

**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

**Maltrato infantil: conocimiento, actitud y causas más frecuentes
de la ausencia de notificación de los odontólogos**

Trabajo Fin de Máster



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Autor: Antonio José Espinar Megías

Tutores: Fátima Sánchez Aguilera

Alberto González García

2020/2021

Agradecimientos

Quisiera agradecer a mis tutores el esfuerzo realizado en este trabajo. También al profesor Alberto Rodríguez Archilla, por su asistencia en el análisis estadístico. Sin ellos no habría sido lo mismo.

TFM Espinar (UGR)

“Sería maltrato infantil, toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, tutor o cualquier persona que lo tenga a su cargo.”

Convención de los Derechos del Niño de la O.N.U. (1989)

*“Lo que se les dé a los niños,
los niños darán a la sociedad.”*

Karl Menninger (1970)

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	1
1. Introducción.....	2
2. Justificación y Objetivos.....	3
3. Materiales y Métodos	4
3.1. Estrategia de búsqueda.....	4
3.2. Evaluación de la calidad metodológica.....	4
3.3. Análisis estadístico.....	5
4. Resultados.....	6
4.1. Selección de estudios	6
4.2. Características de los estudios	6
4.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios	8
4.4. Reconocimiento del maltrato infantil.....	8
4.5. Remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades	9
4.6. Causas de no comunicación de los casos de maltrato infantil	10
4.6.1. Miedo al litigio.....	10
4.6.2. Miedo a la reacción de los familiares	10
4.6.3. Falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación.....	11
4.6.4. Incertidumbre sobre el diagnóstico.....	11
4.6.5. Posibles efectos en la familia del niño	12
4.6.6. Sin obligación legal o autoridad para informar.....	12
4.6.7. Posibles efectos en la práctica del dentista	13
4.6.8. Ninguna razón aportada	13
5. Discusión	14
5.1. Valoración del conocimiento que tienen los odontólogos sobre el maltrato infantil y el reconocimiento de las lesiones derivadas del mismo	14
5.2. Actitud del odontólogo ante la comunicación a las autoridades competentes	16
5.3. Causas de no comunicación a las autoridades competentes.....	17
5.4. Principales limitaciones del estudio.....	18
6. Conclusiones.....	19
7. Bibliografía.....	20

Maltrato infantil: conocimiento, actitud y causas más frecuentes de la ausencia de notificación de los odontólogos

RESUMEN

Antecedentes: El maltrato infantil (MI) es un fenómeno social de nivel mundial que persiste, a pesar del intento de los diferentes gobiernos para su erradicación mediante leyes. La posición privilegiada del odontólogo para su detección y diagnóstico es fundamental, ya que un elevado número de lesiones físicas se producen en la cabeza, cuello y boca, además de tener acceso para explorar al menor y entrevistarse con sus padres o tutores y observar el comportamiento de todos los actores. **Objetivos:** analizar (1) los conocimientos, (2) la actitud de los dentistas ante el maltrato infantil, y (3) valorar los factores de no comunicación a las autoridades competentes de las lesiones, a partir de la literatura. **Material y métodos:** Se realizó una búsqueda de estudios en las bases de datos PubMed (MEDLINE, Cochrane Library), Web of Science (WoS) y Google Académico (Google Scholar). Se seleccionaron estudios de los últimos 10 años con resultados sobre el conocimiento y/o la actitud del odontólogo sobre MI y/o acerca de las causas de no denunciarlo. En el análisis de datos se empleó la estimación de porcentajes con intervalos de confianza del 95% (IC95%). **Resultados:** 10 estudios sobre los conocimientos, la actitud de los dentistas ante MI, y con factores de no comunicación de las lesiones fueron incluidos en esta revisión. Solo un 54% de los participantes en los estudios reconocen las lesiones derivadas de los casos de MI, y el porcentaje de remisión de información sobre MI a las autoridades se situó en el 69%. **Conclusiones:** El porcentaje de reconocimiento de MI queda lejos de ser satisfactorio, por lo que se debería proporcionar al odontólogo más formación durante el grado y posgrado sobre el maltrato infantil, para ser capaz de realizar un diagnóstico de sospecha y ofrecer soluciones reales a las víctimas de maltrato infantil.

ABSTRACT

Background: Child abuse (CI) is a worldwide social phenomenon that persists, despite attempts by different governments to eradicate it through laws. The privileged position of the dentist for its detection and diagnosis is essential, since a high number of physical injuries occur in the head, neck and mouth, in addition to having access to explore the minor and interview their parents or guardians, observe the behavior of all the actors. **Objectives:** to analyze (1) the knowledge and (2) the attitude of dentists towards CI, and (3) assess the factors of non-repetition of injuries, based on the literature. **Material and methods:** A search for studies was carried out in the PubMed (MEDLINE, Cochrane Library), Web of Science (WoS) and Google Scholar (Google Scholar) databases. Studies from the last 10 years were selected with results on the knowledge and/or attitude of the dentist on child abuse and/or on the causes of not reporting it. In the data analysis, the estimation of percentages was used, with 95% confidence intervals (95%). **Results:** 10 studies on knowledge, dentists' attitude towards child abuse, and factors of non-repetition of injuries were included in this review. Only 54% of participants studies recognize injuries resulting from IM cases, and the rate of referral of information on CI to the authorities stood at 69%. The estimated percentage of referral of information on child abuse to the authorities was 69% (95% CI: 61 to 77%). **Conclusions:** The percentage of CI identification is far from satisfactory, so the dentist should be provided with more undergraduate and postgraduate training on child abuse, to be able to make a suspected diagnosis and offer real solutions to victims of child abuse.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es definido como *“toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, o malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, tutor o cualquier persona que lo tenga a su cargo”* [1]. Se trata de un problema a nivel mundial, ya que *“se calcula que hasta 100 millones de niños de entre 2 y 17 años en todo el mundo fueron víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año”* [2]. Se puede apreciar la magnitud del problema cuando se informa que *“en América Latina 6 millones de niñas y niños son agredidos severamente por sus padres o familiares y 85 mil mueren cada año como consecuencia de estos castigos”* [3]. Estos datos, por su parte, no manifiestan las posibles secuelas que quedarán a los sujetos en sus posteriores etapas de la vida. Además, se debe tener en cuenta la normativa de la Convención Sobre los Derechos del Niño [4], aprobada como Tratado Internacional de Derechos Humanos el 20 de noviembre de 1989 [5], a la que España se adhirió, y que es de obligado cumplimiento también para todos los profesionales sanitarios, incluidos dentistas.

Dicta la Ley de Enjuiciamiento Criminal [6], en su art. 261, la obligación de denunciar delitos por obligación del cargo de determinadas profesiones como la de odontólogo, bajo amenaza de ser sancionados en caso de no cumplir con su obligación, siendo también ineludible por lo dispuesto en el art. 264 de la misma ley. Por consiguiente, y dado que *“entre el 50-65% de las lesiones por maltrato infantil (MI) se producen en cabeza, cara, boca y cuello”* [7], el odontólogo está obligado a poner en conocimiento de las autoridades competentes dichas lesiones. Recientemente, en nuestro entorno *“se diagnosticaron un total de 16.777 nuevos casos de maltrato infantil”* [8]. También se reporta que hasta un *“65% de las lesiones que se producen en los niños son como consecuencia del maltrato y abuso físico”* [9]. Las lesiones más frecuentes en la anatomía propia de nuestra área de conocimiento que un odontólogo/estomatólogo puede llegar a diagnosticar en casos de maltrato infantil son *“signos de trauma oral, caries, gingivitis, contusiones, quemaduras o laceraciones en lengua, labios, mucosa bucal, paladar blando y duro, encía, mucosa alveolar o frenillo, dientes fracturados, desplazados o avulsionados o fracturas de huesos y mandibulares faciales”* [10]. Además, *“el 65% presenta signos en las áreas de la cara y la cabeza”* [11].

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de los datos descritos previamente y de la obligatoriedad en la comunicación a las autoridades de la sospecha del diagnóstico de casos de maltrato infantil, en nuestro entorno, poco se conoce acerca de cuántos profesionales del área son capaces de diagnosticar lesiones sufridas por esa causa en niños, cuántos de estos profesionales lo comunican o incluso lo evitan, y, en definitiva, cómo debe ser protocolizado o qué se debe realizar ante la sospecha de un maltrato infantil diagnosticado en nuestra consulta dental.

Por todo lo descrito, y a través de una revisión bibliográfica de la literatura, los objetivos planteados en el estudio han sido:

1. Valorar el conocimiento general que tienen los odontólogos sobre el maltrato infantil.
2. Conocer cuál es la actitud ante la obligación de comunicarlo a las autoridades.
3. Saber cuáles son las causas de no comunicar las lesiones de maltrato infantil a las autoridades competentes.

La **pregunta de interés** correspondiente será ¿Cuál es el grado de conocimiento y la actitud de los profesionales de la Odontología ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, así como las causas de no comunicar a las autoridades competentes los casos de maltrato infantil?

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda de estudios sobre el *abuso infantil* y, se exploró concretamente conocimiento, actitud y causas de no comunicación de MI en Odontología en las siguientes bases de datos: PubMed (MEDLINE, Cochrane Library), Web of Science (WoS) y Google Académico (Google Scholar). Se desarrollaron estrategias de búsqueda para cada base de datos con una combinación de términos del Medical Subjects Headings (MeSH) y de texto libre. Los términos de búsqueda fueron los siguientes: "child abuse"[MeSH Terms] AND "dentistry"[MeSH Terms] AND ("knowledge"[MeSH Terms] OR "attitude"[MeSH Terms]); "child abuse" AND ("dental" OR "dentist*") AND ("knowledge" OR "attitud*"); allintitle: "child abuse" ("dental" OR "dentist") ("knowledge" OR "attitude").

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Artículos publicados en los últimos 10 años.
- b) Artículos donde se informó del conocimiento del odontólogo sobre MI.
- c) Artículos donde se informó sobre la actitud del odontólogo sobre MI.
- d) Artículos donde se informó sobre las causas de no denunciar el MI por el odontólogo una vez diagnosticado un caso de sospecha.

Los criterios de exclusión fueron:

- a) Artículos redactados en idiomas diferentes al español o inglés.
- b) La no disponibilidad del texto completo de los artículos.
- c) Artículos sin datos utilizables.

Dos evaluadores (A.E.M. y F.S.A.) revisaron los títulos y resúmenes de forma independiente y consensuaron los artículos a incluir en este estudio de acuerdo a estos criterios.

3.2. Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos en este trabajo se analizó con la escala de Newcastle-Ottawa (NOS) para estudios transversales compuesta por 7 ítems para una puntuación máxima de 9 estrellas [12]. Esta escala evalúa tres dimensiones: selección de grupos de estudio, comparabilidad entre grupos y determinación de la exposición. En función de la puntuación obtenida, los estudios se clasifican como de alta calidad (≥ 7 puntos); moderada calidad (4-6 puntos) y baja calidad (1-3 puntos).

3.3. Análisis estadístico

Los datos fueron procesados con el programa estadístico RevMan 5.4 (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para la estimación de porcentajes, se utilizó el método genérico del inverso de la varianza con proporciones, error estándar de la proporción e intervalos de confianza del 95% (IC95%). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I^2). En casos de heterogeneidad elevada ($I^2 > 50\%$) se aplicó el modelo de efectos aleatorios (*random-effects*). Se utilizaron tablas y gráficos *forest plot* para la presentación de resultados. Los porcentajes se calcularon multiplicando los valores de la proporción por 100. Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0.05$.

4. RESULTADOS

4.1. Selección de estudios

En la búsqueda inicial se encontraron 78 artículos (33 en PubMed, 38 en WoS y 7 en Google Scholar) entre los años 2010 y 2021, 25 de ellos duplicados, quedando 53 artículos para evaluar. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron 10 estudios [13-22] en esta revisión (Figura 1).

Los criterios de exclusión fueron:

- a) artículos redactados en idiomas diferentes al español o inglés (n=9),
- b) la no disponibilidad del texto completo de los artículos (n=24) y,
- c) estudios sin datos utilizables (n=20).

Tras la aplicación de estos criterios, se extrajeron datos de 10 estudios (Figura 1).

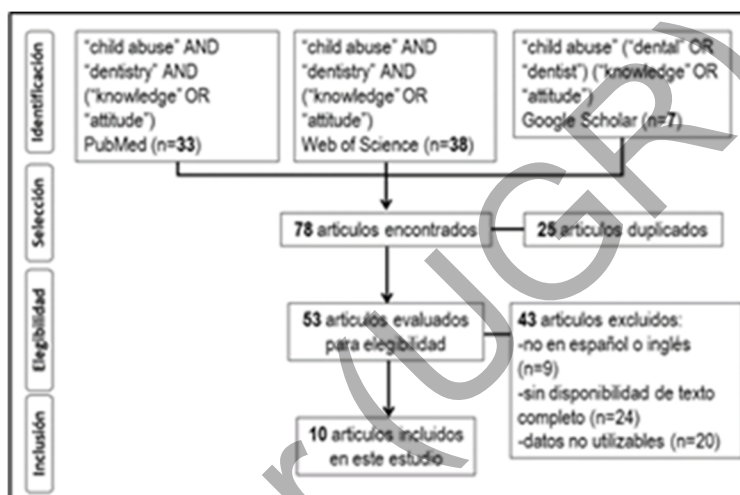


Figura 1. Diagrama de flujo con la selección de estudios.

4.2. Características de los estudios

Las principales características de los diez estudios [13-22], analizados en este trabajo se exponen en la Tabla 1. Los estudios se desarrollaron en 8 países diferentes; dos estudios en Turquía (20%), otros dos en Brasil (20%) y un estudio elaborado en los siguientes países: Reino Unido (10%), Chile (10%), Emiratos Árabes Unidos (10%), India (10%), Pakistán (10%) y Malasia (10%). Todos estos estudios englobaron un total de 3065 sujetos, 1910 de ellos eran mujeres (62.3%) y 1155 varones (37.7%).

Tabla 1. Características descriptivas de los 10 estudios analizados.

Estudio	Año	País	Población de estudio	Parámetros estudiados
Fierro Monti ¹⁷	2012	Chile	45 dentistas: 34M (66.0%); 18V (34.0%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades.
Hussein ¹⁹	2016	Malasia	108 dentistas: 97M (89.8%); 11V (10.2%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Sin obligación legal; Ninguna razón.
Kaur ²⁰	2017	India	100 dentistas: 44M (44.0%); 56V (56.0%)	Remisión de información a autoridades; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Efectos práctica profesional.
Al Hajeri ¹³	2018	EAU	381 dentistas: 214M (56.2%); 167V (43.8%)	Miedo al litigio; Miedo familiares; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Efectos en familia; Efectos práctica profesional.
Hazar ¹⁸	2018	Turquía	93 est-odo3º: 49M (52.7%); 44V (47.3%) 113 est-odo4º: 61M (54.0%); 52V (46.0%) 42 est-odo5º: 27M (64.3%); 15V (35.7%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades; Miedo al litigio; Miedo familiares; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Efectos en familia; Sin obligación legal; Efectos práctica profesional; Ninguna razón.
Clarke ¹⁴	2019	RU	108 dentistas: 97M (89.8%); 11V (10.2%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Miedo al litigio; Miedo familiares; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Efectos en familia; Sin obligación legal; Efectos práctica profesional; Ninguna razón.
Silva-Oliveira ²²	2019	Brasil	715 dentistas: 542M (75.8%); 173V (24.2%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades.
Dorigoni ¹⁵	2020	Brasil	117 est-odo: 88M (75.2%); 29V (24.8%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades.
Duman ¹⁶	2021	Turquía	660 est-odo5º: 428M (64.8%); 232V (35.2%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades.
Khan ²¹	2021	Pakistán	575 dentistas: 228M (39.7%); 347V (60.3%)	Reconocimiento del maltrato infantil; Remisión de información a autoridades; Miedo familiares; Falta de conocimiento; Incertidumbre por diagnóstico; Efectos en familia; Efectos práctica profesional.

EAU: Emiratos Árabes Unidos; **RU:** Reino Unido; **M:** mujeres; **V:** varones; **est-odo3º:** estudiantes de odontología de tercer año; **est-odo4º:** estudiantes de odontología de cuarto año; **est-odo5º:** estudiantes de odontología de quinto año.

4.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios

La Tabla 2 muestra el análisis de la calidad metodológica de los estudios de acuerdo a la escala de NewCastle-Ottawa (NOS) [12]. Ocho estudios [13-14,16,18-22] presentaban calidad alta al obtener una puntuación igual o superior a 7 puntos y, los dos estudios restantes [15,17], fueron catalogados como de calidad moderada, al alcanzar puntuaciones entre 4 y 6 puntos.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios según la escala NewCastle-Ottawa (NOS).

Estudio, año	Representatividad muestra	Tamaño muestra	Pérdidas	Comprobación de la exposición*	Comparabilidad entre grupos	Evaluación del resultado*	Pruebas estadísticas	TOTAL
Al-Hajeri, 2018	●	●	●	●	●	●	●	7 (alta)
Clarke, 2019	●	●	●	●	●	●●	●	8 (alta)
Dorigoni, 2020	●	●		●	●	●	●	6 (moderada)
Duman, 2021	●	●	●	●	●	●●	●	8 (alta)
Fierro, 2012	●		●	●	●	●	●	6 (moderada)
Hazar, 2018	●	●	●	●	●	●●	●	8 (alta)
Hussein, 2016	●	●	●	●●	●	●	●	8 (alta)
Kaur, 2017	●	●	●	●	●	●●	●	8 (alta)
Khan, 2021	●	●		●	●	●●	●	7 (alta)
Silva-Oliveira, 2018	●	●	●	●	●	●●	●	8 (alta)

*hasta 2 puntos

4.4. Reconocimiento del maltrato infantil

Ocho estudios [14-21], evaluaron el reconocimiento del maltrato infantil tanto en dentistas como en estudiantes de Odontología (Figura 2). El porcentaje estimado de reconocimiento del maltrato infantil fue del 54% (IC95%: 32 a 77%). La variabilidad por estudios osciló entre el porcentaje máximo del 93% (IC95%: 89 a 97%) [15] y el mínimo del 17% (IC95%: 13 a 21%) [21].

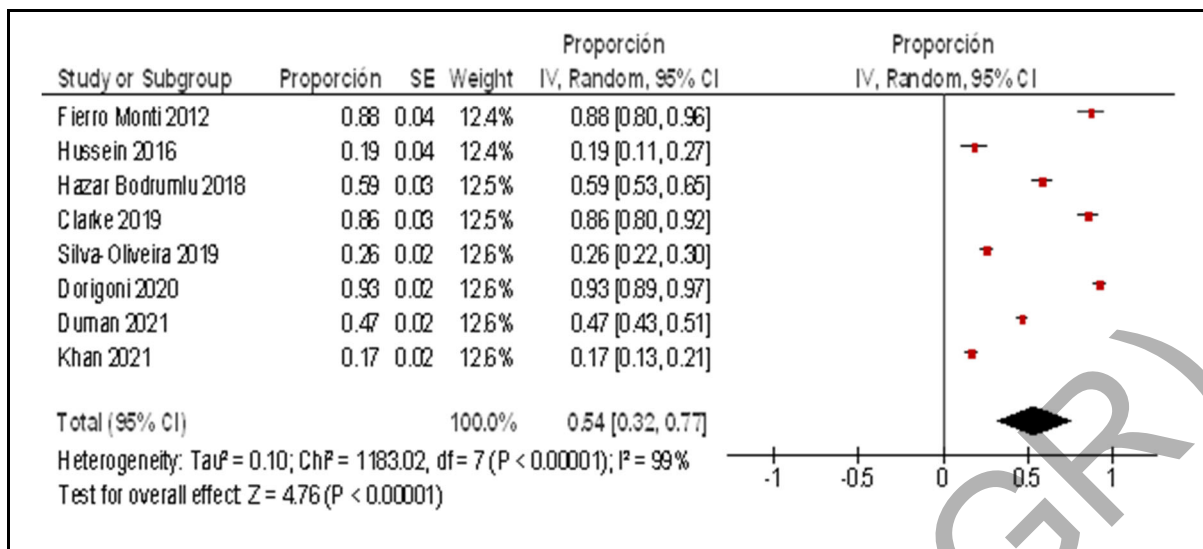


Figura 2. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de reconocimiento del maltrato infantil en odontología.

4.5. Remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades

De los diez estudios, ocho de ellos [15-22], contabilizando diez grupos, analizaron la remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades (Figura 3). El porcentaje estimado de remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades se situó en el 69% (IC95%: 61 a 77%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 89% (IC95%: 87 a 91%) [21] y el mínimo del 24% (IC95%: 16 a 32%) [19].

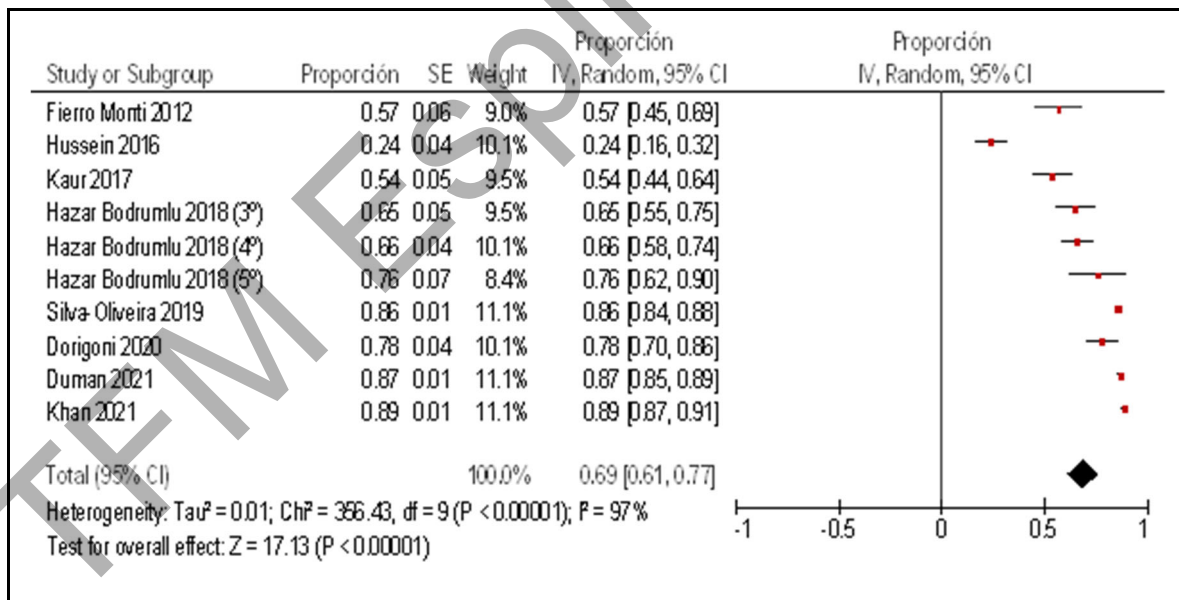


Figura 3. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades.

4.6. Causas de no comunicación de los casos de maltrato infantil

4.6.1. Miedo al litigio

Tres estudios [13,14,18], con cinco grupos, detallaron el miedo al litigio en procesos de maltrato infantil (Figura 4). El porcentaje estimado de miedo al litigio de los participantes en procesos sobre el maltrato infantil se situó en el 37% (IC95%: 33 a 40%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 43% (IC95%: 27 a 59%) [18] y el mínimo del 22% (IC95%: 8 a 36%) [14].

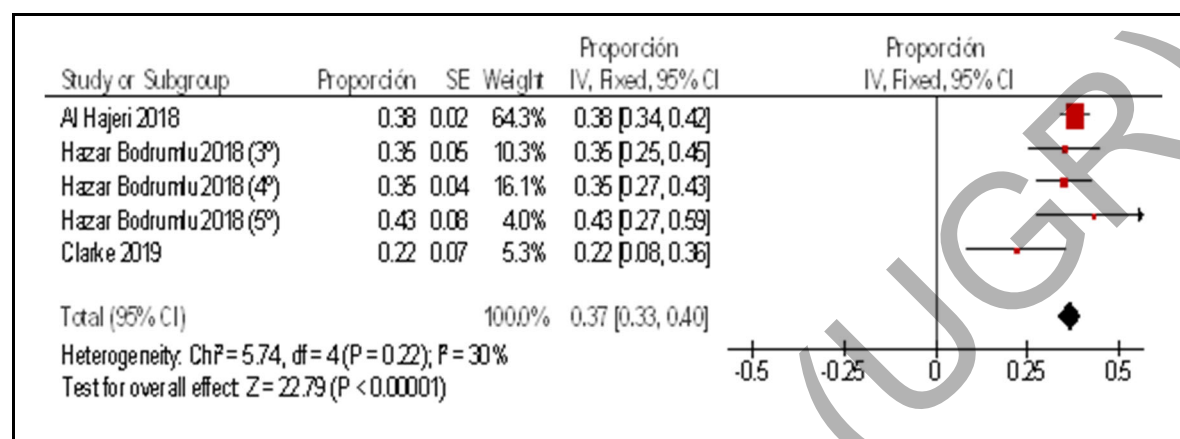


Figura 4. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por miedo al litigio.

4.6.2. Miedo a la reacción de los familiares

Cuatro estudios [13,14,18,21], con seis grupos, detallaron como causa de no notificación el miedo a la reacción de los familiares en el maltrato infantil (Figura 5). El porcentaje estimado de miedo a la reacción de los familiares en casos de maltrato infantil se situó en el 53% (IC95%: 36 a 69%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 68% (IC95%: 60 a 76%) [18] y el mínimo del 28% (IC95%: 24 a 32%) [13].

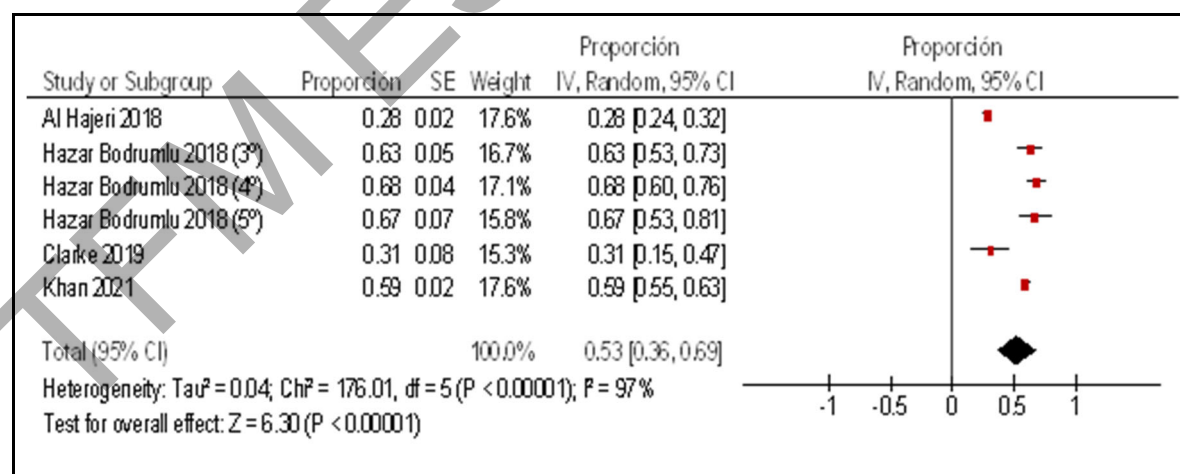


Figura 5. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por miedo a la reacción de los familiares.

4.6.3. Falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación

Seis estudios [13,14,18,19,20,21], con ocho grupos, detallaron la falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación en casos de maltrato infantil a las autoridades (Figura 6) como causa de la no información a las autoridades del caso. El porcentaje estimado de falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación en casos de maltrato infantil, se situó en el 48% (IC95%: 34 a 62%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 69% (IC95%: 55 a 83%) [18] y el mínimo del 14% (IC95%: 8 a 20% [19]).

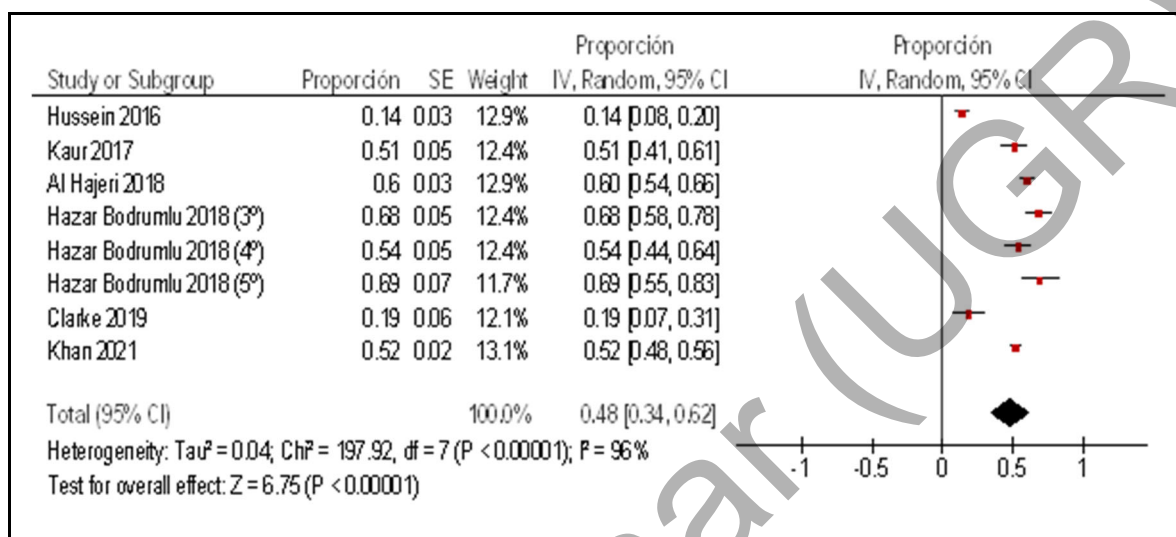


Figura 6. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación.

4.6.4. Incertidumbre sobre el diagnóstico

Seis estudios [13,14,18,19,20,21], con ocho grupos, reportaron como causa para la no comunicación del maltrato la incertidumbre sobre el diagnóstico en el maltrato infantil (Figura 7). El porcentaje estimado de remisión de información sobre el maltrato infantil a las autoridades se situó en el 45% (IC95%: 36 a 54%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 63% (IC95%: 53 a 73%) [18] y el mínimo del 30% (IC95%: 22 a 38%) [19].

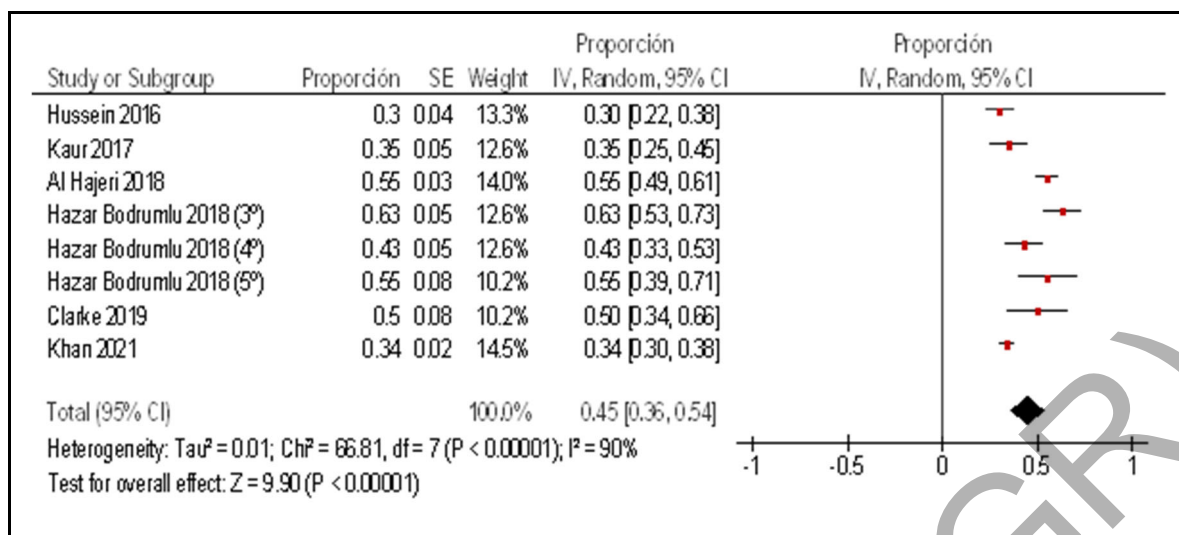


Figura 7. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por incertidumbre sobre el diagnóstico.

4.6.5. Posibles efectos en la familia del niño

Cuatro estudios [13,14,18,21], con seis grupos mostraron los posibles efectos en la familia del niño en el maltrato infantil (Figura 8) como razón para no comunicar el caso. El porcentaje estimado de posibles efectos en la familia del niño en el maltrato infantil, se situó en el 39% (IC95%: 23 a 55%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 78% (IC95%: 64 a 92%) [14] y el mínimo del 13% (IC95%: 7 a 19%) [18].

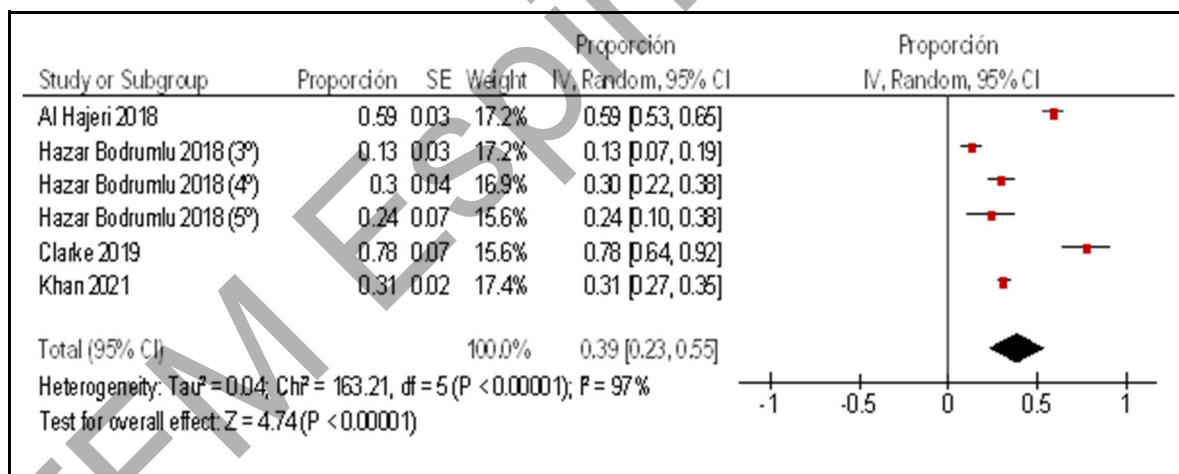


Figura 8. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por los posibles efectos en la familia del niño.

4.6.6. Sin obligación legal o autoridad para informar

Tres estudios [14,18,19], con cinco grupos, notificaron que no tenían la obligación legal de informar a las autoridades o no se sentían con la autoridad para informar de los casos de maltrato infantil (Figura 9) como razón de su no comunicación. El porcentaje estimado del sentido de obligación de informar sobre los casos a las autoridades y la imagen de autoridad para informar se situó en el 23% (IC95%: 7 a 39%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 35% (IC95%: 25 a 45%) [18] y el mínimo del 3% (IC95%: 1 a 7%) [19].

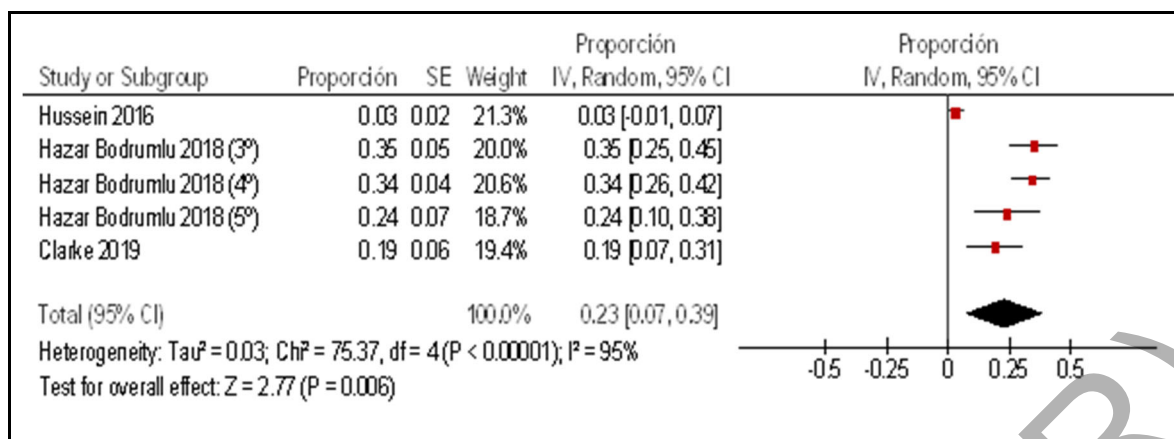


Figura 9. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por no tener obligación legal o autoridad para informar.

4.6.7. Posibles efectos en la práctica del dentista

Cinco estudios [13,14,18,20,21], con siete grupos, detallaron los posibles efectos en la práctica del dentista como causa para la no notificación del maltrato infantil a las autoridades (Figura 10). El porcentaje estimado de los posibles efectos en la práctica del dentista se situó en el 26% (IC95%: 24 a 28%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 32% (IC95%: 28 a 36%) [21] y el mínimo del 14% (IC95%: 8 a 20%) [20].

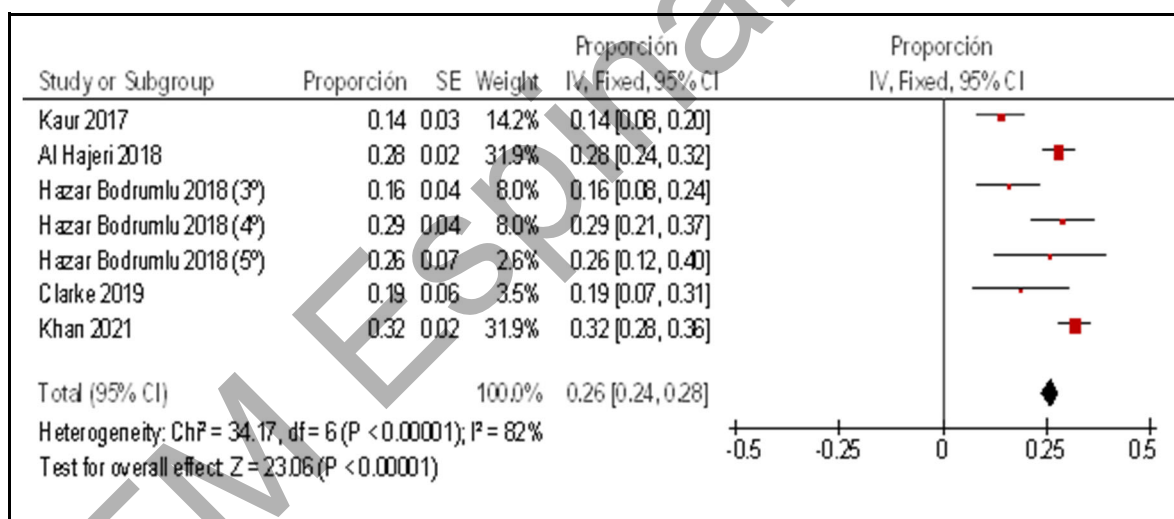


Figura 10. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por los posibles efectos en la práctica del dentista.

4.6.8. Ninguna razón aportada

Tres estudios [14,18,19], con cinco grupos en total, no definieron ninguna razón acerca de la no remisión de información sobre el maltrato observado (Figura 11). El porcentaje estimado de ninguna razón aportada se situó en el 9% (IC95%: 6 a 12%). La variabilidad por estudios fluctuó entre el porcentaje máximo del 21% (IC95%: 9 a 33%) [18] y el mínimo del 5% (IC95%: 1 a 9%) [18].

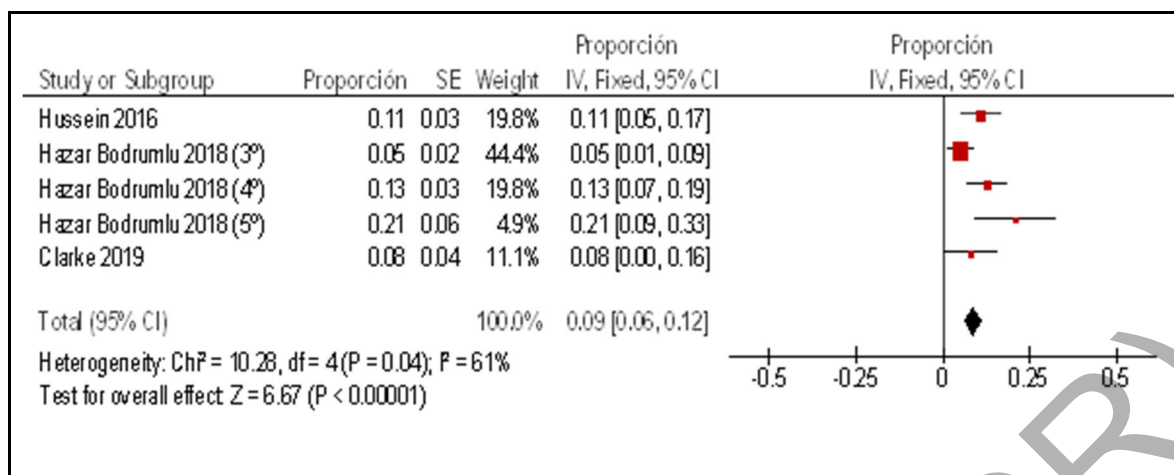


Figura 11. Datos de estudios y gráfico *forest plot* para el porcentaje estimado de falta de comunicación de casos por ninguna razón aportada.

5. DISCUSIÓN

El maltrato infantil es un fenómeno que se produce a nivel internacional y que se puede clasificar en diferentes categorías: físico, psicológico, emocional, abusos sexuales [17] y la negligencia [15], por lo cual, debe ser considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. El objetivo de este estudio fue conocer el estado actual del conocimiento que el profesional de la Odontología tiene respecto al maltrato infantil, valorar la actitud del odontólogo ante la comunicación a las autoridades competentes de situaciones sospechosas de MI, así como las causas de no comunicar a dichas autoridades este tipo de casos.

En la presente revisión sobre el conocimiento que tienen los odontólogos acerca del MI, la actitud ante la obligación de comunicarlo y las causas de no hacerlo, se han incluido 10 estudios. La metodología empleada en los trabajos evaluados es muy adecuada en respuesta a nuestra pregunta de interés, ya que casi todos presentan una calidad calificada de alta y tan solo dos, moderada.

5.1. Valoración del conocimiento que tienen los odontólogos sobre el maltrato infantil y el reconocimiento de las lesiones derivadas del mismo.

En este trabajo, el 54% de los encuestados (dentistas profesionales y estudiantes de Odontología) decían reconocer el MI. El conocimiento que el odontólogo tenga sobre los síntomas y signos que puedan derivarse del MI para hacer un diagnóstico de sospecha, va a ser un factor muy importante de protección del menor abusado. Este profesional “está en una posición clave para detectarlo” [23], y dado que “más del 50% de los signos clínicos de MI se presentan en boca, cara y cuello” [24], se le debe de proporcionar una formación integral sobre el maltrato infantil. Así mismo, saber reconocer el MI por parte de los dentistas juega un papel fundamental para hacer un diagnóstico de sospecha y comunicarlo a las autoridades competentes, con el objeto de poner fin a esta situación ilícita.

En nuestro estudio encontramos una variabilidad de los datos de reconocimiento del MI en los estudios analizados, que osciló entre el 93% [15] y el 17% [21], probablemente debido al distinto origen geográfico y nivel profesional de las poblaciones examinadas. En los estudios [19,21-22], se observó una peor puntuación de los participantes, e indicaron como causa principal un insuficiente conocimiento de los signos y síntomas del MI. En concreto, Khan [21] y Silva-Oliveira [22], indican una evidente disminución entre aquellos que tienen una sospecha de abuso y los casos confirmados (de 21 a 18%, y de 25,9 a 12,2% respectivamente), todo ello como consecuencia de una capacitación escasa o nula sobre cómo identificar casos de MI durante su educación en el Grado de Odontología. Hussein [19] añade que el 86,8% de estos solicitaron un programa de capacitación de MI. Se informó que las lesiones que fueron mejor identificadas como consecuencia del MI [19,21-22], fueron por orden, los hematomas en la piel, las quemaduras, así como las fracturas dentales. Sin embargo, el reconocimiento de las lesiones derivadas del maltrato infantil por los profesionales de la Odontología queda muy lejos de ser satisfactoria, ya que hasta un 92,3% de los dentistas en el estudio de Silva-Oliveira [22], “no reconocieron el traumatismo facial oral como un signo de maltrato infantil, porque no reciben capacitación previa para reconocer estos casos de MI” [22]. En otros países como EEUU y Reino Unido, esta capacitación es un requisito para el ejercicio profesional de la Odontología [25]. Hussein, [19] por su parte, informó que la mayoría de los participantes tenían un conocimiento suficiente sobre signos como mordeduras en manos o quemaduras en cara y manos, y la mitad de los encuestados afirmaron que hematomas presentes alrededor del cuello están asociados con el maltrato infantil, es decir, estos profesionales sólo reconocen determinados signos y síntomas de MI.

Aquellos estudios que informaron de una puntuación más elevada de reconocimiento de MI [14-15,17], tienen proporciones de entre un 92-97% y coinciden con otros aportados por autores anteriores [26,27]. En estos últimos, un 80-88 % eran capaces de reconocer como signos frecuentes del maltrato infantil las contusiones en las mejillas, la avulsión y/o los cambios de color dentario, las contusiones en el cuello, las quemaduras con la forma del objeto, las mordeduras o los hematomas infantiles. Entre los estudios seleccionados se destaca la importancia que tuvo la capacitación previa de los participantes para el reconocimiento de lesiones de MI, llegando a detectar hasta en un 93% los tipos de maltrato físico, en un 99,1% las formas de abuso psicológico y hasta un 96,6% las de abuso sexual. De ellos se deduce que la formación durante sus cursos de pregrado fue escasa, rondando un 40%, y cuando se capacitan en mayor proporción es tras la carrera, en Másteres o doctorados o con actividades extracurriculares o información extra-académica [15,17]. A pesar de esto, los investigadores en general, consideraban aún necesario hacer una mejora en los planes de estudios del grado de Odontología para implementar su formación teórica, así como la práctica. Ésta le proporciona al profesional odontólogo un mayor éxito de reconocimiento del maltrato infantil [22]. Respecto a la adquisición de conocimientos acerca del diagnóstico relatan haberlos obtenido a partir de fuentes formales (cursos de capacitación y asistencia a Congresos) más de la mitad de los participantes y más de un 25% procedentes de fuentes informales como noticias en los medios o en internet [16]. Los datos obtenidos en estos tres estudios

[14,15,17], son más esperanzadores en comparación con los aportados en estudios anteriores [28], que informó que el 91,2% de los estudiantes de Odontología de su estudio manifestó no haber recibido suficiente educación formal relacionada con el MI. Concluyen que una formación en MI es la causa principal para obtener mayor puntuación en su reconocimiento, no teniendo mucha influencia en los resultados obtenidos de los participantes la experiencia laboral, como se puede deducir del estudio [154], en el que los estudiantes del Grado de Odontología obtuvieron puntuaciones muy similares a los profesores. Los síntomas que mejor fueron reconocidos por los participantes de los tres estudios con mayores porcentajes, fueron lesiones como hematomas, marcas corporales, temor, diferentes tipos de heridas en cara y cuello y la negligencia dental, si bien Fierro Monti y cols. [17] informo que “un 66% de los participantes en su estudio no reconoció que las Petequias en el paladar podrían ser un signo clínico de sexo oral forzado” [17].

Aún queda muy lejos una tasa de reportar los casos sospechosos de maltrato infantil a las autoridades competentes por parte de los dentistas que sea del 100%, como así lo exigen las diferentes leyes existentes en casi todos los países, y hasta que esto se consiga, los menores maltratados quedarán desamparados ante sus maltratadores.

5.2. Actitud del odontólogo ante la comunicación a las autoridades competentes.

La actitud que los profesionales de la Odontología deben tener en todo momento ante la detección de un supuesto caso de MI, es la de la cumplimentación y envío del documento médico-jurídico a las autoridades competentes, para así cumplir con su imperativa obligación legal recogida en la mayoría de los ordenamientos jurídicos de los diferentes países. Esta obligación legal contraída por los odontólogos puede “no estar siendo cumplida” [19]. En el presente trabajo, los datos a este respecto indican que los participantes de los estudios analizados obtuvieron puntuaciones bastante por encima del 50% en la mayoría de los casos, con una media del 69%. Aquellas investigaciones que mostraron mayores valores de derivación a las autoridades competentes ante un caso de MI [16,21,22] arrojan cifras de hasta un 89% de notificación, si bien estos trabajos indican que en una proporción aún mayor (hasta un 10% más, casi un 100% en [21]), los participantes estaban de acuerdo en la importancia de detectar y denunciar los casos de MI y en particular con la obligación ética que supone. Sin embargo, aparece una considerable diferencia entre la frecuencia del reconocimiento y la denuncia de casos de MI por parte de odontólogos, enfermeras y médicos de familia en comparación con la de los pediatras [22], lo que se atribuyó de forma automática a que los pediatras tienen más herramientas para el reconocimiento de MI respecto de los odontólogos; además de que en ese trabajo se reportó que los dentistas brasileños no recibían generalmente formación sobre el MI.

A pesar de la puntuación media obtenida en el presente estudio en la remisión de casos de MI a las autoridades (por encima del 50%), cabe destacar en este punto los trabajos [17,19] que coinciden con otros reportados en la literatura [13,20,29]. En ellos aparece de nuevo la constante escalofriante descrita anteriormente de, por un lado, estar de acuerdo en la obligación de denunciar legalmente los casos de

MI hasta en un 83,3% [19], pero por otro, solo denunciarlo en un 15,8% de las ocasiones. En el caso de [17], hasta el 60% de los casos detectados quedaron sin ser comunicados a las autoridades. Por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que nos encontramos aún muy lejos de conseguir que el dentista cumpla con su obligación legal de comunicar a las autoridades competentes el 100% de los casos sospechosos de MI, dejando así expuestos a los menores a continuar siendo víctimas de maltrato, y sin deber nunca olvidar que los menores son los más vulnerables dentro de cualquier sociedad.

5.3. Causas de no comunicación a las autoridades competentes.

El miedo al litigio fue analizado en tres estudios diferentes [13,14,18], donde se observó que el 37% de los participantes tenían miedo al litigio cuando se diagnostica un caso de sospecha de MI. Esto se produce como consecuencia de las repercusiones que esta denuncia puede tener en la carrera profesional del dentista [18,30]. Para Da Silva y cols. [30], ésta ha llegado a ser la razón citada con más frecuencia 33%. Los datos obtenidos son más elevados que otros de literatura anterior, quienes informan que el 11% de los participantes esgrimen esta barrera como causa para no reportar los casos de MI a las autoridades competentes [31]. Esta causa está intrínsecamente relacionada con la última de las analizadas, posibles efectos en la práctica del dentista, que arrojó un valor del 26%, lo que indica que esta razón no es una de las que más preocupan a los participantes a la hora de reportar los casos sospechosos de MI a las autoridades. Los profesionales no temen como barrera limitativa de comunicación, los posibles efectos que una denuncia puede tener en su práctica clínica como se desprende de las bajas puntuaciones obtenidas en nuestro estudio [14,18].

Respecto de la causa de no comunicar por miedo a la reacción de los familiares, de los seis grupos diferentes [13,14,18,21], se puede extraer que un 53% de media de los participantes tenían miedo a esa reacción cuando el profesional diagnostica un caso de MI. Los datos son muy similares en todos los grupos de participantes, salvo en el estudio realizado por [13], que informó de la tolerancia que tiene la sociedad de los Emiratos Árabes ante el MI.

La falta de conocimiento sobre el procedimiento de derivación la aducen casi la mitad de la muestra (un 48%), desconociendo el procedimiento a seguir en la derivación de estos casos de sospecha de MI [13,14,18-21]. La causa de ello es una escasa formación de los participantes sobre como reportar los casos [19] y se vuelve a redundar en lo expuesto más arriba acerca de la capacitación insuficiente o nula sobre cómo identificar y reportar casos de abuso infantil durante su tratamiento, obteniendo los participantes en su estudio la puntuación más baja de todos los trabajos que se han analizado en la presente investigación, un 14%. Los diferentes canales de comunicación a las autoridades competentes variarán dependiendo del ordenamiento jurídico de cada país, estando obligado el odontólogo a conocer las diferentes vías de comunicación a las autoridades competentes que les afecte, por imperatividad legal.

El 45% de los participantes respondieron que la incertidumbre sobre el diagnóstico de sospecha era una barrera para comunicar los casos sospechosos de MI [13,14,19,21]. El valor más alto de los estudios

analizados en nuestro trabajo lo presenta [18] y coincide con estudios previos [32] con datos similares. Esta razón es inversamente proporcional al conocimiento que el profesional tenga sobre MI, es decir, a mayor formación y conocimiento que el dentista tenga sobre MI, menor será la incertidumbre de diagnosticar un caso sospechoso de MI, como indican Owais y cols. [27].

Según los estudios analizados [13,14,18,21], un 39% de media indicó los posibles efectos en la familia del niño como barrera para no reportar a las autoridades los casos sospechosos de MI. En este punto, los datos presentaron una distribución dispersa (entre otras razones, por su diferente país de procedencia, de menor a mayor influencia en Turquía [178, Pakistan [21], Emiratos Árabes [13] y Reino Unido [14]. Sería necesario observarlos desde una perspectiva global, esto es, analizarse de una forma particularizada teniendo en cuenta la civilización y el estatus socioeconómico de esa nación concreta, para que fueran específicos, dado que los valores familiares son diferentes para cada sociedad [21]. En estudios de nuestro entorno como el británico [14], la barrera más comúnmente reportada por los dentistas fue el miedo a la violencia hacia el niño. Como profesión dedicada al cuidado de los pacientes y a su bienestar, a los profesionales de la Odontología les puede preocupar que se produzcan repercusiones negativas como resultado de sus acciones. Sin embargo, hay que evitar esa mentalidad, ya que “en investigaciones previas se ha llegado a la conclusión de que a menudo la falta de actuación es lo que provoca las consecuencias más importantes” [14]. En esta línea, es notorio que 1/10 dentistas no señalaron causa alguna en el presente trabajo para no comunicar los casos de MI a las autoridades oportunas.

Un valor medio del 23% adujeron que se sentían sin obligación legal o autoridad para informar [13,14,18,19,20,21]. Esto indica que los profesionales tienen una buena conciencia de su obligación legal de informar de los casos sospechosos de MI que detecten en su práctica profesional. Esta afirmación concuerda entonces con los datos obtenidos respecto de la *actitud del odontólogo ante la comunicación a las autoridades competentes*, anteriormente expuesto. Por tanto, es plausible la hipótesis de que aquellos participantes que no lo comunicaban era por desconocimiento de su obligación legal también.

5.4. Principales limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio radican en el bajo número de trabajos con metodología reproducible que ha sido obtenido, y en las grandes diferencias observadas en algunas causas de no comunicación del MI a las autoridades, probablemente debido a que las investigaciones han sido llevadas a cabo en sociedades o civilizaciones muy diferentes. Esto último, se puede considerar un valor añadido del presente trabajo porque ha permitido analizar un abanico representativo de un problema universal. Se requieren nuevos estudios que evalúen las principales causas de no comunicación a las autoridades de casos de MI y que las limiten, así como trabajos que determinen el conocimiento, la actitud y las razones de no derivación de casos de MI en nuestro país.

6. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos en el presente estudio, las conclusiones a las que se ha llegado son:

1) El 54% de los participantes en los trabajos analizados informa que reconocen lesiones derivadas de maltrato infantil. A pesar de la variabilidad en los resultados obtenidos, esta cifra queda muy lejos de ser satisfactoria.

2) Sobre la actitud de remisión o comunicación de información de sospecha de MI a las autoridades competentes, un 69% de los participantes lo denuncian. Sin embargo, una proporción mayor estaba de acuerdo en la importancia de detectar y denunciar los casos de MI.

3) Las principales causas de no reportar los casos sospechosos de MI a las autoridades competentes son el miedo a la reacción de los familiares, la falta de conocimiento sobre cómo hacerlo, la incertidumbre en el diagnóstico y el miedo al litigio.

4) Para que el Odontólogo pueda realizar un diagnóstico certero de MI, este debe haber recibido previamente una adecuada formación sobre este tema, en su Grado de Odontología o en estudios de Posgrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU: Asamblea General, Convención sobre los Derechos del niño, 20 Noviembre 1989, United Nations, Treaty Series, Vol. 1577, p, 3 disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/ac92492.html>.
2. WHO / World Health Organization [Internet]. Maltrato infantil; [consultado el 13 de octubre/de/2021]. Disponible-en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
3. ONG Infancia | UNICEF mejor ong para donar y ayudar a la infancia [Internet]. Cada 7 minutos muere un adolescente víctima de la violencia <http://bit.ly/2lyH7II>; [consultado el 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/violencia-infantil-una-realidad-demasiadas-veces-silenciada>
4. Convención sobre los Derechos del Niño-M, Norma Internacional, 20 de noviembre de 1989, Registro Oficial [Internet], 22 de septiembre de 1992 [consultado el 13 de diciembre de 2021]; (31). Disponible en: <https://www.gob.ec/regulaciones/convencion-derechos-nino-m>
5. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, Acuerdo Internacional, 20 de noviembre de 1989, Boletín Oficial del Estado [Internet], 31 de diciembre de 1990 [consultado el 13 de diciembre de 2021];(313) (España). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1990-31312>
6. Ley Orgánica 4/1988, de 25 de mayo, de Reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley Orgánica n.º 4/1988, 25 de mayo de 1988, Boletín Oficial del Estado [Internet], 26 de mayo de 1988 [consultado el 13 de diciembre de 2021]; (126) (España). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1988-12909>
7. AACAP Home [Internet]. El Abuso Sexual a los Niños; [consultado el 10 de junio de 2021]. Disponible,en:https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-Abuso-Sexual-a-los-Ninos-009.aspx
8. Ministerio de Sanidad. 680-14-178-3. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: [Centro de Publicaciones]; 2014. 44 p.
9. Save the Children [Internet]. Save the Children calcula que en España más del 25% de niños y niñas han sido víctima de maltrato en su hogar; [consultado el 13 de diciembre.de.2021]. Disponible.en:<https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-calcula-que-en-espana-mas-del-25-de-ninos-y-ninas-han-sido-victima-de>
10. Kural D, Abbasoglu Z, Tanboga I. Awareness and Experience regarding Child Abuse and Neglect Among Dentists in Turkey. J Clin Pediatric, editors. 2020. pp:100-106.
11. Triguero Veloz Teixeira MC, de Freitas Marino RG, Rodrigues Carreiro LR, "Asociaciones entre prácticas parentales inadecuadas y problemas de conducta en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad ", The Scientific World Journal, vol. 2015, Id. De artículo 683062, 6 páginas, 2015 . <https://doi.org/10.1155/2015/683062>

12. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [Internet]. Ottawa (Canada): The Ottawa Hospital. [Consultado 11 octubre 2021]. Disponible en: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
13. Al Hajeri H, Al Halabi M, Kowash M, Khamis A, Welbury R, Hussein I. Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *Eur J Paediatr Dent*. 2018; pp:105-18.
14. Clarke L, Chana P, Nazzal H, Barry S. La experiencia y las barreras para informar las preocupaciones sobre la protección de los niños entre los odontólogos generales de Greater Manchester. *Br Dent J*. 2019; pp: 387–91.
15. Dorigoni O, Gambatto R, Maroli A, Solda C, Franco A, Blumenberg C, Paranhos LR, Rigo L. Awareness and attitude of students and professors toward child physical abuse observed in routine dental practice. *Child Youth Serv Review*. 2020; PP: 116.
16. Duman C, Al-Batayneh OB, Ahmad S, Durward CS, Kobylinska A, Vieira AR, Tredoux S, Okutan AE, Egil E, Kalaoglu EE, Sirinoglu Capan B, Aksit Bicak D, Zafar S. Self-reported Knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: A multi-centre study. *Int J Paediatr Dent*. 2021; pp:17
17. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *Int J Odontostomat*. 2012; pp:105-110.
18. Hazar Bodrumlu E, Avşar A, Arslan S. Evaluación del conocimiento y las actitudes de los estudiantes de odontología con respecto al abuso infantil en Turquía. Hazar Bodrumlu E, Avşar'a, Arslan S. 2018;pp: 40–6.
19. Hussein AS, Ahmad R, Ibrahim N, Yusoff A, Ahmad D. Dental health care providers' views on child physical abuse in Malaysia. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016; pp:387–95
20. Kaur H, Vinod KS, Singh H, Arya L, Verma P y Singh B.(2017). "Child maltreatment: Cross-sectional survey of general dentists". *J Forensic Dent Sci.*, 9(1), pp: 24–30.
21. Khan I, Dar IA, Bano S, Iqbal N. Gender Differences in Childhood Maltreatment: A Comparative Study of Nightmare Sufferers and Non-sufferers. *Journal of Child & Adolescent Trauma* [Internet]. 5 de enero de 2021 [consultado el 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00338-6>
22. Silva-Oliveira F, Ferreira RC, Alencar GP, Ferreira EF, Zarzar PM. Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child Abuse & Neglect* [Internet]. Septiembre de 2020
23. Al-Ali NM, Lazenbatt A. A Cross-Cultural Comparative Study of Undergraduate Health Care Professional Students' Knowledge, Definitions, Education, and Training Experience of Domestic Violence in Northern Ireland and Jordan. *SAGE Open* [Internet]. Octubre de 2012 [consultado el 14 de

diciembre de 2021]; 2(4):215824401246497. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2158244012464974>

24. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect - PubMed. (s. f.). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9917463/>
25. Ortiz, Jorge, et al. "Competencias genéricas para la educación en odontología forense: pensamiento crítico y responsabilidad social." *International journal of odontostomatology* 9.2 (2015): pp: 263-272.
26. Ramos-Gomez F, Rothman D y Blain S. (1998). "Knowledge and attitudes among california dental care providers regarding child abuse and neglect ". *JADA*, Vol. 129: pp: 340-348
27. Owais AIN, Audeimat MA y Qodceih S. (2009) "Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study". *Int J Paediatr Dent*, 19:291-6
28. Hashim R y Al-Ani A. "Child physical abuse: assessment of dental students attitudes and knowledge in United Arab Emirates". *Eur Arch Paediatr Dent*. 2013, 14(5), pp.301-305
29. Thomas JE, Straffon L y Inglehart, MR (2006) "Knowledge and Professional Experiences Concerning Child Abuse: An Analysis of Provider and Student Responses". *J Pediatr Dent*, 28(5), pp. 438-44.
30. Da Silva RA, Goncalves LM, Rodrigues AC y Da Cruz MC. (2014). "The dentist's role in identifying child abuse: an evaluation about experiences, attitudes, and knowledge". *Gen Dent*, 62(1), pp.62.
31. Cukovic- Bagic I, Dumancic J, Tiljak MK, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Krupic IBakarcic D, Budimir M y Welbury RR. (2015) "Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect". *Int J Paediatr Dent*, 25(6), pp. 444-50.
32. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R ny Al-Bitar ZB (2012) "Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists". *Eur J Dent* 16, pp. 158-65.