

Herramienta de Detección de Maltrato Infantil para la Clínica Odontológica

Child Abuse Screening Tool For the Dental Clinic

Lidia Bravo Rodríguez^{1,2} & Jaime Díaz Meléndez³

BRAVO, R. L. & DÍAZ, M. J. Herramienta de detección de maltrato infantil para la Clínica Odontológica. *Int. J. Odontostomat.*, 16(3):396-402, 2022.

RESUMEN: El maltrato infantil es una grave vulneración a los derechos humanos de los niños, que afecta su salud física, mental y emocional, y que puede provocar además graves consecuencias en su vida adulta. El odontólogo tiene la responsabilidad de detectar los posibles casos de maltrato infantil y tomar acciones para detenerlo en una etapa temprana. Sin embargo, muchas veces la decisión de intervenir y/o denunciar un caso se hace difícil, pues no se posee las herramientas para objetivar la sospecha. Aplicando el método Delphi, con el apoyo de destacados expertos nacionales, se desarrolló un breve formulario de auto-aplicación para el odontólogo, en el que se definieron siete puntos clave que se deben examinar al enfrentarse a un niño lesionado que llega a la clínica odontológica. Este formulario guía al cirujano dentista en el reconocimiento de las señales y signos clínicos de abuso, y le permite determinar cuándo un caso presenta suficientes elementos que apuntan a posible maltrato infantil y se hace recomendable su denuncia, tal como indica la ley. La aplicación del formulario mejorará la pesquisa de los casos, que es el primer paso para asegurar el bienestar de las niñas y los niños maltratados.

PALABRAS CLAVE: maltrato infantil, clínica dental, bienestar infantil, tamizaje masivo.

INTRODUCCIÓN

El abuso y maltrato infantil (MI) es un grave y lamentable problema de salud pública a nivel global (Krug *et al.*, 2002). Las consecuencias del maltrato infantil se observan a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo físico, psico-emocional y social del niño maltratado. Los estudios apuntan a que los niños víctimas de abuso y/o abandono presentan, más frecuentemente, trastornos de aprendizaje, problemas de comportamiento, complicaciones de salud, y tienen mayor grado de aceptación frente al uso de la violencia en sus interacciones sociales diarias (Kellogg, 2007; Moya-Albiol & Mesa-Gresa, 2011; Hovens *et al.*, 2012).

En Latinoamérica, la prevalencia de violencia física y emocional contra niñas y niños ha sido calcu-

lada entre 30 % y 60 % (Devries *et al.*, 2019); para Chile, UNICEF ha determinado una prevalencia vida de violencia física leve de 50,4 % y de violencia física grave, de 28,2 % (ONU - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015).

Las Naciones Unidas ha priorizado la lucha contra el MI en todas sus formas, siendo su erradicación uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 (ONU - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015). En Chile, la ley 20066 sobre violencia intrafamiliar (2005), y la ley 21013 que tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial (2017), protege a las niñas, niños y adoles-

¹ Laboratorio de Pericias en Odontología Forense (LPO), Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

² Equipo para la Detección del Abuso y Maltrato Infantil y Violencia Interpersonal (EDAMI), Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

³ Profesor Asociado Odontopediatría, Depto. Odontopediatría & Ortodoncia, Director Especialidad Odontopediatría, Facultad Odontología Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Fellow member International Association for Dental Traumatology. Financiado por la Universidad de La Frontera, Proyecto DI20-0081

centes (NNA) de todo tipo de violencia y menoscabo de su dignidad, además de sancionar a quien no impida su maltrato. Los profesionales de la salud están especialmente convocados, pues el Código Procesal Penal chileno (2000), en sus Artículos 175 (d) y 176, indica la obligación de denuncia para estos profesionales, de los delitos sobre los que tome conocimiento, estableciendo el plazo para la denuncia en 24 horas. Cabe destacar que el profesional no tiene la obligación de probar el delito ante tribunales, sino solo de fundamentar correctamente su sospecha, para que las autoridades competentes investiguen los hechos.

La Guía Clínica sobre detección y primera respuesta a NNA víctimas de maltrato del Ministerio de Salud (2013) de Chile, indica que, con el fin de proteger a los NNA de las situaciones de maltrato y evitar que se reiteren, se requiere una intervención global, que abarque los aspectos clínicos, sociales y psicológicos. Esto implica que no es tarea exclusiva del profesional que observa los primeros signos de maltrato, sino de todo el equipo de salud. Sin embargo, la detección temprana y el levantamiento de la sospecha inicial es de primera importancia para el inicio del proceso que asegure el bienestar del NNA.

Los odontólogos han sido llamados a cumplir un rol protagónico en la detección, denuncia y prevención del abuso infantil (Cukovic *et al.*, 2013), pues se encuentran en una posición privilegiada, dado que entre el 50 y el 75 % de los niños abusados presenta lesiones en cavidad oral, cara y cabeza (Bsoul *et al.*, 2003). Así mismo, la Asociación Internacional de Traumatología Oral ha reconocido al trauma dentario como la quinta causa de consulta de urgencia a nivel mundial (Petti *et al.*, 2018; Abbot, 2018).

Sin embargo, los odontólogos acusan dificultades a la hora de denunciar casos de MI. Se han observado como las principales barreras para el reporte, el desconocimiento y falta de conciencia del problema, temor de lidiar con padres enojados o de sufrir represalias por parte de ellos, y arruinar la relación de confianza construida con las familias (Kassebaum *et al.*, 1991). En Chile, se ha reportado que los cirujano dentistas no están preparados para identificar signos indicadores de MI (Fierro *et al.*, 2012), seguramente debido a la falta de tratamiento del tema durante los estudios de pregrado y postgrado, realidad que afecta a las universidades del país, según ha reportado la Asociación Chilena de Enseñanza en Odontología (2015).

Para apoyar al odontólogo en su pesquisa y denuncia de MI, se desarrolló, utilizando Método Delphi, una herramienta que consta de un formulario breve de auto-aplicación, y una guía de lesiones indicativas de MI. Esta herramienta puede aplicarse durante una atención de urgencia, morbilidad o control sano, tanto en atención primaria como de especialidades.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo del Instrumento. Se diseñó una versión preliminar del Formulario para la Detección en la clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil, mediante la realización de una revisión de la literatura, y la aplicación de la experiencia de los miembros del equipo de investigación, que se desempeñan en los ámbitos de la odontopediatría, traumatología dental y maxilofacial, y odontología forense. Se diseñó asimismo una primera versión de la Guía de Lesiones Indicativas de Maltrato Infantil.

Establecimiento de la validez de contenido. Se utilizó técnica Delphi modificada (Berg *et al.*, 2013) para la validación de contenido del Formulario y la Guía, apoyados por expertos en el campo de la odontopediatría, traumatología dental y maxilofacial, y ciencias forenses.

El Método Delphi es un método de carácter cualitativo, recomendado y comúnmente usado para establecer consensos en una materia determinada, a partir de opiniones expertas (Keeney *et al.*, 2001; Hsu & Sandford, 2007; Reguant-Álvarez & Torrado-Fonseca, 2016). Los expertos participantes son sometidos de manera individual a una serie de cuestionarios, que se intercalan con una retroalimentación que reúne lo expresado por el grupo, y que, tras las sucesivas rondas, producen una opinión consensuada que representa al grupo.

Se ha utilizado en variados ámbitos de la medicina, incluyendo cirugía, traumatología y pediatría, para establecer criterios de diagnóstico, tratamiento y niveles de riesgo (Graham *et al.*, 2003; St. Pierre *et al.*, 2010; Eubank, *et al.*, 2016).

Conformación del Panel de Expertos. Un experto fue definido como un individuo que contara con experiencia clínica y/o académica destacada en el

ámbito de la odontopediatría, traumatología dental y maxilofacial pediátrica o ciencias forenses. Se seleccionó e invitó a 8 expertos nacionales, de los cuales 7 aceptaron participar. El Panel de Expertos quedó conformado por 4 odontopediatras, 2 odontólogos forenses y un médico forense, que se desempeñaban en atención primaria en salud, atención hospitalaria de especialidad, atención de urgencia odontopediátrica, en el Servicio Médico Legal, y en docencia e investigación universitaria, en las ciudades de Santiago, Valparaíso y Temuco. Los expertos desconocían la identidad de los otros participantes.

Rondas de Consulta. Se envió a los expertos, por correo electrónico, el formulario preliminar y se les solicitó que calificaran la relevancia de cada ítem para pesquisar MI, según su grado de acuerdo, en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 5 era “muy de acuerdo” y 1 era “muy en desacuerdo”. Además, se pidió a los expertos que escribieran comentarios sobre los ítems sugeridos por el equipo investigador, y que sugirieran nuevos ítems.

Las respuestas de los expertos se tabularon y sus comentarios y sugerencias se analizaron.

Para cada ítem se calculó la media, además de las siguientes medidas de dispersión: mediana, desviación estándar (DS) y rango intercuartílico relativo (RIR). Estas mediciones permiten caracterizar la variabilidad de las respuestas en torno a su valor promedio y la simetría de las distribuciones.

El RIR es un indicador estadístico robusto que proporciona una estimación de consenso. Se calcula dividiendo la diferencia entre el cuartil superior (Q3) e inferior (Q1) por la media (Q2). Mientras menor sea su valor, mayor es el nivel de consenso alcanzado por los expertos.

Los ítems que alcanzaron los niveles de consenso establecidos, es decir, una mediana de al menos 5, un RIR menor o igual a 0,10 y una DS igual o menor a 0,5, fueron considerados como opinión consensuada.

La segunda versión del Formulario se envió a los expertos por correo electrónico para la segunda ronda de calificación, conteniendo los ítems no consensuados y los ítems sugeridos por los expertos. Se pidieron nuevamente comentarios para todos los ítems. Una vez más, se calcularon la media, la mediana, la DS y el RIR y se determinaron nuevas

opiniones consensuadas. Se editaron los ítems no consensuados, siguiendo las sugerencias de los expertos.

Una tercera versión del Formulario se envió por correo electrónico para la tercera ronda de calificación. Se volvieron a realizar los cálculos estadísticos antes mencionados, determinándose nuevas opiniones consensuadas, y eliminando definitivamente los ítems que no alcanzaron consenso.

Después de la tercera ronda no se necesitaron rondas adicionales.

Desarrollo de la Guía de Lesiones Indicativas de MI. Utilizando igualmente método Delphi, y con el mismo Panel de Expertos, se confeccionó una guía de lesiones indicativas observadas en NNA víctimas de MI, para que sirva de pauta de apoyo a los profesionales al examinar a NNA lesionados.

Se solicitó al Panel calificar diferentes lesiones indicativas de MI, utilizando una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 5 era “totalmente indicativa” y 1 era “nada indicativa”. Además, se pidió a los expertos que hicieran comentarios en texto libre y que sugirieran nuevas lesiones que les parecieran indicativas, muy indicativas o totalmente indicativas, las que se agregaron al formulario durante las rondas 2 y 3.

Establecimiento de la validez aparente. Se estableció la validez aparente del Formulario convocando a un grupo de 15 profesionales, de distintas especialidades (cirujano dentistas, médicos, enfermeros y nutricionistas), que conforman habitualmente un equipo de salud integral, para que evaluaran comprensión, claridad y precisión del lenguaje utilizado en el formulario. La participación de otros profesionales distintos a odontólogos se decidió de manera de evaluar si el instrumento era comprensible para el resto de los profesionales que podrían tener acceso a la ficha clínica del NNA.

Se solicitó a los participantes calificar si cada ítem cumplía o no con el criterio (comprensión, claridad y precisión). Se utilizó escala Likert del 1 al 3, donde 3 correspondía a “el ítem cumple con el criterio” y 1 correspondía a “el ítem no cumple con el criterio”.

Para determinar el grado de acuerdo entre los observadores en cada uno de los ítems del formulario, se utilizó la Proporción de Acuerdos Observados

(P_a), que cuantifica el nivel de acuerdo entre múltiples observadores de manera intuitiva, ignorando posibles acuerdos por azar. P_a puede tener valores entre 0 (total desacuerdo) y 1 (máximo acuerdo) y se calcula con la siguiente fórmula:

$$P_a = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^3 \frac{R_{ik}(R_{ik} - 1)}{R(R - 1)}$$

Donde N corresponde al total de preguntas del formulario, R corresponde a la cantidad de observadores que han completado el formulario, y R_{ik} indica el número de observadores que evaluaron la pregunta i, con el criterio de evaluación k (escala Likert del 1 al 3).

RESULTADOS

Análisis Estadístico

Formulario para la detección de casos de MI. Durante las 3 rondas de consulta realizadas, el Panel calificó un total 11 ítems; 7 originalmente sugeridos por el equipo investigador, y 4 sugeridos por el Panel de expertos durante la primera ronda.

Luego de la primera ronda, 6 ítems alcanzaron los valores de consenso establecidos (una mediana de 5, un RIR menor o igual a 0,10 y una SD menor o igual a 0,50) y 1 ítem fue reformulado. Entre los 6 ítems que alcanzaron un consenso, se observó un puntaje promedio de 4,88; una mediana promedio de 5, y un RIR promedio de 0,03.

Durante la segunda ronda, se evaluaron los ítem sugeridos por el Panel, pero ninguno alcanzó consenso. Se recogieron los comentarios de los expertos y se realizaron modificaciones a los ítems de acuerdo a ellos.

Durante la tercera ronda, 1 ítem adicional alcanzó los valores de consenso, con un promedio de 4,71.

Con los ítems consensuados se confeccionó el Formulario final.

Guía de lesiones indicativas de MI. Durante las 3

rondas de consulta realizadas, el Panel calificó en total 16 ítems; 11 originalmente sugeridos por el equipo investigador, y 5 sugeridos por el Panel de expertos durante la primera ronda.

Al finalizar las 3 rondas, y considerando las medidas de dispersión calculadas (mediana, RIR y DS), y la media de las respuestas obtenidas, se determinó que 4 de ellas alcanzaron consenso para “completamente indicativas”, 3 para “muy indicativas”, 6 para “indicativas”, y 3 para “no indicativas”.

Con los ítems consensuados se confeccionó la Guía final.

Validez aparente. Respecto a los criterios de comprensión, claridad y precisión de cada ítem, el formulario obtuvo promedios de 2,97; 2,87 y 2,86 respectivamente. Las Proporciones de Acuerdos Observados obtuvieron valores de 0,96 para el criterio de comprensión, de 0,79 para la claridad, y de 0,82 para la precisión.

En conjunto, el formulario obtuvo una Proporción de Acuerdos Observados de 0,85, lo que demuestra un favorable acuerdo entre los observadores respecto a los criterios evaluados.

Herramienta de apoyo en la clínica odontológica para la detección de maltrato infantil. La versión final de nuestro instrumento incluye 2 documentos principales: el formulario de auto-aplicación y la guía de lesiones, acompañados por el Instructivo correspondiente (Ver anexo 1).

El “**Formulario para la Detección en la Clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil**”, busca ser una herramienta que oriente al clínico ante la sospecha de un caso de un NNA lesionado, guiándolo en la exploración de factores que apuntan hacia sospecha de abuso físico infantil. Consta de siete preguntas dicotómicas, que deben ser respondidas por el profesional, después de realizado el examen físico y la investigación de antecedentes. (Ver anexo 2).

La “**Guía de Lesiones Indicativas de Maltrato Infantil**” le permitirá al clínico evaluar la presencia de lesiones frecuentemente observadas en NNA lesionados producto de MI, y facilitar su registro en la ficha clínica, lo que es especialmente importante en los casos en que corresponda realizar la denuncia a las autoridades pertinentes. (Ver anexo 3).

Anexo 1. Instructivo

El “**Formulario para la Detección en la Clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil**”, desarrollado en la Facultad de Odontología de la Universidad de la Frontera, es un formulario de auto-aplicación, destinado a cirujanos dentistas. Consta de siete preguntas dicotómicas, que deben ser respondidas por el profesional, una vez realizado el examen físico y la investigación de antecedentes. Lea detenidamente el presente Instructivo antes de aplicar el formulario.

Ante todo niño, niña o adolescente (NNA) que presente lesiones en el territorio maxilofacial, ya sea como motivo de consulta o sean éstas hallazgos en el examen físico, el cirujano dentista debe determinar si estas lesiones son producto de un accidente o si, por el contrario, fueron causadas intencionalmente por el adulto a cargo, lo que implicaría maltrato infantil.

Factor 1. En el examen físico intra y extraoral, se debe revisar detenidamente si el NNA presenta más de una lesión, de distinto origen, que pueden estar poco visibles y no ser el motivo de consulta actual. Distinto origen quiere decir que no se produjeron por un mismo mecanismo; por ejemplo, en un traumatismo dento alveolar (TDA) podemos observar una fractura dental sumada a una herida en labio, y ambas pueden tener el mismo origen, pero si observamos TDA y además equimosis geniana, es probable que se trate de dos mecanismos distintos. Varias lesiones de distinto origen pueden apuntar a un episodio que involucre varios y diferentes agentes injuriantes (golpes, quemaduras, etc.).

Factor 2. Conjuntamente, en caso de haber más de una lesión, se debe observar si están en distintas etapas de curación o cicatrización, lo que indicaría que las lesiones ocurrieron en distintos momentos, apuntando a la posibilidad de varios episodios de violencia.

Factor 3. Además, se debe revisar si el NNA tiene historia de consultas por lesiones y/o antecedentes de maltrato infantil en su historia médica, o existe en la historia de sus hermanos, de ser posible.

Factor 4. De existir un retraso en solicitar atención médica u odontológica para el NNA lesionado, debe investigarse el motivo de dicho retraso, pues puede tratarse de un intento de ocultar un episodio de violencia.

Factor 5. En la anamnesis, se debe poner especial atención al relato de los hechos que causaron la(s) lesión(es). Este relato debe ser concordante con la edad y/o el grado de desarrollo psicomotor del NNA, en cuanto, por ejemplo, a la posibilidad de que un lactante menor que tiene aún escasa autonomía en sus movimientos, pueda presentar hematomas importantes, o a que un niño en situación de discapacidad motora pueda realizar ciertos actos.

Factor 6. Por otro lado, la manera en que se produce una lesión (la energía, los objetos involucrados, la forma de estos objetos) determina el tipo, tamaño y forma de la lesión, por lo que el relato sobre cómo ocurrieron la(s) lesión(es), debe concordar con las características de la(s) lesión(es) que presente el NNA.

Factor 7. Finalmente, y en caso de que el NNA pueda o quiera contar cómo se lesionó, debemos examinar si existen discrepancias entre el relato del NNA y el relato del acompañante.

Anexo 2. “Formulario para la Detección en la clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil”

INSTRUCCIONES

Responda las siguientes preguntas con “SÍ” o “NO” luego de realizar la anamnesis remota y próxima, y el examen físico extra e intraoral, además de revisar posibles antecedentes en la ficha del niño, niña o adolescente (NNA) o de sus hermanos.

Cuando un factor no pueda ser evaluado debe considerarse como “No aplica”.

Interpretación de los resultados: Dos respuestas “SI” constituyen motivo para activar el protocolo institucional de prevención y denuncia de maltrato infantil.

En caso de que el NNA presente una lesión considerada completamente indicativa de maltrato infantil (Ver “Guía de lesiones indicativas de maltrato infantil”), se recomienda igualmente la activación del protocolo institucional.

FORMULARIO

	FACTORES	SI	NO	No aplica
1	El NNA ¿presenta lesiones múltiples actuales, de distinto origen, observables en el examen clínico intra y extraoral?			
2	El NNA ¿presenta lesiones en distintas etapas de curación?			
3	El NNA ¿tiene historia anterior de consulta(s) por lesiones (sin importar el tiempo transcurrido), y/o antecedentes de maltrato en su ficha?			
4	¿Existe un retraso inexcusable en solicitar atención profesional para las lesiones que presenta el niño en el examen actual?			
5	El relato sobre el origen de las lesiones, ¿es INCOMPATIBLE con la edad y/o el grado de desarrollo psicomotor del NNA?			
6	El relato sobre el origen de las lesiones, ¿es INCOMPATIBLE con las características de las lesiones que presenta el NNA?			
7	¿Existen discrepancias entre el relato del NNA (en caso de que pueda o quiera hacerlo) y el relato del acompañante?			

Nota: En el formulario, se usa la abreviación “NNA” para referirnos a niños, niñas y adolescentes, de manera de facilitar la lectura.

Anexo 3. “Guía de Lesiones Indicativas de Maltrato Infantil”

Al momento de examinar a un niño, niña o adolescente (NNA) en la clínica odontológica, ya sea por traumatismo dentoalveolar, morbilidad o control rutinario, podemos encontrarnos con ciertas lesiones que son indicativas de maltrato infantil (MI), en distinto grado:

Lesiones completamente indicativas de maltrato infantil:

- Equimosis con forma de dedos y/o marcas de uñas o arañazos en región cervical.
- Quemaduras con forma de objeto (por ejemplo, cigarrillo, plancha) o equimosis con forma de objetos (por ejemplo, varillas, cinturón) en brazos, manos, cara.
- Huellas de mordedura realizadas por adultos. Esto se determina por el tamaño de la huella. La distancia intercanina en un adulto fluctúa entre los 25 y los 40 mm.
- En pre-púberes, gonorrea oral o perioral (diagnosticada con técnicas de cultivo apropiadas y test de confirmación). La sospecha puede levantarse ante dolor de garganta persistente, y glándulas y linfonodos cervicales inflamados. Para el diagnóstico definitivo debe apoyarse en el equipo médico.

Importante: Si se observa cualquiera de estas lesiones en un NNA, se recomienda levantar la sospecha de MI, activando el protocolo institucional o dando aviso a las autoridades competentes.

Lesiones **muy indicativas** de maltrato infantil:

- Equimosis con forma de dedos y/o marcas de uñas o arañazos en muñecas y antebrazo.
- Alopecia traumática.
- En menores de 18 meses, fractura de cráneo, o de miembros superiores o inferiores.

Si se observa cualquiera de estas lesiones, se recomienda examinar exhaustivamente al NNA, preguntar por el origen de las lesiones y realizar el registro detallado en la ficha clínica. Aplicar el “Formulario para la Detección en la clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil”.

Otras lesiones que pueden ser indicativas de maltrato infantil, pero en menor grado son:

- Hematomas, equimosis y/o Petequias en zona de las mejillas.
- Hematomas y/o equimosis periorbitarias.
- Equimosis en el pabellón auricular.
- En menores de 18 meses, hematomas faciales.
- En lactante menor, laceración de frenillo labial.
- En pre-púberes, lesiones papilomatosas o verrugosas orales y/o periorales.

Si se observa cualquiera de estas lesiones, se recomienda examinar exhaustivamente al NNA y aplicar el “Formulario para la Detección en la clínica Odontológica de Casos Sospechosos de Maltrato Infantil”.

DISCUSIÓN

En este manuscrito se describe la validación, por método Delphi, de un instrumento que apoya al odontólogo en la pesquisa de casos de NNA víctimas de MI. Según el conocimiento del equipo de investigación, no existe disponible otro formulario de este tipo para ser aplicado en la clínica odontológica.

Se utilizó método Delphi modificado con un panel de 7 expertos nacionales para desarrollar el Formulario y la Guía presentadas. La limitación principal de este tipo de estudios incluye la posibilidad de sesgo de los expertos. Es por esto que se seleccionaron profesionales que representaban 3 diferentes disciplinas afines al problema de investigación, con experiencia en el ámbito clínico y académico, provenientes de 3 diferentes ciudades importantes del país, y de 7 instituciones

distintas, para minimizar el sesgo institucional, además del de especialidad. Las 3 rondas de consulta realizadas permitieron conseguir alto consenso en cada uno de los ítems que conforman el Formulario y la Guía, incorporando nuevos elementos y modificándolos para mayor claridad, según indicación de los expertos, respetando los procedimientos establecidos y ya descritos.

Para seguir avanzando en la implementación práctica de este instrumento, debe estudiarse la percepción de los odontólogos de la utilidad del instrumento en entornos clínicos y de simulación. El equipo de investigación ya ha iniciado este trabajo, con la finalidad de evaluar la utilidad de la herramienta en el quehacer clínico habitual.

El uso de esta herramienta en la clínica odontológica busca propiciar un aumento de la pesquisa y del diagnóstico precoz del maltrato infantil, lo que

permitiría iniciar más tempranamente una intervención médica y psicosocial del NNA y su entorno familiar, para detener el maltrato y asegurarle al menor un desarrollo armónico y un bienestar integral.

AGRADECIMIENTOS. A los miembros del Panel de Expertos por su invaluable y generoso aporte al desarrollo de esta herramienta. A los médicos, enfermeros, nutricionista y odontólogos del Panel Profesional por su colaboración desinteresada. A la Mg. Física Francisca Soto Bravo por su colaboración en el análisis estadístico de los datos.

BRAVO, R. L. & DÍAZ, M. J. Child abuse screening tool for the Dental Clinic. *Int. J. Odontostomat.*, 16(3):396-402, 2022.

ABSTRACT: Child abuse is a serious violation of children's human rights, that affects their physical, mental and emotional health, and can, furthermore, have serious consequences in their adult life. Dentists have the responsibility to detect possible cases of child abuse and take actions to put a stop to it at an early stage. However, often the decision to report a case is made difficult due to a lack of tools to express an objective suspicion. Applying the Delphi method with the support of prominent national experts, a short self-application questionnaire was developed to be applied by odontologists in the dental clinic, defining seven key points that should be examined when handling the case of an injured child. The questionnaire guides dentists in recognizing the signs of abuse and deciding when a case has enough elements suggesting possible child abuse that it is advisable to report it, as required by law. Applying this questionnaire will improve the detections of cases, which is the first step to ensure the wellbeing of abused children.

KEY WORDS: child abuse, dental clinic, child welfare, mass screening.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbot, P. Traumatic dental injuries are now the 5th most prevalent disease/injury in the world - but they are being neglected. *Dent. Traumatol.*, 34(6):383, 2018.

Berg, D.; Berg, K.; Riesenber, L.A.; Weber, D.; King, D.; Mealey, K.; Justice, E. M.; Geffe, K. & Tinkoff, G. The development of a validated checklist for thoracentesis: Preliminary results. *Am. J. Med. Qual.*, 28(3):220-6, 2013.

Bsoul, S.; Flint, D.; Dove, S.; Senn, D. & Alder, M. Reporting of child abuse: a follow-up survey of Texas dentists. *Pediatr. Dent.*, 25(6):541-5, 2003.

Cukovic, I.; Welbury, R.; Flander, G.; Hatibovic, S. & Nuzzolese, E. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *J. Forensic Odontostomatol.*, 31(1):15-21, 2013.

Devries, K.; Merrill, K.G.; Knight, L.; Bott, S.; Guedes, A.; Butron-Riveros, B.; Hege, C.; Petzold, M.; Peterman, A.; Cappa, C.; *et al.* Violence against children in Latin America and the Caribbean: What do available data reveal about prevalence and perpetrators? *Rev. Panam. Salud Publica*, 43:e66, 2019.

Eubank, B. H.; Mohtadi, N. G.; Lafave, M. R.; Wiley, J. P.; Bois, A. J. & Boorman, R. S. Using the modified Delphi method to establish clinical consensus for the diagnosis and treatment of patients with rotator cuff pathology. *BMC Med. Res. Methodol.*, 16:56, 2016.

Fierro, C.; Salazar, E.; Ruiz, L.; Luengo, L. & Pérez, A. Attitude towards child abuse according to the knowledge of dentists in Concepción, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 6(1):105-10, 2012.

Graham, B.; Regehr, G. & Wright, J. G. Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *J. Clin. Epidemiol.*, 56(12):1150-6, 2003.

Hovens, J. G.; Giltay, E. J.; Wiersma, J. E.; Spinhoven, P.; Penninx, B. W. & Zitman, F. G. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*, 126(3):198-207, 2012.

Hsu, C. C. & Sandford, B. A. The Delphi technique: Making sense of consensus. *Pract. Assess. Res. Eval.*, 12:1-8, 2007.

Kassebaum, D. K.; Dove, S. B. & Cottone, J. A. Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen. Dent.*, 39(3):159-62, 1991.

Keeney, S.; Hasson, F. & McKenna, H. P. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, 38(2):195-200, 2001.

Kellogg, N. D. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119(6):1232-41, 2007.

Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. *World Report on Violence and Health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Ley 20066, *Establece Ley de Violencia Intrafamiliar*, Santiago de Chile, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2005. Disponible en: <http://bcn.cl/2f8ai>

Ley 21013, *Tipifica un Nuevo Delito de Maltrato y Aumenta la Protección de Personas en Situación Especial*, Santiago de Chile, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017. Disponible en: <http://bcn.cl/2kgro>

Ministerio de Salud. *Guía Clínica: Detección y Primera Respuesta a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato por Parte de Familiares o Cuidadores*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013.

Moya-Albiol, L. & Mesa-Gresa, P. Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia. *Rev. Neurol.*, 52(8):489-503, 2011.

ONU - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *4º Estudio de Maltrato Infantil in Chile*. Santiago de Chile, UNICEF, 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/1306/file/4to_estudio_de_maltrato_infantil_en_chile.pdf

ONU - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>

Petti, S.; Andreasen, J. O.; Glendor, U. & Andersson, L. The fifth most prevalent disease is being neglected by public health organisations. *Lancet Global Health*, 6(10):e1070-1, 2018.

Reguant-Álvarez, M. & Torrado-Fonseca, M. El método Delphi. *REIRE Rev. Innov. Rec. Educ.*, 9(1):87-102, 2016.

St. Pierre, A.; Khattra, P.; Johnson, M.; Cender, L.; Manzano, S. & Holsti, L. Content validation of the infant malnutrition and feeding checklist for congenital heart disease: a tool to identify risk of malnutrition and feeding difficulties in infants with congenital heart disease. *J. Pediatr. Nurs.*, 25(5):367-74, 2010.

Dirección para correspondencia:

Lidia Bravo Rodríguez
Laboratorio de Pericias en Odontología Forense (LPO)
Facultad de Odontología
Universidad de La Frontera
Temuco - CHILE

E-mail: lidia.bravo@ufrontera.cl