006 – 2012), incorpora por primera vez dentro de sus objetivos determinar la prevalencia de abuso sexual, y abarcó a 1650 niños, niñas y adolescentes de las regiones de Coquimbo, La Araucanía, Los Lagos, Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

Con respecto a la prevalencia del maltrato a lo largo de la vida, en sus distintas formas, el mencionado estudio encontró; un 62.2% de violencia psicológica, 50.4% de violencia física leve y un 28.2% de violencia física grave. Además, un 8.7% de la muestra señaló haber sufrido algún tipo de abuso sexual, la mayoría de ellos (55%) señala que fue “una vez”, el 24% señala que fue “más de una vez”, y el 12.2% dice haber sido abusado sexualmente “con frecuencia”. También se buscó identificar los factores de riesgo asociados al maltrato, los que son concordantes con los

previamente expuestos en la Tabla 1. Con respecto a dichos factores, por ejemplo, al analizar la variable “tipo de establecimiento educacional” se obtuvo que la violencia psicológica y la categoría sin violencia se observa más en colegios particulares pagados, mientras que la violencia física grave se concentra más en establecimientos particulares subvencionados y municipales. También, se encontró como predictor de la violencia física ejercida por el padre y la madre la existencia en el hogar de alguna persona que se emborrache con frecuencia, entre otros. Con respecto a las consecuencias del maltrato, con el fin de establecer la relación entre vivir violencia en la casa por parte de sus padres o cuidadores y diferentes comportamientos de los niños/as, se constató que aquellos que manifiestan sufrir violencia tienen, en comparación con los/as que no sufren violencia: peores relaciones con los padres , menor rendimiento escolar, mayor consumo de medicamentos para mejorar rendimiento y/o comportamiento, peores relaciones con los compañeros de colegio, peores relaciones con los profesores, mayor victimización de agresiones de parte de compañeros/as de colegio, mayor consumo de alcohol y drogas, mayor nivel de justificación de la violencia en la formación de los hijos/as, más lesiones corporales (en el caso de la violencia física). Frente a estas lamentables cifras, sumadas a otras tantas disponibles en el informe completo, la entidad concluye que *“los niveles de violencia continúan siendo muy altos”*, y que *“estos resultados son elocuentes en señalar que es relevante la implementación de programas eficientes de prevención”* (UNICEF, 2015).

- **Aspectos jurídicos**

Si bien se han registrado modificaciones y avances legales, estos no terminan de garantizar en su totalidad la protección de los derechos de la niñez. La legislación chilena incluye una gran variedad normativa respecto al maltrato infantil, pero éste solo se encontraba tipificado como delito cuando se producía dentro de la familia. Fuera de ella, su regulación penal dependía de la consecuencia, es decir, si el maltrato producía lesiones se aplicaba el delito de lesiones, en cambio, si producía la muerte del menor, se aplicaba el de homicidio. Esta circunstancia generaba un vacío legal que impedía una protección integral a los niños, niñas y adolescentes, en contra del maltrato infantil (Lathrop, 2018). Este panorama cambia un poco con la promulgación de la Ley N°21.013, en 2017, que “tipifica un nuevo delito de

maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial”, y cuyo objeto es sancionar penalmente el maltrato corporal relevante de personas con déficit corporal o físico, como lo serían los menores de 18 años, los adultos mayores, y las personas con discapacidad, y además introduce un tipo penal adicional, que es el sometimiento a trato degradante de las personas antes expresadas (Carrasco-Jiménez, 2018). De esta ley, se lee textualmente:

“Artículo 403 bis.- El que, de manera relevante, maltratare corporalmente a un niño, niña o adolescente menor de dieciocho años, a una persona adulta mayor o a una persona en situación de discapacidad en los términos de la ley N° 20.422 será sancionado con prisión en cualquiera de sus grados o multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad.

El que teniendo un deber especial de cuidado o protección respecto de alguna de las personas referidas en el inciso primero, la maltratare corporalmente de manera relevante o no impidiera su maltrato debiendo hacerlo, será castigado con la pena de presidio menor en su grado mínimo, salvo que el hecho fuere constitutivo de un delito de mayor gravedad, caso en el cual se aplicará sólo la pena asignada por la ley a éste.

Artículo 403 ter.- El que sometiere a una de las personas referidas en los incisos primero y segundo del artículo 403 bis a un trato degradante, menoscabando gravemente su dignidad, será sancionado con la pena de presidio menor en su grado mínimo”

(Ley N°21.013, 2017)

El Ministerio público señala que los delitos sexuales “son todos aquellos actos que atentan contra la libertad y la indemnidad sexuales de las personas, independientemente de su edad, estrato social, raza, etnia, sexo o nacionalidad”, y señala como características de estos delitos, que, en ellos, muchas veces, se ocupa la fuerza física, la presión o el engaño; no existe el consentimiento de la víctima; y que, generalmente, ocurren a través de un proceso gradual y no en un evento único (Gob. De Chile, Ministerio Público [s/f]). Sobre los delitos sexuales (tipificados en el Código Penal, ver Anexo 2), el Centro de Estudios y Análisis del Delito reporta que en la categoría de delitos “Abusos sexuales y otros delitos sexuales” del año 2021,

existió un total de 9.470 delitos; 3.066 (32.3%) tuvieron de víctimas a menores de 14 años, y 1.751 (18.4%) a adolescentes entre los 14 y los 17 años (CEAD, 2021).

- **Entidades estatales a cargo de la protección de menores**

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) era un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encargaba de la protección de derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ), de la responsabilización e inclusión social de jóvenes entre 14 y 17 años que han infringido la ley, y de regular y controlar la adopción en Chile. En 2013, el “Informe Jeldres”, una investigación conjunta entre el poder judicial y la UNICEF que abarcó 10 regiones y más de 6.500 NNAJ del SENAME, constató prostitución de niñas, abuso sexual intra residencial reiterado, condiciones precarias, torturas, y casi nula atención médica para miles de menores (Poder judicial de Chile, 2013).

En 2016, Lissette Villa Poblete, de 11 años, muere en una residencia del SENAME luego de que, según transcripciones del 7° Juzgado de Garantía de Santiago citadas por Lathrop (2018), *“las cuidadoras del centro inmovilizaron a Lisette sujetándola de sus extremidades, la pusieron boca abajo contra el suelo, y una de ellas [...], se subió a su espalda para controlar un supuesto ataque de ira de la menor”*, situación que se prolongó por varios minutos hasta provocar la muerte de la menor por *“asfixia mecánica con elementos de sofocación”*. Se supo también que castigos corporales de esta índole no eran aislados; la envolvían con frazadas para inmovilizarla, la amarraban, la empujaban y golpeaban, no la dejaban hablar con su madre, le daban sedantes tres veces al día, entre otras atrocidades.

En 2018, un informe de la Policía de Investigaciones (PDI) que investigó 240 residencias del SENAME (de 241 posibles), reportó, dentro de sus cifras más dramáticas, que: en el 85.8% (206) de las residencias se ha vulnerado gravemente los derechos de los NNAJ, en el 50% (120) de los centros se han registrado hechos que han vulnerado la indemnidad sexual de algún NNAJ, en el 100% de los Centros de Administración Directa (dependientes directamente del Estado) se ha vulnerado gravemente, y de manera sistemática, los derechos de los NNAJ que han estado bajo la tutela del Estado por parte de los propios funcionarios de los centros, entre

otras lamentables cifras disponibles en el informe de 270 páginas (PDI, 2018).

A la luz de estas constantes demandas, en las que quedó en evidencia la vulneración sistemática de los derechos de la población SENAME por parte de aquellas personas que se supone debían protegerla, el gobierno de Chile decide reestructurar el SENAME, reemplazándolo por: el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familiar, que busca garantizar la protección especializada de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos (implementado desde el 1 de octubre de 2021), y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos humanos, que se encarga de la atención de adolescentes y jóvenes entre los 14 y los 17 años que han estado en conflicto con la ley (proyecto de ley).

- **Literatura científica en torno al maltrato infantil en Chile**

La literatura científica relativa a este tópico, en Chile, es escasa y, en su mayoría, antigua. Vizcarra (2001), al realizar una encuesta a madres y padres de Temuco, reporta que un 17,5% de las madres y 6.8% de los padres reconoce ejercer violencia psicológica; 42.3% de las madres y 17.1% de los padres reconoce ejercer violencia física leve; y 2.6% de las madres y 1.2% de los padres reconoce ejercer violencia física grave. Otro estudio, realizado en jóvenes de tercero medio de Chillán, reporta una prevalencia de abuso sexual intrafamiliar de 8.79% sin diferencias significativas en cuanto al sexo de la víctima, y que sólo 1 de cada 10 casos es denunciado (Ysern, 2006). Un estudio realizado en un hospital pediátrico de la Región Metropolitana reporta que el 66.7% de los casos de abuso sexual infantil registrados habían sido ejercidos por un familiar (Almonte et al. 2002). Fresno et al. (2014), en una muestra de niños de 3 a 7 años, reportan que aquellos que habían sido víctimas de abuso sexual veían afectadas negativamente la calidad de sus representaciones de apego. Finalmente, en el que es el estudio más reciente, Vitriol et al. (2017) asociaron el desorden de ansiedad social, desorden de estrés post traumático, el desorden de personalidad antisocial, el desorden de pánico, y el desorden de ansiedad generalizada, con algún evento traumático experimentado en la infancia, donde se incluyeron algunas formas de maltrato (abuso físico, abuso sexual).

2.2 Odontología y Maltrato infantil

2.2.1 Lesiones físicas de cabeza y cuello asociadas a maltrato infantil

Las manifestaciones que involucran la región de cabeza y cuello se han reportado, alrededor del mundo, en más de la mitad de los casos de maltrato infantil, llegando inclusive al 75% de estos (Cavalcanti, 2010; Al-Jundi et al., 2010; Jordan et al., 2012). En 2017, la *American Academy of Pediatric Dentistry*, publicó una guía sobre los aspectos orales del maltrato infantil, dónde se entregan directrices y mencionan algunas lesiones físicas de cabeza y cuello que pueden estar presentes en un niño maltratado, entre las que se mencionan (Fisher-Owens et al., 2017):

- a) **Maltrato físico:** Este puede ser causado por tenedores o botellas durante alimentaciones forzadas, causando, por ejemplo, contusiones, quemaduras o contusiones en la lengua, labios, mucosa bucal, paladar, encía, frenillos o dientes (fracturas, luxaciones, avulsiones) o en huesos como la mandíbula. Se cita también el estudio de Naidoo (2000), que reporta los labios como el sitio más común para heridas orales, seguidas por la mucosa oral, dientes, encía y lengua. El uso de mordazas o cualquier tipo de tapa bocas puede resultar en mordidas, liquenificaciones o cicatrices en los bordes de la boca.
- b) **Abuso sexual:** Mencionan el estudio de Girardet (2011), según el cual la precisión del diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual en la cavidad oral aumenta si la evidencia es recolectada dentro de las primeras 24 horas de exposición en niños prepuberales y dentro de 72 horas en adolescentes. También se cita a Bussen (2012) al hablar del virus del papiloma humano (VPH), ya que, si bien la infección de VPH puede causar verrugas peri orales, el modo de transmisión representa una dificultad, puesto que puede ser transmitido: i. sexualmente a través de contacto oro-genital, ii. verticalmente desde la madre al hijo durante el embarazo, o iii. horizontalmente a través de contacto no sexual a un niño por el cuidador a través de su mano. Las manchas, hematomas o petequias en el paladar, particularmente en la unión del paladar duro y blando, pueden ser producto de sexo oral forzado.

El odontólogo puede identificar lesiones sospechosas de maltrato infantil y abuso sexual a través del examen intra y extraoral, pero el diagnóstico de estas lesiones no está exenta de dificultades. Casi todas las lesiones físicas pesquisables que

puedan hacer sospechar de maltrato infantil representan un desafío a la hora de establecer una relación causa-efecto; es la palabra del clínico contra la de los maltratadores, en donde las pruebas tangibles son difíciles de conseguir. Quizás el único tipo de maltrato que puede ser objetivamente pesquisado, mediante toma de muestras y estudios de laboratorio, sea el abuso sexual, pero, si bien la cavidad oral es un sitio que puede ser utilizado para el abuso sexual, la necesidad de recolectar la evidencia en un plazo idealmente no mayor a las primeras 24 horas desde el abuso, dificulta la pesquisa. A esto se suma el hecho de que, en niños, han sido reportadas las manifestaciones orales de infecciones de transmisión sexual por transmisión no sexual o accidental (Mora-Perdomo et al., 2013). La temporalidad también es un factor difícil de abordar en estos casos; lo que aprecia el clínico en una sesión, puede desaparecer en la siguiente (considerando que el tiempo entre sesiones es extremadamente variable, sobre todo tratándose de niños posiblemente maltratados), dejando la sospecha sin pruebas fehacientes.

2.2.2 Identificación y gestión del maltrato por odontólogos en el mundo

Para identificar lesiones o conductas atribuibles a maltrato infantil, es necesario que el odontólogo disponga las competencias necesarias, permitiendo la denuncia de estas conductas. No obstante, la literatura de los últimos cinco años entrega información alarmante con respecto al diagnóstico y denuncia de maltrato infantil por parte del clínico, girando principalmente en torno a dos ejes:

a) Conocimientos: Özgür et al. (2020) aplicaron un cuestionario sobre conocimientos, experiencias y actitudes a odontólogos, de los cuáles solo el 15.6% se reconoció como competente para diagnosticar y denunciar maltrato físico. Markovic et al. (2015), también mediante cuestionarios a dentistas, reportan que el 92.6% no tiene ningún tipo de estudio ni capacitación sobre maltrato infantil, y que el 84.3% no ha recibido ninguna información sobre el mismo tópico. Moggadam et al. (2016) reportan en su estudio que *“los participantes demostraron insuficiente conocimiento sobre los signos y síntomas de maltrato infantil”*, mientras que otro estudio reporta *“un moderado nivel de conocimiento en relación con el maltrato infantil”* (Jahanimoghadam et al., 2017). Uldum et al. (2017) señalan que, el 55.7% de los odontólogos encuestados no

ha recibido capacitación sobre maltrato infantil, ni de pregrado ni de post grado. Kural et al. (2020) señalan que, de los dentistas participantes; 32.7% fue capaz de reconocer casos de maltrato infantil, 11.6% recibió formación de pregrado sobre maltrato infantil, y el 86.5% expresó la necesidad de mayor educación sobre el tópico. Hussein et al. (2016) reportan que el 62% de los participantes indicaron que no han recibido suficiente información sobre maltrato. Finalmente, en el que parece ser el único reporte con resultados positivos, Olatosi et al. (2018), señalan que *“los participantes demostraron buen conocimiento con respecto a los tipos de maltrato infantil”* y que *“los factores de riesgo de maltrato infantil fueron correctamente identificados”*.

- b) Barreras en la denuncia del maltrato infantil:** Un estudio señala que, de los 43.9% participantes que sospecharon maltrato físico, solo el 12.7% lo reportó, siendo *“No se dónde ni cómo reportar”* la razón más común para no reportar, y a su vez, el 70.3% desconocía las sanciones legales por demorar o no reportar los casos sospechosos de maltrato (Özgür et al., 2020). En concordancia, otros estudios reportan *la falta conocimiento sobre los procedimientos de denuncia* como la razón más común para no denunciar un caso sospechoso de maltrato (Markovic et al., 2015; Kaur et al., 2016 Moggadam et al., 2016; Al-Hajeri, 2018). Otro, reporta como las principales barreras en la denuncia; inseguridad sobre las observaciones, signos y síntomas de maltrato infantil (72.4%), miedo de violencia adicional hacia el niño cuando el cuidador se entere de la denuncia (56.5%), desconocimiento sobre los procedimientos de denuncia (53.7%) y miedo de las consecuencias sobre el niño si es que la autoridad interviene (50.4%) (Jahanimoghadam et al., 2017). Clarke et al. (2019) reportan que los factores más influyentes para los dentistas generales a la hora de hacer un reporte de maltrato infantil fueron: miedo de violencia hacia el niño (78%), falta de seguridad en el diagnóstico (50%) y falta de confianza en sus sospechas (47%). Otro estudio señala que la falta de anamnesis adecuada (45%), falta de conocimiento sobre el rol del profesional de salud en el reporte (18.3%) y posibles consecuencias contra el niño (18.8%) fueron las razones que más hacían dudar al dentista sobre si reportar o no un caso sospechoso de maltrato (Uldum et al., 2017). Dalledone et al. (2015) señala en su estudio, que en

respuesta a la pregunta *¿Por qué razones los casos de maltrato podrían ser no reportados?*, las razones más comunes fueron miedo, amenazas de represalias y falta de conocimiento en el diagnóstico.

Lo anterior pone de manifiesto un vacío no solo a nivel de competencias y conocimientos del dentista para identificar maltrato infantil, sino que también a nivel de procesos burocráticos posteriores a dicha identificación. Esto se podría traducir en niños víctimas de maltrato que quedan sin auxilio debido a que se pierde la oportunidad de realizar una denuncia temprana, siendo esta postergada o inclusive no realizada.

2.2.3 Identificación y gestión del maltrato por odontólogos chilenos

Si bien la literatura sobre la relación entre maltrato infantil y odontología es abundante en el mundo, en Chile es particularmente escasa. Solo Fierro Monti et al. (2012) realizaron un estudio en el que mediante la aplicación de una encuesta se recogió información sobre conocimientos y actitudes en relación con la sospecha y denuncia de maltrato infantil. Con respecto a los conocimientos, este se calificó en general como *satisfactorio*, pese a que, entre las respuestas más erradas, se encontró que “el 64% de los odontólogos no sabe que más de la mitad de los signos clínicos de maltrato infantil están en boca, cara y cuello”, y que “el 66% no reconoce que las petequias en el paladar podrían ser un signo clínico de sexo oral forzado”. También, el 50,9% declaró haber recibido información sobre maltrato infantil, pero en cuanto a la fuente de esta información, “esta no se encontró en el pregrado de la carrera de Odontología”. Este vacío a nivel de pregrado también fue advertido por Fonseca et al. (2018), quien 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 once universidades chilenas, informó que el tópico “Abuso y Maltrato Infantil”, es abordado sólo por una facultad de odontología en todo Chile” (ACHEO, 2015). Curiosamente, la misma ACHEO, en 2020, publicó su documento “Contenidos mínimos en la enseñanza de la odontología de pregrado en Chile”, donde no existe mención alguna al maltrato infantil (ACHEO, 2020).

2.2.4 Obligaciones legales y protocolos vigentes en Chile para la gestión del maltrato infantil por parte del profesional de salud

En el capítulo 2.2.2 se detalla que una de las principales barreras en el proceso de denuncia de maltrato infantil por parte del odontólogo es el desconocimiento del proceso de denuncia, así como también se reporta un desconocimiento sobre las obligaciones e implicancias legales que este proceso conlleva. Teniendo eso en cuenta, es necesario revisar el marco legal de este proceso y lo que existe actualmente en Chile en relación con la gestión del maltrato infantil.

Con respecto a las obligaciones legales de los funcionarios públicos, la Ley N° 18.834 (2004), Artículo 61, letra k), señala como una de ellas:

“Denunciar ante el Ministerio Público o ante la policía si no hubiere fiscalía en el lugar en que el funcionario presta servicios, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular, especialmente de aquéllos que contravienen el principio de probidad administrativa regulado por la ley N° 18.575”

También, refiriéndose en específico al profesional de salud (de área pública o privada), la Ley N°19.696 (2000), Artículo 175, letra d), señala que están obligados a denunciar:

“Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito”

El artículo 176 de la misma ley agrega, sobre el plazo para efectuar la denuncia:

“Las personas indicadas en el artículo anterior deberán hacer la denuncia dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal”

Y sobre el incumplimiento de denunciar, el artículo 177 de la misma ley señala:

“Las personas indicadas en el artículo 175 que omitieren hacer la denuncia que en él se prescribe incurrirán en la pena prevista en el artículo 494 del Código Penal, o en la señalada en disposiciones especiales, en lo que correspondiere.

La pena por el delito en cuestión no será aplicable cuando apareciere que quien hubiere omitido formular la denuncia arriesgaba la persecución penal propia, del cónyuge, de su conviviente o de ascendientes, descendientes o hermanos”

Con respecto a la gestión del maltrato infantil, entiéndase conductos regulares o protocolos para su denuncia, el gobierno de Chile contempla en algunos de sus programas ciertas directrices. En el año 2009, mediante la Ley N° 20.379, se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social (SPS) y se institucionaliza el subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Este subsistema tiene como misión *“acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor”*. Esto es realizado con un enfoque multi dimensional (salud, educación, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros) mediante *“la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 8 o 9 años”* (Gov. De Chile, Ministerio de Desarrollo Social, s/f). Uno de los documentos institucionales afines al subsistema ChCC lleva por título *“Orientaciones técnicas para la coordinación entre el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y el Servicio Nacional de Menores”*, donde se detallan las *alertas de vulnerabilidad biopsicosocial* (dentro de estas alertas se incluye el maltrato físico, psicológico, y el abuso sexual, lista completa en el Anexo 3) que pueden ser pesquisadas en los controles de salud del NNAJ en centros de atención primaria (APS) y que van a generar una derivación automática a la Red Comunal de ChCC. La Red Comunal de ChCC que recibe estas alertas se compone de las diferentes instituciones y actores locales que realizan acciones hacia la primera infancia (municipio, educación, salud, Oficinas de Protección de Derechos [OPD], etc.), y se encarga de derivar oportunamente a los NNAJ para que puedan acceder a los distintos programas y auxilios disponibles en la red. El documento también señala que, si *“se detecta alguna situación que haga sospechar una vulneración de derechos del niño o niña, corresponde derivarlo a*

*OPD y en caso de que la vulneración constituya delito, corresponde además denunciar el caso directamente a Fiscalía” (Gov. De Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018) (flujograma y derivación en el Anexo 4 y 5, respectivamente). No obstante la existencia de estos protocolos y flujos, un estudio que analizó el sistema ChCC concluye que “*existen dificultades transversales para la derivación a servicios de atención especializada*”, usando como argumento que “*los operadores de las iniciativas no cuentan con el manejo suficiente de los criterios de detección del maltrato infantil, primer apoyo y derivación a la red existente*”, y que “*fue posible identificar dificultades para la derivación a las redes protección de derechos en infancia, principalmente, por la negativa evaluación de su eficacia en la respuesta*” (UNICEF, 2017).*

En 2013, el Ministerio de Salud elabora la “Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores”, en las que se entrega un amplio marco conceptual en torno al tópico: definiciones, factores protectores, factores de riesgo, conceptos teóricos para la detección, y un largo etcétera (Gov. de Chile, Ministerio de Salud, 2013). También, propone un flujograma para la atención de NNAJ víctimas de maltrato (Anexo 6).

En relación con la violencia sexual (sin distinguir rango etario), en 2016, el Ministerio de Salud lanza la “Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual”, que además de entregar un vasto marco teórico que incluye aspectos conceptuales, legales y forenses, adjunta una serie de documentos necesarios para la gestión de este tipo de casos, que incluyen consentimientos, asentimientos, actas, formularios e informes (Gov. de Chile, Ministerio de Salud, 2016). También, un flujograma para la atención de estas víctimas en los servicios de urgencia hospitalarios (Anexo 7).

Tanto en Chile como en el mundo, la participación del equipo dental en el reconocimiento y denuncia del maltrato infantil es pobre, tanto por falta de competencias como por las barreras detectadas en la denuncia. No obstante, poco se ha ahondado en las causas de dicho problema. En pos de buscar la formación integral del odontólogo general, y teniendo en cuenta que el rol de este puede ser clave para detectar y denunciar el maltrato infantil, es necesario desarrollar las habilidades y competencias para identificar y gestionar el maltrato infantil.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Dado que el estudio será de carácter exploratorio y cualitativo, en el que “*los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos*” (Taylor & Bogdan, 1992), las características del fenómeno (maltrato infantil) se esperan obtener una vez desarrollado el trabajo de campo y analizados los resultados, no de manera previa. En esa línea, no aplica el uso de hipótesis. No obstante, en base a la información disponible a la fecha, este estudio plantea los siguientes **supuestos de investigación**:

- I. La identificación del maltrato infantil y su gestión no se encuentran entre las competencias de odontólogos/as generales con máximo 3 años de egreso.
- II. El conocimiento que los odontólogos/as generales o especialistas poseen sobre identificación y gestión de maltrato infantil se adquiere en su ejercicio profesional y/o estudios de post grado, y no en su formación de pregrado.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar las competencias auto-percibidas y experiencias de odontólogos/as generales y profesionales expertos/as en relación con la identificación y gestión del maltrato infantil en Chile, para formular recomendaciones sobre el abordaje de esta temática en la formación de odontólogos generales en Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- I. Identificar las competencias auto-percibidas y experiencias de odontólogos/as generales con máximo 3 años de egreso en relación con la identificación clínica y gestión del maltrato infantil en Chile.
- II. Identificar las competencias auto-percibidas y experiencias de profesionales expertos/as en relación con la identificación y gestión del maltrato infantil en Chile.
- III. Formular recomendaciones para la incorporación de espacios y contenidos relativos al maltrato infantil en las instancias identificadas como pertinentes en el curso de la investigación.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Las características de la muestra se detallan en forma de tabla en el Anexo 8, y las más relevantes de ellas en función de los objetivos del estudio se describen, por grupo, en esta sección.

4.1 Muestra

- **Grupo de estudio 1 (odontólogos generales)**

- Criterios de inclusión: Odontólogos/as generales con máximo 3 años de egreso desde instituciones de pregrado formadoras de odontólogos en Chile.
- Criterios de exclusión: Odontólogos/as que posean cualquier tipo de formación de post-grado y/o post-título, o que tengan más de 3 años de egreso como odontólogos generales

En este grupo se obtuvo un total de 8 sujetos de estudio (2 mujeres, 6 hombres), donde el menor tiempo transcurrido desde el egreso de la carrera fue de 2 meses, y el máximo, de 18 meses. Todos contaban con al menos 2 meses de experiencia profesional, ejerciendo en el área pública, privada (en modalidad clínica particular y/o consulta independiente), o en ambas. La mitad de los integrantes de este grupo (4) realizó sus estudios de pregrado en una universidad privada, y la otra mitad los realizó en una universidad estatal.

- **Grupo de estudio 2 (profesionales expertos)**

El concepto de profesionales expertos hace referencia a aquellos profesionales (odontólogos y NO odontólogos), que, de alguna u otra manera, puedan ser considerados expertos en cuanto a la identificación y gestión del maltrato infantil, tanto por sus experiencias, como por estudios que tengan que ver con el tópico.

- Criterios de inclusión: Odontólogos/as u otros profesionales no odontólogos con al menos 3 años de experiencia trabajando con NNAJ vulnerados en alguno de sus derechos, odontólogos con estudios de post grado.
- Criterios de exclusión: Odontólogos sin estudios de post grado, profesionales no odontólogos sin experiencia trabajando con NNAJ vulnerados o en rubro afín a derechos del niño.

Este grupo de estudio fue dividido a su vez en 2 subgrupos: A) para aquellos profesionales expertos odontólogos, y B) para aquellos profesionales expertos NO odontólogos.

En el grupo 2.A se obtuvo un total de 7 participantes (5 mujeres, 2 hombres), donde todos tenían al menos 10 años de experiencia clínica, además de estudios de post grado, dentro de los que se incluyen especialidades odontológicas de: Odontología legal y forense, Salud pública, Patología y Medicina oral, Radiología, Implantología, y Atención de pacientes que requieren cuidados especiales. También, 6 de los 7 integrantes de este grupo tenían experiencia docente, tanto en pregrado como en post grado, 1 tenía experiencia clínica atendiendo NNAJ del SENAME, y 1 integrante tenía, además, un título profesional de Derecho. En el grupo 2.B se obtuvo un total de 3 informantes (3 mujeres); 2 trabajadoras sociales y 1 psicóloga, cada una de las cuáles tenía al menos 5 años de experiencia trabajando directamente con niños vulnerados en algunos de sus derechos, y 1 de las trabajadoras sociales se desempeñaba también como perito social – judicial y académica de pregrado.

Las características descritas previamente sirvieron para realizar la caracterización y posterior codificación de los individuos, ambos procedimientos detallados en el Anexo 8.

4.2 Diseño y recolección de datos

Considerando la perspectiva cualitativa del estudio, se pretende conocer en profundidad y de manera exploratoria la experiencia y autopercepción de sujetos sociales desde su particularidad, rescatando la riqueza de sus discursos, y *“bajo una perspectiva holística; las personas, los escenarios, o los grupos no son reducidos a variables, sino que considerados como un todo”* (Taylor & Bogdan, 1992). Para ello, se utilizó la técnica de entrevista individual, semiestructurada y en profundidad a los sujetos de estudio, en las que se *“busca la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”* (Taylor & Bogdan, 1992). Si bien el objetivo de la entrevista en cada grupo de interés es el mismo (identificar y analizar sus competencias auto percibidas y experiencias en torno al

maltrato infantil), el abordaje para su consecución fue levemente distinto, por lo que se plantearon las mismas dimensiones (I. Encuentro y caracterización, II. Maltrato infantil, III. Herramientas) pero con pequeños matices en las pautas temáticas con los que se recogió la información para cada grupo (las pautas completas se encuentran en el Anexo 9). Estas dimensiones fueron validadas con una entrevista de prueba bajo tutela de las tutoras del estudio antes de su aplicación a los sujetos de estudio. Las dimensiones propuestas no correspondieron a preguntas directas, sino que fueron solo una guía temática para el entrevistador. Este último valoró por sobre todo el discurso del entrevistado, por lo que estas dimensiones no siempre aparecieron como parte de los resultados o aparecieron en distinto orden y contenido; se buscó la espontaneidad en el relato del sujeto de estudio, y así mismo se esperaba que surgieran de la entrevista nuevas dimensiones (dimensiones emergentes), aunque estas no hayan sido previstas por el equipo investigador.

Las entrevistas fueron de manera telemática, a través de la plataforma Zoom, en día y horario coordinado previamente con el entrevistado, con una duración aproximada de una hora para cada entrevista. Se definió preliminarmente una cantidad de 10 entrevistas por grupo, pero fue la saturación de la información la que finalmente definió la cantidad de entrevistas necesarias, las que llegaron a 18.

4.3 Análisis de resultados

Las entrevistas fueron grabadas en una grabadora digital, y se transcribieron íntegramente. La categorización y codificación fue realizada de acuerdo con las mismas dimensiones de la pauta de entrevista original, más las que surgieron como emergentes de la aplicación del instrumento.

Una vez sistematizada la información de acuerdo con lo anterior, se aplicó un análisis de contenido. Esta metodología se interesa por las acciones humanas a través de las relaciones descriptivas de la realidad que surgen del análisis textual de la transcripción de las entrevistas (Fernández, 2000), siendo pertinente con el presente trabajo. No se utilizó ningún software para el análisis de los resultados de las entrevistas, dado el volumen de información y las sugerencias del equipo tutor.

4.4 Resguardos éticos

Se usó un consentimiento informado (adjunto en el Anexo 10) visado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, para cada sujeto entrevistado, el que se envió por mail previo al desarrollo de la entrevista, de modo que el sujeto tuviese tiempo de consentir y enviar el consentimiento firmado. Los datos fueron anonimizados. La información emanada de la entrevista fue utilizada sólo para los fines propuestos en el estudio, que incluyen la publicación de resultados en un artículo científico, además de la tesis, donde se respetan los resguardos de confidencialidad. También, se realizará una exposición de los resultados donde se invitará a aquellos participantes del estudio que mostraron su interés en conocerlos.

5. RESULTADOS

En la transcripción de las entrevistas, se cuidó la redacción y ortografía de estas, manteniendo el vocabulario y expresiones de los individuos. Estas transcripciones fueron revisadas y estudiadas reiteradas veces, considerando las dimensiones propuestas (pautas temáticas, ver Anexo 9) y recogiendo las dimensiones que emergieron durante las entrevistas. Las dimensiones más relevantes se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Dimensiones propuestas/emergentes en el discurso de los entrevistados

	GRUPO 1: Odontólogos generales con máximo 3 años de egreso	GRUPO 2.A Odontólogos especialistas	GRUPO 2.B Profesionales NO odontólogos
DIMENSIONES PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias auto percibidas - Experiencias con NNAJ maltratados - Valoración de la formación de pregrado - Recomendaciones para el abordaje del maltrato infantil en pregrado 	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras en la gestión del maltrato infantil - Experiencias con NNAJ maltratados - Valoración de la formación de pregrado - Recomendaciones para el abordaje del maltrato infantil en pregrado 	<ul style="list-style-type: none"> - Barreras en la gestión del maltrato infantil - Experiencias con NNAJ maltratados - Proceso de denuncia y conductos regulares
DIMENSIONES EMERGENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Marco legal - Recursos existentes desde MINSAL - Variaciones según área de ejercicio (pública o privada) - Trabajo interdisciplinario en la formación de pregrado - Miedo en la denuncia 	<ul style="list-style-type: none"> - Marco legal - Dentista como maltratador - Barreras en la docencia de pregrado - Instancias de capacitación sobre protocolos en el lugar de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones que se constituyen como barrera en el proceso de denuncia del maltrato infantil - Carga emocional del profesional que se enfrenta a casos de maltrato infantil

Para todos los grupos, se identificaron aquellos temas considerados significativos para los fines de este estudio, mediante la lectura crítica de las transcripciones, y se procedió con el análisis de contenido, el que se detalla a continuación:

5.1 Odontólogos generales con máximo 3 años de egreso (Grupo 1)

En este grupo, los conocimientos tanto teóricos como prácticos, y en general, las competencias auto percibidas en relación con la identificación y denuncia de maltrato infantil, parecen ser insuficientes, lo que se traduce en inseguridad y temor a denunciar. Ninguno de los entrevistados mostró seguridad al hablar de las definiciones que manejaban, no quedó claro si dimensionaban el alcance del

problema y, aparentemente, el concepto de maltrato se asocia únicamente a lesiones físicas evidentes, tendiendo a minimizar otras formas de maltrato como la negligencia, tal como respondieron algunos de los entrevistados al consultarles si han tenido experiencias con NNAJ maltratados:

“ La verdad es que no. No como maltrato en sí. O puede ser, la verdad es que puede ser. Durante mi trabajo, en este corto mes, hace un par de semanas me tocó ver un niño de 4 años que tenía muchas lesiones de caries, por todos lados [...], entonces, si bien no puedo decir que es maltrato infantil, pero un descuido súper importante por parte de los papás” (Hombre, U. privada, 2 meses de ejercicio privado).

“ He visto mucho daño (en salud oral) en niños de 2 años, pero un maltrato físico o abuso no lo he visto. No me ha tocado verlo” (Hombre, U. estatal, 11 meses de ejercicio privado y público).

“No, no tuve la oportunidad de atender a un niño en esas condiciones (siendo maltratado) [...] lo que sí, como te contaba, varias despreocupaciones de los padres de la salud oral de sus niños” (Hombre, U. estatal, 18 meses de ejercicio privado y público).

Dado el perfil de los miembros de este grupo (odontólogos con poco tiempo de egreso), era esperable que sus experiencias en torno al maltrato infantil, en su ejercicio profesional, fueran escasas. No obstante, si nos referimos a la experiencia clínica de pregrado, hablamos de, al menos, 2 años de atención de pacientes. En el contexto de ese modelo clínico docente-asistencial, pareciera formarse un ambiente protegido o paternalista, en la que el estudiante tiene prácticamente nula participación frente a eventuales casos de maltrato infantil, dejando toda la gestión sujeta al docente a cargo del estudiante. Para dicha gestión, no queda claro si existen protocolos o conductos regulares o si todo el proceso es arbitrario:

“ Por lo que me acuerdo, los mismos profesores tenían un protocolo de alerta a las autoridades en caso de que hubiera algún caso evidente de maltrato infantil [...] Pero lo tenían que hacer ellos, los alumnos ahí ya no tenían participación, eran decisiones que tomaban ellos” (Hombre, U. privada, 12 meses de ejercicio privado).

“Que yo recuerde, no había ningún tipo de protocolo (para la gestión del

maltrato). Se ingresó al paciente (víctima de maltrato), se hizo el tratamiento, y se dio el alta, y ahí quedó” (Hombre, U. estatal, 15 meses de ejercicio privado y público).

En esa línea, la formación de pregrado en torno al maltrato infantil en general fue valorada como insuficiente, encontrándose aquellos entrevistados que recuerdan una mirada superficial, y aquellos que derechamente recuerdan no haber tenido ningún tipo de formación al respecto. Una de las dimensiones que emergió en el discurso de los entrevistados, fue la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria en la atención clínica de pregrado, siendo el diagnóstico unánime: dicha posibilidad no existe. Los equipos académicos están conformados exclusivamente por odontólogos (generales o especialistas), por lo que el diálogo entre los estudiantes y profesionales no odontólogos es prácticamente nulo.

”Creo que tuve una o dos clases de maltrato infantil [...] No es mucho lo que te cuentan del maltrato infantil en realidad” (Mujer, U. privada, 12 meses de ejercicio privado y público).

”Te diría con mucha confianza de que nunca nos hablaron sobre esto (sobre maltrato infantil) ” (Mujer, U. privada, 6 meses de ejercicio privado).

Considerando las críticas anteriormente mencionadas, los entrevistados realizaron recomendaciones para el abordaje del tópico maltrato infantil en la formación de pregrado, siendo el elemento más reiterado la necesidad de sensibilizar a la comunidad odontológica sobre el tema, de manera que este se posicione como un tópico relevante y puedan dedicarse mayor número de horas académicas a su implementación en las mallas curriculares;

”Que en el ramo de odontopediatría haya un módulo sobre eso” (Mujer, U. privada, 6 meses de ejercicio privado).

”Sería bueno verlo con tiempo, y entender que esto puede ocurrirle a cualquiera, y tenerlo dentro de la malla curricular” (Hombre, U. privada, 2 meses de ejercicio privado).

”Yo creo que debería ser más abordado tanto en patología como en odontopediatría ” (Hombre, U. estatal, 11 meses de ejercicio privado y público).

También se mencionó la importancia de la anamnesis como herramienta para enfrentar posibles casos de maltrato, por lo que surgió como recomendación que se

dedique más tiempo a la entrega de herramientas orientadas al desarrollo de habilidades blandas de los estudiantes que permitan una mejor ejecución de la anamnesis por parte de ellos. Otros elementos que surgieron como recomendación fue considerar la demanda espontánea como modelo de atención en las clínicas docentes-asistenciales de pregrado (en reemplazo del modelo de búsqueda de pacientes que requieran tratamientos específicos), y buscar integrar a profesionales no odontólogos al equipo académico para favorecer el trabajo interdisciplinario. Con respecto a otras herramientas que pueden ser de utilidad al clínico para enfrentarse a casos de maltrato infantil, resultó unánime por parte de los entrevistados el desconocimiento de aquellos recursos sobre el tópico emanados desde el Ministerio de Salud (véase capítulo 2.2.4). Sobre el marco legal que envuelve casos de maltrato infantil, la mayoría maneja la noción de obligatoriedad de la denuncia, más no otros aspectos como qué los ampara en una denuncia, o las implicancias que conlleva:

“ No sé muy bien qué es lo que me ampara, el marco legal en específico no lo manejo, pero sí sé que uno está obligado a hacer la denuncia en caso de que uno esté ya seguro de lo que está ocurriendo” (Hombre, U. privada, 12 meses de ejercicio privado).

“Desconozco que implica legalmente hacer una denuncia o notificación” (Mujer, U. privada, 12 meses de ejercicio privado y público).

Una de las categorías emergentes que tuvo relevancia en este grupo, fue la del área del ejercicio profesional (área pública, o área privada en dos modalidades; clínica particular, o consulta independiente), donde, según el discurso de los entrevistados, existen diferencias principalmente en dos ejes cuando se trata de manejar un caso de maltrato infantil; la gestión de este, y la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria. En cuanto a la gestión, parecer ser que en el área privada no existen instancias para capacitar a los profesionales sobre los protocolos existentes en el lugar de trabajo (de todo tipo, no solo referentes a maltrato infantil), y todo lo que pueda realizarse dependería únicamente del profesional que atiende, y también, la modalidad consulta independiente estaría más desprotegida en la gestión del maltrato en comparación con la modalidad de clínica particular, mientras que en el área pública dichas instancias (de inducción de protocolos de todo tipo),

aparentemente, si existen, pero no queda claro si se capacita sobre protocolos específicos de gestión del maltrato infantil. Con respecto al trabajo interdisciplinario, este parece no existir en el área privada del ejercicio, ni en la modalidad clínica particular, ni en la modalidad consulta independiente, dificultando el trabajo en equipo con la consecuente posibilidad de acceder a protocolos, mientras que en el área pública el trabajo interdisciplinario pareciera si existir:

“Hablandote súper en serio, no sabría que hacer (frente a un caso de maltrato). Porque ahí (consulta independiente) no tengo un respaldo de nada [...] tienes poco respaldo en el caso de una denuncia”. (Hombre, U. estatal, 11 meses de ejercicio privado y público).

“Siempre me ampararía de mi jefe, como soy una persona que presta servicios, me ampararía de la institución (clínica), o de mi jefe”. (Mujer, U. privada, 12 meses de ejercicio privado y público).

“Solamente odontólogos en las clínicas, distintas especialidades, pero manejo interdisciplinario no existe” (Hombre, U. privada, 12 meses de ejercicio privado).

“En los CESFAM es distinto (con respecto a clínica particular) porque ahí es un trabajo multidisciplinario” (Hombre, U. estatal, 14 meses de ejercicio privado y público).

El resumen de las ideas extraídas del discurso de este grupo, en relación con las dimensiones y subdimensiones propuestas y emergentes, se detallan en la Tabla 3.

5.2 Odontólogos especialistas (esp.) (Grupo 2.A)

A diferencia del grupo anterior, el grupo 2.A presenta una mirada mucho más amplia con respecto a lo que abarca el maltrato infantil, mencionando con mayor énfasis elementos propios de la anamnesis para la identificación del NNAJ maltratado por sobre aquellos elementos pesquisables en el examen físico, e identificando la negligencia como maltrato:

“En el fondo la negligencia de un cuidado de la madre por preocuparse de la salud de la niña era el maltrato en sí, no era el que en la casa le pegaran o que yo pudiera ver que hubiera daño físico [...] eso también es maltrato, o sea un niño que no tiene cepillo de dientes propio, es porque no se preocupan de él” (esp. Cuidados especiales en Odontología, académica).

Tabla 3: Matriz de ideas fuerza Grupo 1

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Conocimientos teórico - prácticos	1. No hay claridad en los conocimientos en torno al MI; qué abarca, qué considerar, cómo actuar.
	Experiencias con NNAJ maltratados	2. Las experiencias en el ejercicio son prácticamente nulas debido al poco tiempo desde el egreso 3. Las experiencias en pregrado son escasas, y todas en un entorno "protector" para el estudiante, donde el docente es quién resuelve todo.
Herramientas	Competencias auto - percibidas	4. Las competencias en torno a la identificación de MI son auto – percibidas como insuficientes.
	Recursos desde MINSAL	5. Existe desconocimiento de los recursos en torno al MI emanados desde el MINSAL.
	Marco legal	6. Existe desconocimiento con relación al marco legal que envuelve el proceso de identificación y denuncia del MI.
Formación en pregrado	Valoración de la formación	7. En general, la formación de pregrado en torno al MI es valorada como insuficiente.
	Trabajo interdisciplinario	8. En pregrado, aparentemente, no existen instancias para el trabajo interdisciplinario.
	Gestión del MI	9. No queda claro si existen o no protocolos para gestionar el MI en pregrado. 10. El docente asume toda responsabilidad del manejo y gestión frente a un caso de MI, dejando de lado al estudiante.
	Recomendaciones para el abordaje del MI	11. Demanda espontánea como modelo de atención que enfrente a los estudiantes a mayor variedad de circunstancias y contextos. 12. Incorporar profesionales no odontólogos al equipo docente. 13. Trabajar en protocolos y en instancias de aprendizaje de dichos protocolos.
Área del ejercicio profesional	Trabajo interdisciplinario	14. Aparentemente, en el área privada de salud no existen instancias de trabajo interdisciplinario 15. Aparentemente, en el área pública de salud existen instancias para el trabajo interdisciplinario.
	Gestión del MI	16. Aparentemente, en el área pública de salud hay instancias de inducción de protocolos de todo tipo. No obstante, no queda claro si existen protocolos específicos para MI. 17. Aparentemente, en el área privada de salud no existen instancias de inducción de protocolos de ningún tipo. 18. Aparentemente, en el área privada salud, todo lo que se pueda hacer en torno a la gestión del MI dependería de un único profesional, sin protocolos ni ayuda alguna de por medio. 19. En el caso de la modalidad consulta independiente, existe menor amparo de la persona que gestiona el MI, ya que no hay una institución detrás que lo pueda respaldar.

“ Tú te das cuenta de esas cosas, de su mirada, de su tristeza, de que está muy callado, de que no les gusta que los toquen, no les gusta que les tomen fotos en su entorno” (esp. Implantología, atención NNAJ de SENAME).

“ Por ejemplo que se empiezan a chupar el dedo. Hay cambios de conducta, a veces bruxismo también, cuando aparece repentinamente el bruxismo [...] cuando el relato no empieza a coincidir mucho, es sospechoso, y esa sospecha, la mayoría de las veces, lamentablemente se repite” (esp. Salud pública, académica).

Emergió también en el discurso, mediante el relato de una experiencia vivida por una de las entrevistadas el considerar la posibilidad de que una persona en situación de discapacidad se constituya como maltratador, y no solo considerarlos susceptibles de maltrato.

“ [...] Y el chico autista está súper mal, súper descompensado en todos los aspectos, la mamá llegó llorando porque ya no sabe cómo manejarlo, y el chico todo el rato le pega a la hermana menor, la hermana es normo típica [...] Entonces, eso es heavy porque es una niña de 5 años que vive maltrato diario, ¡Diario! [...] pero por la condición de salud del hermano” (esp. Cuidados especiales en Odontología, académica).

Considerando que la muestra de este grupo, en su totalidad, eran odontólogos con más de 10 años de ejercicio profesional, además de buscar el relato sobre sus experiencias clínicas con NNAJ maltratados (que, si bien existieron, no eran abundantes), se buscó también el relato de la parte burocrática – institucional de dichas experiencias; la gestión del maltrato infantil. Con respecto a los protocolos existentes en el lugar de trabajo y las instancias para su inducción, el diagnóstico parece ser el mismo que aquel extraído del discurso del grupo 1; en el área privada no existen instancias de inducción de protocolos (de todo tipo, no solo referentes a maltrato infantil), mientras que en el área pública aparentemente si existen, pero no queda claro si existen protocolos específicos para el manejo del maltrato infantil. También, al ser consultados sobre si existían barreras en el proceso de denuncia, y de existirlas, cuáles eran, algunas respuestas fueron concordantes con las barreras reportadas en la literatura mundial (véase capítulo 2.2.2); temor por parte del profesional que pesquisa, falta de formación, la familia de la víctima como barrera,

y emergieron otras como la participación de otras entidades y la falta de comunicación entre ellas (fiscalía, carabineros), y el tiempo que hay que dedicar al proceso. Además, parece existir acuerdo entre el grupo 1 y grupo 2.A con respecto a las implicancias que puede tener el trabajar en una u otra área (pública o privada) de ejercicio, en particular con respecto a los flujos existentes en una y otra:

“La mayor y principal barrera es el tiempo, porque te toma tiempo, claro, entonces te digo que depende de la voluntad del profesional” (esp. Salud pública, académica).

“El sistema de la atención primaria, el sistema Chile Crece, es harto más protector que el área privada [...] Y claro, en el área privada cuesta más, porque va a depender de tu conciencia, de tu tiempo para hacer la denuncia en la comisaría, no hay un protocolo más fluido, no es tan fluido, queda más abierto [...]” (esp. Salud pública, académica).

Referente al marco legal que engloba el proceso de denuncia de maltrato infantil, los entrevistados mostraron manejo de los derechos y obligaciones legales del profesional de salud cuando se enfrenta a un caso así, pero dejaron abierta la interrogante de los amparos legales; lo que protege al profesional frente a, por ejemplo, amenazas en su contra, o frente a un error en la sospecha, y esta incertidumbre se traduce en una barrera (miedo) en la denuncia:

“Porque en el fondo se interviene a las familias cuando hay una denuncia, se interviene a la familia porque se tiene que tratar de eliminar al agresor o agresora de esa familia. Y si no es verídico eso, tu destruyes, tú puedes destruir un hogar, entonces creo que eso y el no tener estas normas, y el no tener las certezas, le hace al odontólogo tal vez dudar [...] Si tú hablas de un amparo legal, no lo sé” (esp. Odontología legal y forense, académica).

Otra de las dimensiones emergentes fue la posibilidad de que el dentista pueda constituirse como maltratador. Hay ocasiones en las que, por decisión del tutor o apoderado, el menor entra solo al box dental, como también ciertos programas dentales que son ejecutados en dependencias educacionales donde se repite la misma situación, o en el caso de el examen radiográfico donde el menor ingresa solo con el profesional que toma el examen. En esos contextos, suelen generarse dinámicas de poder que pueden exponer al menor a un maltrato por parte del

profesional, o bien exponer al profesional a una acusación, ya sea argumentada o no. Al respecto, algunos sujetos de estudio manifestaron la necesidad de tomar medidas al respecto;

“Efectivamente por el bien del colega, como dices tú, que te pudieran acusar a ti de algo, y también por el bien del niño y para cumplir con todo eso, yo creo que los consultorios o en general en todos los centros donde se atienden niños, debería haber una pauta para que todo fluya normalmente, y cumplir con lo que corresponde.” (esp. Odontología legal y forense, académica).

“Creo que es importante perfilarlo, porque se dan espacios de poder, se dan espacios de intimidad, a veces exigimos que el paciente entre solo, y eso genera dinámicas de interacción que hay que resguardar a través de un protocolo” (esp. Radiología y Salud Pública, académico).

Con respecto al trabajo interdisciplinario, este fue valorado como indispensable y como un deber, mencionándose también el registro detallado de la atención en la ficha clínica como herramienta que favorece el trabajo interdisciplinario.

“Cuando nosotros nos integramos a los trabajos en la atención primaria, es indispensable que nosotros nos comuniquemos y tengamos los canales súper abiertos” (esp. Salud pública, académica).

“Creo firmemente en que los dentistas nos debemos incorporar al trabajo integral que hace el equipo de salud para este problema (maltrato infantil)”, esp. Radiología y Salud Pública, académico).

Considerando que de 6 de los 7 miembros de este grupo de estudio poseen vasta experiencia en la docencia tanto de pregrado como de post grado, emergieron como dimensiones la percepción de integración del tópico de maltrato infantil en las mallas curriculares de pregrado, y las barreras en la docencia existentes a la hora de querer integrar al currículum un nuevo tópico de estudio. Los entrevistados, refiriéndose a los programas académicos y mallas curriculares en las que han participado como docentes, coinciden en que la integración del tópico es insuficiente:

“No lo tenemos integrado, esa es la verdad, a pregrado” (esp. Odontología legal y forense, abogada, académica).

“ 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” (esp. Salud

pública, académica).

“No hemos hecho los programas adecuados, y lo digo desde la odontología legal, sé que no hemos hecho eso adecuadamente” (esp. Patología y Odontología legal y forense, académica).

“A mí me parece que se trata muy poco, muy, muy poco. Tengo la impresión de que es un tema que no se abarca, o en mi conocimiento no se abarca” (esp. Cuidados especiales en Odontología, académica).

Se identificaron 2 barreras en la docencia para el abordaje de este tópico en particular; la falta de herramientas psicológicas por parte del equipo docente y la desvalorización del área de odontología legal (donde podría tener cabida el tópico de maltrato infantil), que parece no ameritar un espacio dentro de la malla curricular de pregrado:

“Nosotros no tenemos eso, nadie nos ha enseñado, ni siquiera nosotros como profesores a tener este manejo psicológico, de cuáles son las preguntas claves que uno tiene que hacer [...] eso no lo sabemos, no tenemos ninguna experiencia ni herramientas al respecto” (esp. Patología y Odontología legal y forense, académica).

“Nuestra área de odontología legal, no fue considerada, como que no consideraron al equipo dentro de los ramos” (esp. Patología y Odontología legal y forense, académica).

“En el fondo es una malla que tiene un número de horas ya predeterminada, que ya están copadas, entonces ¿dónde nos metemos nosotros?” (esp. Odontología legal y forense, académica).

Al ser consultados sobre recomendaciones para el abordaje del tópico de maltrato infantil en la formación de pregrado, surgieron, principalmente, las siguientes; 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 del mismo en el currículum, que el abordaje sea transversal en todas las unidades/departamentos académicos – clínicas, con una comunicación constante entre ellas, y considerar dentro de la intervención de salud no solo al NNAJ maltratado, sino que también al maltratador:

“El tema de horizontalidad de la atención es clave, el darle valor a la

anamnesis y a lo que el paciente cuente, a la dimensión biopsicosocial que tenga, nos hace más partícipes de perfilar estos problemas de salud, en un marco de problema de salud integral, no solamente desde lo odontológico” (esp. Radiología y Salud Pública, académico).

“En el fondo, preocuparme solo del niño maltratado, para mí, es poner la amalgama o la resina, para mí tengo que prevenir antes, tengo que ir al cepillado y al flúor, tengo que ver qué pasa con esa persona que está maltratando, y ahí voy en el fondo a la intervención familiar [...] Yo creo que más que un ramo en sí, yo creo que tendría que ser algo más como transversal y que sería importante que hubieran psicólogos que manejen este tema como parte de los equipos docentes, tanto desde los contenidos que se entregan, como en la atención clínica [...] Pero yo creo que claro, sería ideal que hubiera un abordaje transdisciplinario ” (esp. Cuidados especiales en Odontología, académica).

El resumen de las ideas extraídas del discurso de este grupo, en relación con las dimensiones y subdimensiones propuestas y emergentes, están en la Tabla 4.

5.3 Profesionales NO odontólogos (Grupo 2.B)

Los miembros de este grupo de estudio fueron los que más experiencias con NNAJ maltratados relataron, debido a que sus perfiles profesionales se orientaron al trabajo con esta población (trabajo en residencias o centros del SENAME, o en programas de apoyo a menores vulnerados). Todos los entrevistados de este grupo poseían 5 años de experiencia trabajando directamente con niños maltratados.

Una dimensión que emergió en el relato de estas experiencias fue la carga emocional percibida en ellas y el nivel de compromiso que se asume;

“Eran casi 2 horas de viaje en micro (de vuelta a su hogar después del trabajo en residencia SENAME), me iba todo el camino llorando, la primera semana. Porque es muy fuerte lo que se vive ahí [...] Con decirte que en algún momento me tuve que llevar a una niña a mi casa a dormir porque estaba siendo amenazada que le iban a pegar las niñas de la misma residencia, entonces uno se involucra mucho en ese trabajo ”, (Psicóloga, 5 años trabajando con NNAJ maltratados).

“Fue muy fuerte, muchas veces lloré en el baño, pero siento que en esta profesión [...] se va perdiendo un poco la sensibilidad de alguna u otra forma”, (Trabajadora social, perito social – judicial, académica 7 años trabajando con NNAJ maltratados).

Tabla 4: Matriz de ideas fuerza Grupo 2.A

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Experiencias con NNAJ maltratados	1. Se debe poner más atención a la negligencia en el cuidado como maltrato infantil. 2. Considerar a las personas en situación de discapacidad como potenciales maltratadores, no solo como susceptibles de maltrato.
	Barreras en el proceso de denuncia	3. Aparente falta de conductos regulares para ejecutar la denuncia. 4. Otras entidades (carabineros, fiscalía). 5. El tiempo necesario para ejecutar la denuncia. 6. El temor del profesional es, aparentemente, una de las principales barreras. 7. Formación de pregrado insuficiente. 8. El área privada entrega, aparentemente, menores garantías de protección al profesional y menos instancias para la denuncia.
	Marco legal	9. Es obligación legal para el profesional de la salud denunciar cuando existen argumentos sólidos, más no quedan claros los amparos legales que resguardan al profesional que denuncia.
	Dentista como maltratador	10. Es necesario considerar la posibilidad de que el profesional de salud se constituya como maltratador, y tomar medidas al respecto.
Herramientas	Identificación del NNAJ maltratado	11. Bruxismo y onicofagia como consecuencia de MI. 12. Sociografía, entrevista en profundidad y anamnesis como herramientas indispensables para la identificación de MI.
	Valoración del trabajo interdisciplinar	13. El trabajo interdisciplinario es indispensable para gestionar el MI. 14. Programa Chile Crece Contigo como herramienta.
	Protocolos en el lugar de trabajo	15. Aparentemente no existen inducciones / capacitaciones sobre los protocolos en el lugar de trabajo (área pública y privada), y no queda claro si existen dichos protocolos.
Formación en pregrado	Integración del tópico	16. La integración del tópico en la formación de pregrado es percibida como insuficiente.
	Barreras en la docencia	17. Falta de herramientas psicológicas en los docentes. 18. Percepción de baja importancia del tópico.
	Recomendaciones para el abordaje del tópico	19. Usar casos clínicos como herramienta. 20. Considerar la intervención del maltratador y no solo de la víctima. 21. Entrega de herramientas psicológicas. 22. Comunicación fluida entre las distintas unidades/departamentos académicos.

En relación con sus vastas experiencias, las entrevistadas fueron consultadas por el proceso de denuncia que envuelve a los casos de maltrato infantil, si es que en este percibían o no barreras, y de percibir las, cuáles. En general, se menciona la existencia de protocolos para el manejo de estos casos, pero pareciera ser que estos no están estandarizados a nivel nacional, y tampoco queda claro si existen instancias de inducción de protocolos en el lugar de trabajo. Además, aparentemente los protocolos existentes no son muy utilizados por los profesionales de salud que pesquisan, quiénes notifican a los trabajadores/ asistentes sociales o psicólogos y les relegan toda la gestión del caso, desligándose de todo el proceso sucesivo;

“El primer funcionario que recibe (el caso sospechoso de maltrato) debería hacer la denuncia, pero acá no pasa mucho, siempre llega al trabajador social y uno ahí va a realizar la visita de despeje, y ahí uno ve si amerita medida de protección o denuncia de carabineros dependiendo del maltrato o de la vulneración en este caso” (Trabajadora social, 5 años trabajando con NNAJ maltratados).

“ 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, perito social – judicial, académica, 7 años trabajando con NNAJ maltratados)

Refiriéndose a las barreras en el proceso de denuncia, surgió como una de ellas las amenazas a las que están expuestos los funcionarios y la falta de protección frente a ellas, y también reiteradas oportunidades emergió como una barrera las instituciones que reciben o gestionan la denuncia (fiscalía, carabineros, Mejor Niñez, SENAME), aludiendo a la falta de capacitación de los funcionarios de algunas de esas instituciones, las largas lista de espera en otras, y la saturación de trabajo administrativo, que se traduce en normalización de la violencia:

“Ahí nosotras estuvimos amenazadas, intervino la mutual [...], siempre estamos enfrentados a esos casos (de amenaza), porque son casos igual complejos [...] entre nosotras (funcionarias) hemos tenido que tomar como medidas de acompañamiento y de seguridad” (Trabajadora social, 5 años

trabajando con NNAJ maltratados)

“A veces hacen (carabineros) preguntas que son inadecuadas, entonces a veces uno iba con el paciente y estas preguntas inadecuadas igual como que exponían nuevamente a la persona, podría haber una re victimización” (Psicóloga, 5 años trabajando con NNAJ maltratados)

“Como que vas y si la persona no tiene golpe, no tiene sangre, “no, no”, no te lo reciben (carabineros) ” (Trabajadora social, 5 años trabajando con NNAJ maltratados)

“Aparte de cómo funcionan las instituciones, también está el problema por ejemplo del flujo que hay de Mejor Niñez, ex SENAME [...] porque es una lista de espera muy grande que hay para entrar a esos programas” (Trabajadora social, 5 años trabajando con NNAJ maltratados)

“Al fin y el cabo el sistema público está tan contaminado de tanto trabajo administrativo que nos olvidamos también muchas veces de lo que quiere la persona que nos está pidiendo ayuda” (Trabajadora social, perito social-judicial, 7 años trabajando con NNAJ maltratados)

“Prácticamente uno tiene que ir ensangrentada o con un corte para que nos tomen en cuenta, nos pasa eso también en la residencia (de SENAME, donde trabaja), que cuando los niños se descompensan o se vuelven locos, nuestro protocolo dice que se tienen que ir a estabilizar emocionalmente a través de las fuerzas especiales de carabineros, o PDI, y llega carabineros y dice “esto es un berrinche, los niños están tonteando” y no los podemos llevar al hospital para que los estabilicen dentro de este desorden emocional, porque prácticamente tiene que ir cortadísima y con las venas ya explotando [...] es muy fuerte como está naturalizado en el ámbito salud, en policía y fiscalía, cuando las personas vienen con violencia intra familiar no le hacen una contención, no les dicen sus deberes o sus derechos, o los sistemas de protección” (Trabajadora social, perito social-judicial, académica, 7 años trabajando con NNAJ maltratados)

Sobre las herramientas necesarias para la identificación del NNAJ maltratado, se dio importancia al trabajo interdisciplinario, 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.

‘Es muy importante el trabajo interdisciplinario porque tenemos que estar en constante comunicación con los demás profesionales (Psicóloga, 5 años trabajando con NNAJ maltratados)

El resumen de las ideas extraídas del discurso de este grupo, en relación con las dimensiones y subdimensiones propuestas y emergentes, se encuentran en la Tabla 5.

Tabla 5: Matriz de ideas fuerza Grupo 2.B

DIMENSIÓN	SUB - DIMENSIÓN	IDEAS FUERZA
Maltrato infantil (MI)	Experiencias con NNAJ maltratados	1. Las experiencias con NNAJ maltratados afectan emocionalmente a los profesionales.
	Proceso de denuncia	2. No hay claridad con respecto a la existencia o no de protocolos estandarizados a nivel país para denunciar MI.
	Barreras en el proceso de denuncia	3. Falta de comunicación entre entidades participantes (carabineros – fiscalía – equipo de salud). 4. Falta de capacitación de carabineros. 5. Amenazas a profesionales que denuncian. 6. Poco interés por parte de profesionales de salud. 7. Naturalización del MI por parte de funcionarios de entidades que reciben la denuncia.
Herramientas	Valoración del trabajo interdisciplinar	8. El trabajo interdisciplinario es indispensable para gestionar el MI. 9. No queda claro si las instancias para el trabajo interdisciplinario existen o no, y de existir, si son suficientes.
	Identificación del NNAJ maltratado	10. Inasistencias a controles de salud como factor relevante. 11. Es importante una acabada anamnesis, incorporando elementos como el dibujo y la conversación en profundidad.
	Protocolos en el lugar de trabajo	12. No queda claro si existen inducciones / capacitaciones sobre protocolos en el lugar de trabajo.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que las competencias del odontólogo para identificar y gestionar el maltrato infantil son insuficientes, lo que es concordante con el supuesto de investigación I (véase capítulo 3) y también con la literatura mundial (Markovic et al., 2015; Moggadam et al., 2016; Hussein et al., 2016; Kural et al., 2020; Özgür et al., 2020). Existe una serie de ambigüedades en torno a lo que maltrato infantil significa; las definiciones parecen no estar claras, ni tampoco el manejo de todas las formas de maltrato, ni cómo gestionar casos de maltrato infantil. Con esos vacíos, presentes en la mayoría tanto de odontólogos generales con poca experiencia como en odontólogos especialistas con vasta experiencia clínica, la identificación y gestión del maltrato infantil parece valerse de herramientas circunstanciales y arbitrarias, dependientes de la voluntad de cada profesional, y que parecen ser adquiridas, en su mayoría, en el ejercicio o bien por estudios de post grado, tal como se planteó en el supuesto de investigación II, y como reportan Harris et al. (2013), que indican que, de su muestra de odontólogos, solo el 29% había recibido formación de pregrado respecto a la identificación y manejo del maltrato infantil, en comparación con el 55% que recibió dicha formación en estudios de post grado. En concordancia, un estudio chileno declara que el 50.9% de la muestra de odontólogos señala haber recibido información sobre el maltrato infantil, pero que la fuente de dicha información “no se encontró en el pregrado de la carrera de Odontología” (Fierro-Monti et al., 2012).

Esta falta de conocimientos y competencias para identificar maltrato infantil se traduce en inseguridad y temor a un diagnóstico errado por parte del profesional que pesquisa, lo que se constituye como una barrera en la denuncia, tal como reportan Dalledone et al. (2015), Jahanimoghadam et al. (2017) y Clarke et al. (2019). También, los informantes, en particular aquellos pertenecientes al grupo 1 (odontólogos generales con máximo 3 años de egreso) mostraron total desconocimiento de protocolos o conductos regulares con respecto al proceso de denuncia, lo que representa una gran barrera burocrática en la gestión del maltrato infantil. Incluso, algunos estudios alrededor del mundo reportan dicha barrera como la principal en la denuncia de un caso de maltrato infantil (Markovic et al., 2015;

Kaur et al., 2016; Moggadam et al., 2016; Al-Hajeri et al., 2018; Özgür et al., 2020). Los resultados obtenidos en este estudio permiten esgrimir algunas ideas sobre las causas del problema. Una de ellas, y, aparentemente, la principal, es la formación de pregrado, donde la gestión del maltrato infantil parece ser totalmente arbitraria y dependiente del docente, sin protocolos ni conductos regulares al respecto, y en donde existe escasa o nula formación teórica en torno al tópico maltrato infantil. Esa carencia ya era advertida por da Silva et al. (2014), que reportan que un 94.7% de su muestra de dentistas advierte no haber recibido suficiente formación sobre maltrato infantil en sus estudios de pregrado, Markovic et al. (2015), que reportan que un 92.4% de los dentistas de la muestra no habían recibido ningún tipo de educación sobre el maltrato infantil, por Uldum et al. (2017), que indican que un 55.7% de los dentistas de la muestra no habían recibido formación ni de pregrado ni de post grado sobre maltrato infantil, y por Kural et al (2020), que señala que solo un 11.6% de su muestra de dentistas había recibido formación de pregrado en torno al maltrato infantil. Sumado a ellos, un estudio chileno sugiere incorporar el tópico a las mallas curriculares de pregrado considerando, al menos, lo siguientes aspectos:

“ [...] herramientas para detección de signos y síntomas clave de maltrato y abuso infantil tanto en el territorio maxilofacial como en el análisis conductual de los menores, como afrontar la situación y cuáles son los protocolos o acciones a seguir en cuanto a reporte y derivación, cual es el marco legal y organismos gubernamentales encargados”

(Cifuentes-Harris et al., 2020)

También, el trabajo interdisciplinario en el nivel de pregrado parece quedarse solo en la teoría, ya que los equipos académicos-clínicos suelen no tener miembros que no sean odontólogos, y esta falta de instancias de trabajo interdisciplinario 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 trabajo interdisciplinario en el ejercicio, y que su participación en el equipo interdisciplinario de salud sea escasa. Con respecto a esta arista, la literatura existente habla de *Interprofessional Education (IPE)* para referirse a aquella educación que fomenta el trabajo interdisciplinario, existiendo varios cuestionarios validados para su medición, siendo uno de ellos el *Readiness for*

Interprofessional Learning Scale (RIPLS), que busca identificar las actitudes y percepciones de los estudiantes y profesionales de la salud para determinar su preparación para el aprendizaje interdisciplinario. Numasawa et al. (2021) aplicaron el RIPLS a estudiantes de odontología, medicina y enfermería, 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 (Numasawa et al., 2021). En Chile, son necesarios estudios de este tipo, que evalúen que tan presente se encuentra el trabajo interdisciplinario en la formación de pregrado de las carreras de salud, y de qué manera eso influye en el perfil del profesional egresado.

En el servicio privado de salud las instancias que fomenten el trabajo interdisciplinario parecen ser nulas, al igual que la existencia de protocolos de todo tipo (incluyendo aquellos referentes al maltrato infantil), siendo el profesional de salud el que, arbitrariamente, decide lo que se realiza o no frente a un eventual caso de maltrato infantil. Es probable que en esta área del ejercicio (privada) sean aún mayores los temores del profesional que pesquisa y que considera hacer una denuncia, ya que los resguardos legales y prácticos parecen ser menores, quedando más desprotegidos frente a eventuales represalias. Los estudios que analizan comparativamente las implicancias de ejercer profesionalmente en el área pública o privada son escasos; solo Uldum et al. (2017) señalan que la formación recibida (de pregrado o post grado) respecto al maltrato infantil es significativamente mayor en dentistas e higienistas dentales que trabajan en el servicio público que en aquellos que trabajan en el servicio privado.

La falta de formación en torno al maltrato infantil parece no estar limitada únicamente a las escuelas de odontología de pregrado, o incluso a la odontología en su totalidad, sino que también se extiende a otras áreas y entidades. Pese a la existencia de algunos protocolos para la gestión interdisciplinaria del maltrato infantil en el servicio público de salud (dentro de los que destaca el programa Chile Crece Contigo), estos parecen no ser respetados, tomados en cuenta, o incluso conocidos, siendo profesionales específicos (trabajadores o asistentes sociales, psicólogos) los

encargados de manejar todo lo referente a dicha gestión, y, aunque esta gestión sea efectiva, el éxito o fracaso de una denuncia pareciera depender de las entidades que reciben la denuncia, como fiscalía o carabineros, entre cuyos funcionarios las denuncias de violencia intrafamiliar y maltrato infantil se encuentran tan normalizadas que suelen minimizarlas y actuar con displicencia. En concordancia, con respecto a la comunicación entre los profesionales de salud que denuncian y las instituciones encargadas de tomar medidas, Brattabø et al. (2018) reportan que de los casos denunciados por profesionales de salud en los que se sospechaba de algún tipo de maltrato infantil, solo en el 24.5% se tomaron medidas por parte de los servicios de bienestar de menores.

Estudios venideros deben revisar que tan efectiva es la comunicación entre los servicios de salud y las entidades que reciben una denuncia en Chile, y en qué medida esa comunicación favorece o entorpece la toma de medidas a favor del menor maltratado. Además, son necesarios estudios que hagan una revisión de los protocolos existentes respecto a la gestión del maltrato infantil (véase capítulo 2.2.4), y, sobre todo, que nivel de conocimiento sobre ellos existe por parte del profesional de salud. ¿Sirven los protocolos si es que las personas que deben activarlos los desconocen? Y a partir de la respuesta a esa pregunta, pueden surgir otras; si es que estos protocolos son efectivamente conocidos por quiénes deben activarlos, ¿Están funcionando?, y si no son conocidos, ¿Se deben buscar instancias en las que se den a conocer, o la responsabilidad de conocerlos recae toda en el profesional de salud? Además, se debe evaluar la necesidad de crear nuevos protocolos sobre elementos que los existentes no consideran, como, por ejemplo: la posibilidad de que el profesional de salud se constituya como maltratador, y los amparos legales y prácticos existentes para los profesionales que denuncian frente a posibles represalias de los denunciados.

7. CONCLUSIONES

El positivismo, según el cual los hechos o causas de los fenómenos son independientes de la subjetividad de los individuos (Taylor & Bogdan, 1992), ha sido históricamente la perspectiva teórica más usada en ciencias odontológicas (Vásquez & Couto-Caridad, 2006), mediante instrumentos que cuantifican un fenómeno. En el caso particular del objeto de estudio de este trabajo, el maltrato infantil, la literatura mundial no ha sido excepción con respecto a dicho modelo; la mayoría de los estudios sobre conocimientos, experiencias o actitudes del odontólogo en torno al maltrato infantil han utilizado encuestas o cuestionarios que buscan medir (bueno, regular, malo) las respuestas de la muestra. Este enfoque, si bien entrega información que da cuenta del problema, no ha sido capaz de indagar en las causas de este, y, por ende, en las soluciones. La metodología cualitativa utilizada en esta investigación permitió estudiar aristas más allá de un número, que no hubiesen emergido con otro enfoque.

El equipo de salud oral, tanto en Chile como en el mundo, tiene una escasa participación en la identificación y gestión de maltrato infantil, tanto por factores propios al mismo profesional (falta de competencias / herramientas, y desconocimiento de protocolos y conductos regulares de gestión del maltrato, que se traduce en temor) como por aquellos factores ajenos a él (otras instituciones que participan, falta de resguardos frente a represalias, barreras burocráticas, entre otras). En esta falta de competencias y existencia de barreras en la denuncia, la formación de las escuelas de odontología de pregrado parece tener buena parte de la responsabilidad. Esta situación no puede mantenerse, considerando el lamentable alcance del maltrato infantil a nivel mundial. Se deben combatir las causas de la manera más integral posible, partiendo con aquellas medidas que involucran múltiples actores sociales, como la creación de más políticas públicas que aseguren la protección de los menores así como de los profesionales de salud que denuncien, que fomenten la comunicación entre todas las entidades participantes, creación de capacitaciones sobre el tema para todo el equipo interdisciplinario de salud, y llegando hasta aquellas medidas que competen únicamente al gremio odontológico, como lo es el perfeccionamiento de la formación de pregrado en torno a este tema, con todas las aristas expuestas en esta investigación. Al respecto, este estudio emite las siguientes recomendaciones para el

abordaje del tópico maltrato infantil a nivel de pregrado, dirigidas a las escuelas formadoras de odontólogos:

- Antes que todo, es necesario concientizar a la comunidad odontológica sobre la relevancia del tema, de manera que en pregrado se pueda incorporar sin que el tiempo sea una limitante.
- Incorporar profesionales no odontólogos a los equipos docentes, de manera que la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria sea efectiva y no solo teórica.
- Dado que la pesquisa de lesiones físicas de maltrato infantil presenta una serie de dificultades (tiempo transcurrido desde el maltrato, inexistencia de lesiones patognomónicas de maltrato, dificultad en encontrar la relación causa-efecto, entre otras), la formación de profesionales de salud debe incluir como uno de sus pilares fundamentales elementos más allá del examen físico, ya que herramientas como la anamnesis, la ficha clínica, la entrevista en profundidad, sociografía, pueden resultar vitales para la identificación de un caso de maltrato infantil.
- Considerando que es responsabilidad de cada profesional de salud el estar al tanto de las leyes que lo involucran, la formación de pregrado debe incluir elementos referentes al marco legal que envuelve un caso de maltrato infantil.
- La incorporación del tópico debe ser transversal a todas las unidades/departamentos académicos, y no de manera aislada, promoviendo también instancias de comunicación y retroalimentación entre dichas unidades.
- Se debe considerar en la intervención de salud no solo a la víctima de maltrato, sino que también al maltratador, buscando estrategias que le entreguen herramientas para dejar de maltratar al menor.
- Se debe informar al estudiante las distintas implicancias que puede tener, frente a casos de maltrato infantil, el trabajar en una u otra área de salud (pública o privada en modalidad de clínica o independiente).
- Trabajar en protocolos para la gestión de un caso de maltrato infantil, y buscar instancias para dar a conocer a la comunidad dichos protocolos.
- Usar casos clínicos de maltrato infantil como herramienta para la entrega de contenidos.

La mejora en el abordaje del maltrato infantil a nivel de la formación de pregrado permitirá la adquisición de competencias y herramientas para su identificación y gestión, subsanando las principales barreras que impiden una denuncia por parte del odontólogo.

Tabla 6: Correlación entre objetivos planteados y conclusiones obtenidas

OBJETIVO GENERAL: Analizar las competencias auto percibidas y experiencias de odontólogos/as generales y profesionales expertos/as en relación con la identificación y gestión del maltrato infantil, para formular recomendaciones sobre el abordaje de esta temática en la formación de pregrado de las escuelas de odontología de Chile	OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Identificar competencias auto percibidas y experiencias de odontólogos generales con máximo 3 años de egreso en relación con la identificación y gestión del maltrato infantil.
	Las competencias para identificar y gestionar maltrato infantil son insuficientes, y las experiencias escasas o nulas. No hay conocimiento de protocolos ni de otras herramientas que sean útiles para identificar y gestionar el maltrato infantil.
	OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Identificar competencias auto percibidas y experiencias de profesionales expertos en relación con la identificación y gestión del maltrato infantil.
	Si bien existen competencias para la identificación de maltrato infantil, las herramientas utilizadas para dicho fin parecen ser arbitrarias. No queda claro si existen o no protocolos para la gestión del maltrato infantil, y de existirlos, si son utilizados efectivamente o no.
	OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Formular recomendaciones para la incorporación del tópico maltrato infantil en la formación de pregrado de las escuelas de odontología
	<ol style="list-style-type: none"> I. Concientizar a la comunidad odontológica sobre la relevancia del tema. II. Incorporar profesionales no odontólogos a los equipos docentes. III. Incluir elementos más allá del examen físico como herramientas fundamentales para la identificación de maltrato infantil (anamnesis, la ficha clínica, la entrevista en profundidad, sociografía). IV. Incluir elementos referentes al marco legal que envuelve un caso de maltrato infantil. V. La incorporación del tópico debe ser transversal a todas las unidades/departamentos académicos, y no de manera aislada, promoviendo también instancias de comunicación y retroalimentación entre dichas unidades. VI. Se debe considerar en la intervención de salud no solo a la víctima de maltrato, sino que también al maltratador. VII. Se debe informar al estudiante las distintas implicancias que puede tener, frente a casos de maltrato infantil, el trabajar en una u otra área de salud (pública o privada). VIII. Trabajar en protocolos para la gestión de un caso de maltrato infantil, y buscar instancias para dar a conocer a la comunidad dichos protocolos. IX. Usar casos clínicos como herramienta para la entrega de contenidos.

El uso de instrumentos cualitativos favoreció notablemente el conocimiento del fenómeno en estudio, y aunque existieron algunas limitaciones (la fluidez del diálogo con las entrevistas quedó sujeta a la calidad de la señal de internet de los participantes, imposibilidad de transcribir el lenguaje no verbal expresado por los

informantes del estudio), estas no impidieron que el trabajo se realizara con máxima prolijidad, rescatando de la manera más fidedigna posible el discurso de los individuos y analizándolo de manera sistemática. Los odontólogos entrevistados en este estudio no se encontraban trabajando necesariamente en centros de salud con altas prevalencias de maltrato infantil, característica que hubiese sido deseable y que estudios próximos podrían incluir como criterio de inclusión. El análisis de algunas dimensiones emergentes en el discurso de los informantes no fue realizado en profundidad ya que excede los recursos propios de una tesis de pregrado, por lo que también se sugiere ahondar en ellas en estudios venideros.

El profesional de salud, en su rol de actor social, y en el contexto del trabajo interdisciplinario, debe ser garante de los derechos de los pacientes que atiende. En esa línea, el aporte del equipo de salud oral puede facilitar el auxilio a un menor maltratado y promover el respeto a sus derechos fundamentales. La síntesis de las conclusiones obtenidas, en relación con los objetivos planteados en este estudio, se encuentran en la Tabla 6.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Hajeri, H., Al Halabi, M., Kowash, M., Khamis, A. H., Welbury, R., & Hussein, I. (2018). Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *European Journal of Paediatric Dentistry*. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.02.04>
- Al Hajeri, H., Al Halabi, M., Kowash, M., Khamis, A. H., Welbury, R., & Hussein, I. (2018). Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *European Journal of Paediatric Dentistry*. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.02.04>
- Al-Jundi, S. H. S., Zawaideh, F. I., & Al-Rawi, M. H. (2010). Jordanian Dental Students' Knowledge and Attitudes in Regard to Child Physical Abuse. *Journal of Dental Education*. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2010.74.10.tb04972.x>
- Almazeedi, H., Alkandari, S., Alrazzuqi, H., Ohaeri, J., & Alfayez, G. (2020). Prevalence of child abuse and its association with depression among first year students of kuwait university: A cross-sectional study. *Eastern Mediterranean Health Journal*. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.049>
- Almonte, C., Insunza, C., & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000100003>
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2020). Definition of dental neglect. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill. Recuperado de: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/d_dentalneglect.pdf [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología. (2015) Comisión Revisión de Contenidos de Pregrado Área Odontología Legal. Recomendaciones de Contenidos Mínimos Curriculares Área Odontología Legal. Informe Final.
- Asociación Chilena de Enseñanza en Odontología. (2020) Contenidos mínimos en la enseñanza de la odontología de pregrado en Chile. Recuperado de: <https://www.acheo.cl/wp-content/uploads/2020/09/CCMM-FINAL-DIGITAL.pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Biblioteca Nacional de Chile. (s/f). *Ley de Protección de Menores, 1928*.

- Recuperado de: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-631269.html>
[Citado el 28 de Junio, 2022]
- Brattabø, I. V., Bjørknes, R., & Åstrøm, A. N. (2018). Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC oral health*, 18(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0490-x>
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. In *Biblioteca Cognición y Desarrollo Humano*.
- Bussen, S., Sütterlin, M., Schmidt, U., & Bussen, D. (2012). Anogenital warts in childhood - Always a marker for sexual abuse? In *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280417>
- CARRASCO-JIMÉNEZ, E. (2018). INCRIMINACIÓN DEL MALTRATO CORPORAL RELEVANTE Y DE LA SUMISIÓN A TRATO DEGRADANTE DE PERSONAS CON DÉFICIT CORPORAL O FÍSICO EN LA LEGISLACIÓN PENAL CHILENA. LEY N°21.013 DE 2017. *Revista de Derecho (Concepción)*. <https://doi.org/10.4067/s0718-591x2018000100057>
- Cashmore, J. (2011). The link between child maltreatment and adolescent offending Systems neglect of adolescents. *Family Matters*.
- Cavalcanti, A. L. (2010). 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. *Dental Traumatology*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2009.00859.x>
- Centro de Estudios y Análisis del Delito. (2021). Estadísticas delictuales. Recuperado de: <HTTP://CEAD.SPD.GOV.CL/ESTADISTICAS-DELICTUALES/>
[Citado el 28 de Junio, 2022]
- Cifuentes-Harris, Carla, Contreras-Reyes, Claudia, Torres, María Angélica, & Gonzales-Alegría, Sebastián. (2020). Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology*, 14(2), 160-166. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000200160>
- Clarke, L., Chana, P., Nazzal, H., & Barry, S. (2019). Experience of and barriers to reporting child safeguarding concerns among general dental practitioners

- across Greater Manchester. *British Dental Journal*.
<https://doi.org/10.1038/s41415-019-0663-2>
- Dalledone, M., de Paola, A. P. B., Correr, G. M., Pizzatto, E., de Souza, J. F., & Losso, E. M. (2015). Child abuse: Perception and knowledge by public health dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences*.
<https://doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a10>
- da Silva, R. A., Goncalves, L. M., Rodrigues, A. C., & da Cruz, M. C. (2014). The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge. *General dentistry*, 62(1), 62–66.
- Draucker, C. B., & Mazurczyk, J. (2013). Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing outlook*, 61(5), 291–310.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.12.003>
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. In *Child Abuse and Neglect*.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.004>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- Fernández, F. (2002) El Análisis de Contenido como ayuda metodológica para la Investigación. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica. Vol. II. Núm. 96, 35-54
- Fierro Monti, C., Salazar Salazar, E., Ruiz Salazar, L., Luengo Machuca, L., & Pérez Flores, A. (2012). Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *International Journal of Odontostomatology*.
<https://doi.org/10.4067/s0718-381x2012000100015>
- Fisher-Owens, S. A., Lukefahr, J. L., Tate, A. R., Krol, D., Braun, P., Gereige, R., Jacob, L., Karp, J., Moursi, A., Clancy, A., Barone, L., Flaherty, E. G., Idzerda, S. M., Legano, L. A., Leventhal, J. M., Sege, R. D., Fortson, B., MacMillan, H., Stedt, E., & Hurley, T. P. (2017). Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1989). Convención sobre

- los derechos del niño. Recuperado de: https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Fonseca, Gabriel M, Letelier-Acevedo, Natalia, & Lozano-Gómez, Rubén. (2018). Odontólogos y Obligación de Denuncia del Abuso Sexual Infantil en Chile: Oportunidades Perdidas. *International journal of odontostomatology*, 12(4), 431-436. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2018000400431>
- Fresno, A., Spencer, R., Ramos, N., & Pierrehumbert, B. (2014). The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. *Journal of child sexual abuse*, 23(2), 128–145. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.870949>
- Girardet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., Arnold, W., Mead, B., & Paes, N. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3037>
- Gobierno de Chile, Ministerio Público. (s/f). Áreas de Persecución. Recuperado de: <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social. (s/f). ¿Qué es Chile Crece Contigo?. Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda. (3, febrero, 1967). Ley de menores (N°16.618). Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28581&idVersion=1999-08-05&idLey=&tipoVersion=&cve=&i=> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda. (20, septiembre, 2000). Artículo 175, letra D; Artículo 176; Artículo 177. Establece Código Procesal Penal. (Ley N° 19.696). Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=176595> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda. (16, junio, 2004). Artículo 61, letra K. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834, sobre estatuto administrativo. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236392> [Citado el 28 de Junio, 2022]

- Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda. (29, mayo, 2017). Tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial (Ley N°21.013). Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1103697> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Recuperado de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2016). Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual. Recuperado de: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/825/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social. (2018) Orientaciones técnicas para la coordinación entre el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y el Servicio Nacional de Menores. Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/04/OT-CHCC-Sename-WEB.pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Harris, C. M., Welbury, R., & Cairns, A. M. (2013). The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *British dental journal*, 214(9), E24. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.435>
- Harris J. C. (2018). The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Archives of disease in childhood*, 103(8), 722–729. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313173>
- Hussein, A. S., Ahmad, R., Ibrahim, N., Yusoff, A., & Ahmad, D. (2016). Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. *European Archives of Paediatric Dentistry*. <https://doi.org/10.1007/s40368-016-0242-z>
- Jahanimoghadam, F., Kalantari, M., Horri, A., Ahmadipour, H., & Pourmorteza, E. (2017). A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Dentists and Pedodontists in Relation to Child Abuse. *Journal of Dentistry (Shiraz, Iran)*.

- Jiménez-Borja, M., Jiménez-Borja, V., Borja-Alvarez, T., Jiménez-Mosquera, C. arlos J., & Murgueitio, J. (2020). Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104230>
- Jordan, A., Welbury, R. R., Tiljak, M. K., & Cukovic-Bagic, I. (2012). Croatian Dental Students' Educational Experiences and Knowledge in Regard to Child Abuse and Neglect. *Journal of Dental Education*. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2012.76.11.tb05413.x>
- Kaur, H., Chaudhary, S., Choudhary, N., Manuja, N., Chaitra, T. R., & Amit, S. A. (2016). Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.002>
- Kural, D., Abbasoglu, Z., & Tanboga, İ. (2020). Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. <https://doi.org/10.17796/1053-4625-44.2.6>
- Lamont, A., & Bromfield, L. (2010). Effects of child abuse and neglect for children and adolescents. *National Child Protection ClearingHouse, e, Australian Institute of Family Studies*
- Lathrop, F. (2018). Maltrato infantil extrafamiliar en Chile: Análisis de las propuestas legislativas y de la nueva Ley N° 21.013 a la luz de los criterios emanados del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. (Trabajo de Grado). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/150390/Maltrato-infantil-extrafamiliar-en-Chile-an%C3%A1lisis-de-las-propuestas-legislativas-y-de-la-nueva-Ley-No-21.013-a-la-luz-de-los-criterios-emanados-del-derecho-internacional-de-los.....pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Lev-Wiesel, R., Eisikovits, Z., First, M., Gottfried, R., & Mehlhausen, D. (2018). Prevalence of Child Maltreatment in Israel: A National Epidemiological Study. *Journal of Child and Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0118-8>
- Lo, C. K. M., Ho, F. K., Wong, R. S., Tung, K. T. S., Tso, W. W. Y., Ho, M. S. P., Chow, C. B., Chan, K. L., & Ip, P. (2019). Prevalence of child maltreatment and its association with parenting style: A population study in Hong Kong.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071130>
- Markovic, N., Muratbegovic, A. A., Kobaslija, S., Bajric, E., Selimovic-Dragas, M., Huseinbegovic, A., & Cuković-Bagic, I. (2015). KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING CHILD ABUSE AND NEGLECT. *Materia Socio-Medica*. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.372-375>
- Mogaddam, M., Kamal, I., Merdad, L., & Alamoudi, N. (2016). Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.02.004>
- Mora Perdomo, Emily, Perdomo Soret, Luisa, Muñoz, Mario, Guevara Rivas, Harold, Cardozo Castellano, Rosa, & Ortunio Calabres, Magaly. (2013). Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(2), 108-115. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000200005&lng=es&tlng=es [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Morier, A. (1963). La Déclaration des droits de l'enfant. *Revue Internationale de La Croix-Rouge*. <https://doi.org/10.1017/S0035336100142844>
- Mwakanyamale, A. A., Wandé, D. P., & Yizhen, Y. (2018). Multi-type child maltreatment: Prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0244-1>
- Naidoo S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child abuse & neglect*, 24(4), 521–534. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00114-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00114-9)
- National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academies Press (US)
- Numasawa, M., Nawa, N., Funakoshi, Y., Noritake, K., Tsuruta, J., Kawakami, C., Nakagawa, M., Yamaguchi, K., & Akita, K. (2021). A mixed methods study on the readiness of dental, medical, and nursing students for interprofessional learning. *PloS one*, 16(7), e0255086.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255086>
- Oates, J., Karmiloff-Smith, A., Johnson, M.H. (2012). "Developing Brains", Early Childhood in Focus 7. Recuperado de: https://issuu.com/bernardvanleerfoundation/docs/developing_brains
- Olatosi, O. O., Ogordi, P. U., Oredugba, F. A., & Sote, E. O. (2018). Experience and knowledge of child abuse and neglect: A survey among a group of resident doctors in Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_92_18
- Özgür, N., Ballıkaya, E., Güngör, H. C., & Ataç, A. S. (2020). Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *International Dental Journal*. <https://doi.org/10.1111/idj.12532>
- Pérez, C., & Ibarrola, L. (2019). *Declaración de los Derechos del Niño, 1959 - Humanium*. Humanium.
- Poder Judicial de Chile. (2013) Informe de la Comisión de familia constituida en investigadora para recabar información y determinar responsabilidades en las denuncias sobre hechos ilícitos ocurridos en hogares del servicio nacional de menores. Recuperado de: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=10254&formato=pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Policía de Investigaciones de Chile. (2018). Análisis del funcionamiento residencial en centros dependientes del servicio nacional de menores. Recuperado de: <https://media.elmostrador.cl/2019/07/informe-emilfork.pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Santos, V. dos, Silva, P. H. D. da, & Gandolfi, L. (2018). Parents' use of physical and verbal punishment: cross-sectional study in underprivileged neighborhoods. *Jornal de Pediatria*. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.013>
- Séptimo Juzgado de Garantía de Santiago. (2017). Transcripciones administrativas, RIT Ordinaria 6367-2016. Recuperado de: www.poderjudicial.cl
- Soriano Faura, F. J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Pediatric de Atencion Primaria*. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322009000100008>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de

- investigación. In *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.
- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Haubek, D. (2017). How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontologica Scandinavica*.
<https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1307448>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2011). Comité de los derechos del niño, Observación General N°13 Sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Recuperado de: http://sipinna.cdmx.gob.mx/sipinna/_pdf/_biblioteca/unicef_observacionesgeneralesdelcomitedelosederechosdelnino_web.pdf [Citado el 28 de Junio, 2022]
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2015). 4° Estudio de Maltrato Infantil en Chile. Análisis Comparativo 1994 - 2000 - 2006 – 2012. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-an%C3%A1lisis-comparativo-1994-2000-2006-2012> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2017). Análisis del Sistema Chile Crece Contigo para fortalecer intervenciones de prevención del maltrato infantil. Recuperado de: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/11/Analisis-ChCC-para-fortalecer-prevencio%CC%81n-maltrato-infantil.pdf> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- van Berkel, S. R., Prevoo, M. J. L., Linting, M., Pannebakker, F. D., & Alink, L. R. A. (2020). Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. *Child Abuse and Neglect*.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104439>
- Vásquez, N., Couto Caridad, M. (2006). Paradigmas de la práctica odontológica. *Odous Científica Vol. VII, N°1 (p.14-p.22)*
- Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Asenjo, A., Cáceres, C., Potthoff, S., Salgado, C., Orellana, F., & Ormazábal, M. (2017). Childhood trauma and psychiatric comorbidities in patients with depressive disorder in primary care in Chile. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*
- Vizcarra L, M. B., Cortés M, J., Bustos M, L., Alarcón E, M., & Muñoz N., S. (2001).

Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados. *Revista Medica de Chile*.

- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Citado el 28 de Junio, 2022]
- World Health Organization. (2020) Child Maltreatment. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> [Citado el 28 de Junio, 2022]
- Ysern, J. L., & Becerra, P. (2006). Abuso sexual intrafamiliar: Prevalencia y características de jóvenes de 3° medio de liceos municipalizados de Chillan, Chile. *Theoria*

9. ANEXOS

9.1 Derechos del niño declarados por la Convención sobre los Derechos del Niño de la UNICEF (1989)

Los niños y los adolescentes tenemos derecho:

1. *A la vida, el desarrollo, la participación y la protección.*
2. *A tener un nombre y una nacionalidad.*
3. *A saber quiénes son nuestros papás y a no ser separados de ellos.*
4. *A que el Estado garantice a nuestros padres la posibilidad de cumplir con sus deberes y derechos.*
5. *A crecer sanos física, mental y espiritualmente.*
6. *A que se respete nuestra vida privada.*
7. *A tener nuestra propia cultura, idioma y religión.*
8. *A pedir y difundir la información necesaria que promueva nuestro bienestar y nuestro desarrollo como personas.*
9. *A que nuestros intereses sean lo primero a tenerse en cuenta en cada tema que nos afecte, tanto en la escuela, los hospitales, ante los jueces, diputados, senadores u otras autoridades.*
10. *A expresarnos libremente, a ser escuchados y a que nuestra opinión sea tomada en cuenta.*
11. *A no ser discriminados por el solo hecho de ser diferentes a los demás.*
12. *A tener a quien recurrir en caso de que nos maltraten o nos hagan daño.*
13. *A no tener que realizar trabajos peligrosos ni actividades que afecten nuestra salud o entorpezcan nuestra educación y desarrollo.*
14. *A que nadie haga con nuestro cuerpo cosas que no queremos.*
15. *A aprender todo aquello que desarrolle al máximo nuestra personalidad y nuestras capacidades intelectuales, físicas y sociales.*
16. *A tener una vida digna y plena, más aún si tenemos una discapacidad física o mental.*
17. *A descansar, jugar y practicar deportes.*
18. *A vivir en un medio ambiente sano y limpio y disfrutar del contacto con la naturaleza.*
19. *A participar activamente en la vida cultural de nuestra comunidad, a través de la música, la pintura, el teatro, el cine o cualquier medio de expresión.*
20. *A reunirnos con amigos para pensar proyectos juntos o intercambiar nuestras ideas*

9.2 Delitos sexuales estipulados en el Código Penal Chileno (2000)

a) Delito de violación

- i. Violación propia (de mayor de 14 años de edad) (Artículo 361 del CP)
- ii. Violación impropia (de menor de 14 años de edad) (Artículo 362 del CP)

b) Delitos complejos asociados al delito de violación:

- i. Violación con homicidio (Artículo 372 bis del CP)
- ii. Robo con violación (Artículo 433 N° 1 del CP)
- iii. Secuestro con violación (Artículo 141 inciso final del CP)
- iv. Sustracción de menores con violación (Artículo 142 inciso final del CP)

c) Delito de estupro (Artículo 363 del CP)

d) Delito de sodomía de menor de edad (Artículo 365 del CP)

e) Delito de abuso sexual

- i. Abuso sexual agravado o calificado (Artículo 365 bis del CP)
- ii. Abuso sexual propio o directo (de mayor de 14 años de edad) (Artículo 366 del CP)
- iii. Abuso sexual propio o directo (de menor de 14 años de edad) (Artículo 366 bis del CP)
- iv. Abuso sexual impropio o indirecto o exposición de menores a actos de significación sexual (*se incluye el child grooming*) (Artículo 366 quáter del CP)

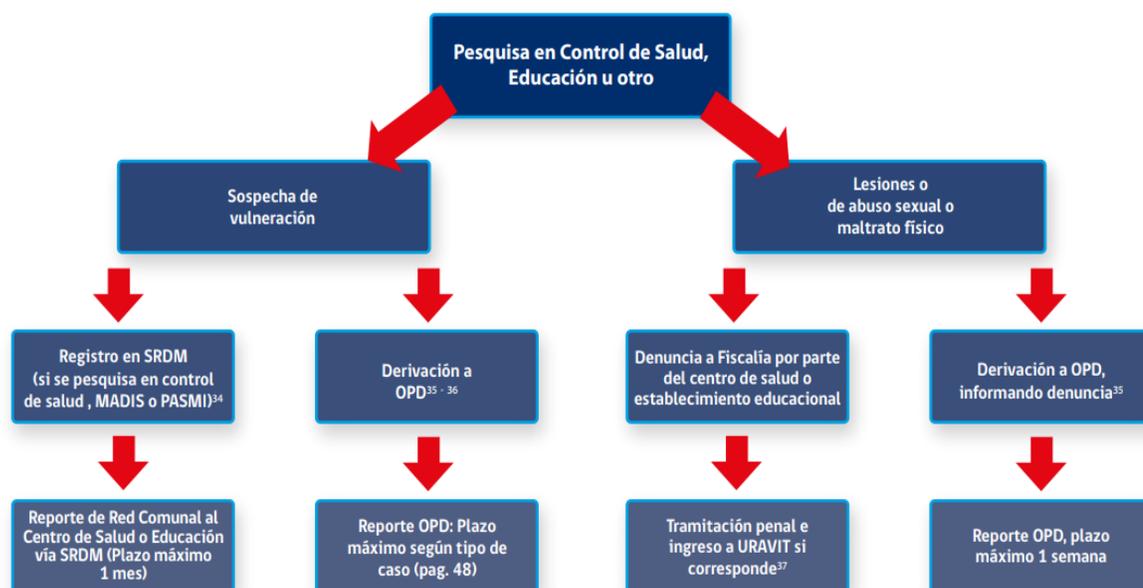
f) Delitos de explotación sexual de menores de edad

- i. Asociados a la pornografía:
 - Producción de material pornográfico (Artículo 366 quinquies del CP)
 - Tráfico o difusión de material pornográfico (Artículo 374 bis inciso 1° del CP)
 - Adquisición o almacenamiento de material pornográfico (Artículo 374 bis inciso 2° del CP)
- ii. Asociados a la prostitución
 - Favorecimiento de la prostitución infantil (Artículo 367 del CP)
 - Obtención de servicios sexuales de menores de edad o favorecimiento impropio (Artículo 367 ter del CP)
 - Trata de personas menores de edad con fines de prostitución (Artículo 411 quáter del CP)

9.3 Alertas de vulnerabilidad biopsicosocial en los controles de salud infantil Chile Crece Contigo (Gov. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)

Prestación	Descripción	Cómo se accede																																																																															
Controles de salud infantil	<p>Control de salud en centro de atención primaria (APS), en el que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realiza seguimiento a la trayectoria del desarrollo del niño(a) de manera integral. Se evalúa el desarrollo psicomotor en el control de salud infantil a los 8, 18 y 36 meses. Se entregan materiales de estimulación según edad (detalle en punto 2). Se registra la información del niño(a) en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo y se deriva a otras prestaciones si se requiere. Este registro permite la activación de alertas de vulnerabilidad biopsicosocial, las cuales son derivadas automáticamente a la Red Comunal Chile Crece Contigo. Las alertas de vulnerabilidad para niños y niñas son: <ol style="list-style-type: none"> Niño(a) sin control de salud al día. Niño(a) con madre o padre adolescente. Niño(a) cuya madre tiene escolaridad menor a 4° Medio. Cesantía en el entorno familiar primario/bajos ingresos. Habitabilidad precaria. Violencia intrafamiliar/niño(a) testigo de violencia. Niño(a) con alteración en el desarrollo. Maltrato psicológico. Maltrato físico o Abuso Sexual. Niño(a) perteneciente a Seguridades y Oportunidades sin acceso a alguna de las prestaciones monetarias a las que tiene derecho por ley. Niño o niña sin cédula de identidad. Familia pertenece al 60% más vulnerable y no accede a alguna de las prestaciones monetarias a la que tiene derecho, o a Pensiones Básica o de invalidez. Entorno con escasez de servicios, con altos índices de violencia. Niño(a) con alto ausentismo escolar. Niño(a) en situación de discapacidad y que requiere ayuda técnica. 	<p>Inscribiendo al niño(a) en el Centro de Salud correspondiente a su domicilio o al centro de de salud vinculado a la residencia, en caso de institucionalización.</p> <p>Cuando hay un cambio de domicilio, comuna o región, es el Centro de Salud que recibe al niño(a), quien debe solicitar internamente el envío de la ficha clínica al establecimiento anterior²². Se elabora mientras tanto una ficha provisoria.</p> <p>En caso de residencias, es función del programa residencial asegurar que los niños(as) tengan sus controles al día en el centro de salud.</p> <p>Asimismo, es muy importante al momento del egreso de un niño(a) de Residencia o FAE, informar que debe ser inscrito a la brevedad en su nuevo centro de salud, para mantener la continuidad de estas prestaciones.</p> <p>Es relevante destacar que gestantes y niños(as) migrantes hasta los 18 años, tienen garantizado el acceso a estos controles, independientemente de su situación migratoria.</p>																																																																															
	<p>¿A qué edad se realiza cada control?</p> <table border="1" data-bbox="467 1276 1187 1896"> <thead> <tr> <th>Edad del niño o niña</th> <th>Profesional que realiza el control</th> <th>Tipo de control</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recién nacido antes de los 10 días de vida</td> <td>Matrona</td> <td>Control de la diada madre - hijo o hija</td> </tr> <tr> <td>1 mes</td> <td>Médico</td> <td>Control de salud y desarrollo</td> </tr> <tr> <td>2 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>3 meses</td> <td>Médico</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>4 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>5 meses</td> <td>Nutricionista</td> <td>Consulta nutricional</td> </tr> <tr> <td>6 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>8 meses</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>8 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud y desarrollo</td> </tr> <tr> <td>12 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>12 meses</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>18 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud y desarrollo</td> </tr> <tr> <td>18 meses</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>2 años</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>3 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud y desarrollo</td> </tr> <tr> <td>3 años</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>3 años 6 meses</td> <td>Nutricionista</td> <td>Consulta nutricional</td> </tr> <tr> <td>4 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>4 años</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>5 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>5 años</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal GES</td> </tr> <tr> <td>6 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>6 años</td> <td>Dentista</td> <td>Consulta de salud bucal</td> </tr> <tr> <td>7 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>8 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> <tr> <td>9 años</td> <td>Enfermera(o)</td> <td>Control de salud</td> </tr> </tbody> </table>	Edad del niño o niña	Profesional que realiza el control	Tipo de control	Recién nacido antes de los 10 días de vida	Matrona	Control de la diada madre - hijo o hija	1 mes	Médico	Control de salud y desarrollo	2 meses	Enfermera(o)	Control de salud	3 meses	Médico	Control de salud	4 meses	Enfermera(o)	Control de salud	5 meses	Nutricionista	Consulta nutricional	6 meses	Enfermera(o)	Control de salud	8 meses	Dentista	Consulta de salud bucal	8 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo	12 meses	Enfermera(o)	Control de salud	12 meses	Dentista	Consulta de salud bucal	18 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo	18 meses	Enfermera(o)	Control de salud	2 años	Dentista	Consulta de salud bucal	3 años	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo	3 años	Dentista	Consulta de salud bucal	3 años 6 meses	Nutricionista	Consulta nutricional	4 años	Enfermera(o)	Control de salud	4 años	Dentista	Consulta de salud bucal	5 años	Enfermera(o)	Control de salud	5 años	Dentista	Consulta de salud bucal GES	6 años	Enfermera(o)	Control de salud	6 años	Dentista	Consulta de salud bucal	7 años	Enfermera(o)	Control de salud	8 años	Enfermera(o)	Control de salud	9 años	Enfermera(o)
Edad del niño o niña	Profesional que realiza el control	Tipo de control																																																																															
Recién nacido antes de los 10 días de vida	Matrona	Control de la diada madre - hijo o hija																																																																															
1 mes	Médico	Control de salud y desarrollo																																																																															
2 meses	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
3 meses	Médico	Control de salud																																																																															
4 meses	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
5 meses	Nutricionista	Consulta nutricional																																																																															
6 meses	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
8 meses	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
8 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo																																																																															
12 meses	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
12 meses	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
18 meses	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo																																																																															
18 meses	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
2 años	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
3 años	Enfermera(o)	Control de salud y desarrollo																																																																															
3 años	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
3 años 6 meses	Nutricionista	Consulta nutricional																																																																															
4 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
4 años	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
5 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
5 años	Dentista	Consulta de salud bucal GES																																																																															
6 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
6 años	Dentista	Consulta de salud bucal																																																																															
7 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
8 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															
9 años	Enfermera(o)	Control de salud																																																																															

9.4 Flujograma Chile Crece Contigo – Servicio Nacional de Menores (Gov. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)



9.5 Derivación a Oficinas de Protección de Derechos (Gov. Chile, Ministerio de Desarrollo Social, 2018)



**Chile
crece
contigo**
Protección integral a la infancia

Fecha: ____/____/____

Ficha de derivación a Oficinas de Protección de Derechos (OPD)

1. Identificación:

- Nombre del niño(a):
- Cédula de identidad:
- Fecha de Nacimiento:
- Domicilio:

2. Institución que deriva:

- Nombre institución:
- Nombre profesional que deriva:
- Cargo de quien deriva:
- Datos de contacto (teléfono - mail):

3. Motivo de la derivación:

- Tipo de vulneración:

4. Antecedentes Familiares: (Identificar adulto responsable, teléfono, dirección)

- Nombre adulto responsable:
- Cédula de identidad:
- Relación con niño o niña:
- Domicilio:
- Teléfono de contacto:
- Descripción del grupo familiar:

5. Gestiones efectuadas por la institución:

6. Otros antecedentes relevantes y observaciones:

Nombre de quien deriva

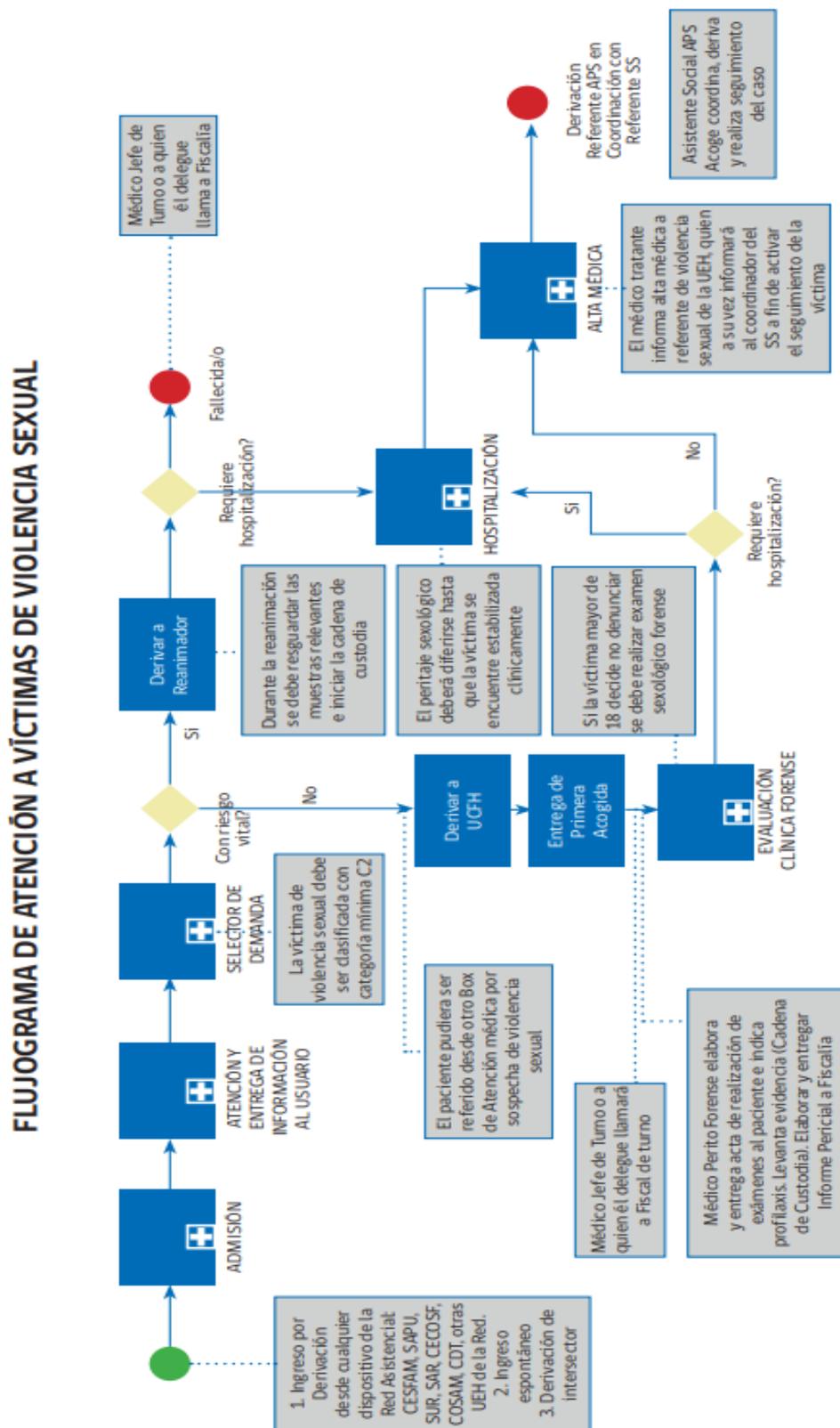
Run

Firma y timbre

9.6 Flujograma de atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de maltrato (Gov. Chile, Ministerio de Salud, 2016)



9.7 Flujograma de atención a víctimas de violencia sexual (Gov. Chile, Ministerio de Salud, 2016)



9.8 Muestra, caracterización y codificación de los individuos

GRUPO 1: ODONTÓLOGOS GENERALES CON MÁXIMO 3 AÑOS DE EGRESO					
	Sexo	Universidad: Estatal/privada	Tiempo de ejercicio	Área de ejercicio experimentadas	Área de ejercicio actual
1	Hombre	Privada	12 meses	Privada (clínica*)	Privada (clínica)
2	Mujer	Privada	12 meses	Privada (clínica) y pública (APS**)	Privada (clínica) y pública (APS)
3	Mujer	Privada	6 meses	Privada (clínica y consulta***)	Privada (clínica y consulta)
4	Hombre	Privada	2 meses	Privada (clínica)	Privada (clínica)
5	Hombre	Estatal	15 meses	Privada (clínica, consulta) y pública (APS)	Pública (APS)
6	Hombre	Estatal	11 meses	Privada (consulta) y público (APS)	Público (APS)
7	Hombre	Estatal	18 meses	Privada (clínica) y público (APS)	Público (APS)
8	Hombre	Estatal	14 meses	Privada (clínica) y público (APS)	Privada (clínica)

GRUPO 2.A: ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS					
	Sexo	Experiencia clínica	Estudios de postgrado	Área de ejercicio experimentada	Área de ejercicio actual
1	Mujer	Más de 10 años	Odontología legal y forense	Privada (clínica y consulta) pública (APS), docencia (pre y postgrado)	Docencia
2	Mujer	Más de 10 años	Salud pública	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	Docencia e investigación
3	Hombre	Más de 10 años	Implantología	Privada (consulta)	Privada
4	Mujer	Más de 10 años	Odontología legal y forense, Patología y medicina oral	Privada (consulta), pública (APS), y docencia (pre y postgrado)	Docencia e investigación
5	Mujer	Más de 10 años	Cuidados especiales en odontología	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	Privada (consulta) y docencia
6	Mujer	Más de 10 años	Odontología legal y forense, Patología y medicina oral	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	Docencia e investigación
7	Hombre	Más de 10 años	Radiología, Salud pública	Privada (consulta), pública (APS) y docencia (pre y postgrado)	Docencia e investigación, pública (APS)

* Atención privada en modalidad clínica particular.

** Atención Primaria de Salud.

*** Atención privada en modalidad de consulta propia, independiente.

GRUPO 2.B: PROFESIONALES NO ODONTÓLOGOS					
	Sexo	Profesión	Años trabajando con niños vulnerados	Área de ejercicio experimentada	Área de ejercicio actual
1	Mujer	Trabajadora social	5	Pública (APS)	Pública (APS)
2	Mujer	Psicóloga	5	Pública (APS, SENAME)	Pública (APS)
3	Mujer	Trabajadora social	5	Privada (docencia de pregrado) y pública (SENAME)	Privada docencia) y pública (SENAME)

CARACTERIZACIÓN	
GRUPO 1	<ol style="list-style-type: none"> Hombre, 25 años, egresado desde U. privada, 12 meses de ejercicio privado en clínica (actual) Mujer, 27 años, egresada desde universidad privada, 12 meses de ejercicio privado en clínica (actual) y público en CESFAM (actual) Mujer, 25 años, egresada desde universidad privada, 6 meses ejercicio privado en clínica y consulta independiente (actual) Hombre, 26 años, egresado desde universidad privada, 2 meses de ejercicio privado en clínica (actual) Hombre, 27 años, egresado desde universidad estatal, 15 meses de ejercicio privado en clínica y arrendando box, y público siendo EDF (actual) Hombre, 26 años, egresado desde universidad estatal, 11 meses de ejercicio privado arrendando box (actual) y público en CESFAM (actual) Hombre, 27 años, egresado desde universidad estatal, 18 meses de ejercicio privado en clínica y público siendo EDF (actual) Hombre, 26 años, egresado desde universidad estatal, 14 meses de ejercicio privado en clínica (actual) y público en CESFAM
GRUPO 2. A	<ol style="list-style-type: none"> Mujer, cirujana dentista especialista* en Odontología legal y forense, abogada, trabaja en servicio médico legal, docente postgrado. Mujer, cirujana dentista especialista en Salud Pública, trabajó en Ministerio de Salud, docente de pregrado y post grado. Hombre, cirujano dentista especialista en Implantología, experiencia solo en área privada, atiende hace 10 años a NNAJ del SENAME. Mujer, cirujana dentista especialista en Patología y Odontología legal y Forense, docente de pregrado y postgrado. Mujer, cirujana dentista especialista en Cuidados especiales en Odontología, docente de pregrado y postgrado. Mujer, cirujana dentista especialista en Patología y en Odontología legal y Forense, trabaja en servicio médico legal, docente postgrado. Hombre, cirujano dentista especialista en Radiología y en Salud pública, docente pregrado y post grado.
GRUPO 2. B	<ol style="list-style-type: none"> Mujer, psicóloga, experiencia en SENAME (residencia) actualmente en programa de acompañamiento psicosocial para NNAJ y programa infanto – juvenil en APS. Mujer, trabajadora social, coordinadora programa de acompañamiento psicosocial para NNAJ en APS. Mujer, trabajadora social, perito social-judicial de la fiscalía regional metropolitana sur (realiza pericias de abuso sexual y violencia intra-familiar), magíster en derecho de familia e intervención familiar, docente pregrado, experiencia en SENAME (residencias).

CODIFICACIÓN	
GRUPO 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre, U. privada, 12 meses de ejercicio privado. 2. Mujer, U. privada, 12 meses de ejercicio privado y público. 3. Mujer, U. privada, 6 meses de ejercicio privado. 4. Hombre, U. privada, 2 meses de ejercicio privado. 5. Hombre, U. estatal, 15 meses de ejercicio privado y público. 6. Hombre, U. estatal, 11 meses de ejercicio privado y público. 7. Hombre, U. estatal, 18 meses años de ejercicio privado y público. 8. Hombre, U. estatal, 14 meses de ejercicio privado y público.
GRUPO 2. A	<ol style="list-style-type: none"> 1. esp. Odontología legal y forense, abogada, académica. 2. esp. Salud pública, académica. 3. esp. Implantología, atención NNAJ de SENAME. 4. esp. Patología y Odontología legal y forense, académica. 5. esp. Cuidados especiales en Odontología, académica. 6. esp. Odontología legal y forense, académica. 7. esp. Radiología y Salud pública, académico.
GRUPO 2. B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicóloga, 5 años trabajando con NNAJ maltratados. 2. Trabajadora social, 5 años trabajando con NNAJ maltratados. 3. Trabajadora social, perito social judicial, académica, 7 años trabajando con NNAJ maltratados.

*Para efectos de la caracterización y codificación se utilizó el término *especialista* (esp.) para aludir a la existencia de estudios de postgrado.

9.9 Pautas temáticas aplicadas a los informantes, por grupo

- **Pauta temática (dimensiones propuestas) para entrevista a Grupo 1**

- I. Encuentro y caracterización: Presentación y explicación de los objetivos del estudio, buscar conocer al sujeto en su dimensión de persona y de sus procesos formativos, identificando temas como sus motivaciones laborales, su trayectoria laboral, su situación laboral actual, motivaciones, intereses, expectativas laborales futuras, etc.
- II. Maltrato infantil: Definiciones y nociones desde su propio conocimiento, percepción de importancia del tema y la relación que pueda tener con la odontología, preparación (competencias auto percibidas), experiencias (ya sea que las evalúe de forma positiva o negativa), etc.
- III. Herramientas: Considerando la dimensión anterior, cuáles herramientas cree necesarias para abordar el maltrato infantil, cuáles le hicieron falta, qué recomendaciones haría al respecto para sus pares, que recomendaría a las instituciones de pregrado para el abordaje de este tópico, etc.

- **Pauta temática (dimensiones propuestas) para entrevista a grupo 2.A (odontólogos expertos)**

- I. Encuentro y caracterización: Ídem.
- II. Maltrato infantil: Experiencias, gestión del maltrato infantil (denuncia, derivaciones, protocolos, barreras), relevancia de lo interdisciplinar y el rol del odontólogo/a en el equipo; valoración de la posición de las instituciones frente al tema, etc.
- III. Herramientas: Cuáles herramientas (competencias auto percibidas) le han favorecido más en su desempeño en relación con el maltrato infantil, 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 maltrato infantil y también para eliminar las barreras en la gestión (si es que las percibió en la dimensión anterior)

- **Pauta temática (dimensiones propuestas) para entrevista a grupo 2.B (profesionales NO odontólogos expertos)**
 - I. Encuentro y caracterización: Ídem.
 - II. Maltrato infantil: Experiencias, gestión del maltrato infantil (haciendo énfasis en las barreras en el proceso que pueda percibir o no), relevancia de lo interdisciplinar (haciendo énfasis en el rol del odontólogo en el equipo; qué experiencias de trabajo interdisciplinar con odontólogos ha tenido, si las valora positivamente o no, etc) valoración de la posición de las instituciones frente al tema, etc.
 - III. Herramientas: Cuáles herramientas (competencias auto percibidas) le han favorecido más en su desempeño con relación al maltrato infantil, cuáles de ellas considera que deberían ser transversales a cualquier profesional de salud, recomendaciones a las instituciones de pregrado para el abordaje del tópico maltrato infantil y también para eliminar las barreras en la gestión (si es que las percibió en la dimensión anterior).

9.10 Consentimiento informado aplicado a los sujetos de estudio

Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas (ICOD)
Departamento de Patología / Medicina Oral



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar mediante una entrevista semi-estructurada en el proyecto de tesis "*Maltrato infantil: Experiencias y competencias autopercebidas de odontólogos generales y profesionales expertos en Chile*", adscrito al proyecto "*Estrategias para el Fomento de la Salud Odontológica Comunitaria en Poblaciones con Menor Acceso a Educación y Atención en Chile*", de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (FOUCh). El objetivo principal de este estudio es analizar las competencias autopercebidas y experiencias de odontólogos/as generales y profesionales expertos/as en relación a la identificación y denuncia del maltrato infantil en Chile, para formular recomendaciones sobre el abordaje de esta temática en la formación de odontólogos generales en Chile.

Esta entrevista será hecha de manera virtual, para la cual le enviaremos un enlace a su mail personal para ingresar a una plataforma de videoconferencia, y tendrá una duración aproximada de 1 hora. En coherencia con las técnicas propias de la metodología cualitativa, sus respuestas en la entrevista serán grabadas y transcritas (solo audio, no imagen). La información que de esta entrevista emane, así como los resultados de este estudio, serán utilizados como insumo para la elaboración de la tesis mencionada y también pueden ser parte de publicaciones científicas, sin identificar a los participantes, resguardando su confidencialidad.

Su participación es voluntaria y no involucra pago o compensaciones. Tiene usted el derecho de retirar su voluntad de participar en cualquier momento sin que lo afecte o sufra consecuencia alguna. Este Consentimiento Informado de participación voluntaria será firmado en 2 copias, quedando una en su poder y otra en poder del estudiante tesista.

En concordancia con lo anterior, Yo, _____,

RUT: _____, declaro que leí este documento, estoy de acuerdo con lo expuesto y acepto participar de este proyecto de forma libre y voluntaria bajo las condiciones propuestas. Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis. Declaro también estar informado de que los resultados de este estudio puedan ser parte de una publicación científica.

Santiago, _ de ___ de 2022

Firma de participante

Usted puede consultar en cualquier momento sobre las dudas que tenga en torno al proyecto y su participación en el. Para ello, los datos de contacto son:

- Fernando Pérez, alumno tesista FOUCh: fernando.perez.1@ug.uchile.cl
- Valentina Fajreldin, tutora de tesis: vfajreldin@odontologia.uchile.cl
- Marcela Farías, responsable proyecto: mfarias@odontologia.uchile.cl

Firma Alumno Tesista

Firma Tutora de Tesis

Firma Responsable Proyecto