

Conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en alumnado del grado de Odontología

Recibido: 24-01-2020
Aceptado: 21-06-2020

María I, López

Odontopediatra de práctica privada.
Albacete, España.

Ana M, Leyda

Profesora asociada del Máster Propio en Odontopediatría Integral de la Universidad CEU-Cardenal Herrera Valencia, España.

Marta, Ribelles

Directora del Máster Propio en Odontopediatría Integral de la Universidad CEU-Cardenal Herrera (Valencia, España).

Knowledge and attitudes about child abuse in dental students

Objetivo: Evaluar como la formación actual en odontopediatría influye en el conocimiento y actitudes de los estudiantes respecto al maltrato infantil y su disposición a denunciar posibles sospechas.

Material y Métodos: La muestra estuvo formada por 30 alumnos de tercer año y 58 de quinto matriculados en el grado de Odontología en 2017, con una participación de un 44,77% en tercero y de un 95% en quinto, obteniendo los datos mediante la cumplimentación de una encuesta previamente validada. Se aplicaron estadísticos descriptivos así como test de proporciones de dos muestras, t-test de muestras independiente y la prueba de Wilcoxon para analizar los datos obtenidos de las encuestas.

Resultados: Los estudiantes (96,4%) indicaron haber recibido formación sobre maltrato infantil. Los alumnos de quinto año recibieron más formación sobre el concepto ($p=0,00$) y su diagnóstico ($p=0,00$), fueron más capaces de nombrar seis tipos de maltrato ($p=0,00047$) y seis indicadores ($p=0,000$) y fueron más conscientes de la responsabilidad legal de denunciar un posible caso así como de los pasos a seguir.

Conclusiones: La formación recibida por los alumnos mejora sus conocimientos respecto al maltrato infantil y contribuye a su motivación para involucrarse activamente en la protección infantil. Sin embargo, no mejora su autoconfianza para reconocer un posible caso ni para denunciar.

Palabras clave: Maltrato infantil, Negligencia, Educación odontológica, Odontopediatría.

Citar como López-I M; Leyda A; Ribelles M.
Conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en alumnado del grado de odontología.
Odontol Pediatr 2020;19(1); 19 - 30.

Abstract

Objectives: To evaluate how the current training on pediatric dentistry influences on the knowledge and attitudes of the students in regards to child abuse and their willingness to report a possible suspicion.

Material and methods: The sample consist of 30 students from third-grade and 58 students from fifth-grade enrolled in the Dentistry degree in 2017, with a participation rate of 44.77% for third-graders and 95% for fifth-graders. A self-administered survey was conducted. Descriptive statistics were used as well as the proportions test for two samples, the independent t-test and Wilcoxon signed-rank test to analyze data obtained from the surveys.

Results: Students (96.4%) indicated to have received formation regard child abuse. The fifth-graders received more training on the concept of child abuse ($p = 0.00$) and its diagnosis ($p = 0.00$), they were more capable of naming six types of abuse ($p = 0.00047$) and six indicators ($p = 0.000$) and were more aware of the legal authority to recur for reporting a case as well as the steps to follow.

Conclusions: The training received by the students improves their knowledge regarding child abuse and contributes to their motivation for getting actively involved in child protection. However, it does not improve neither their self-confidence to acknowledge a possible case nor their capacity to react against it.

Keywords: Child abuse, Neglect, Dentistry education, Pediatric dentistry.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el maltrato infantil (MI) es considerado un problema importante de salud pública con una alta prevalencia y un nivel alarmante de morbilidad y mortalidad.¹ En España en torno al 15% de los menores sufren esta situación, pero tan solo se pueden hacer estimaciones aproximadas debido al déficit de notificaciones de sospecha y a la falta de un sistema adecuado para gestionar y actualizar

los datos. Los odontólogos se encuentran en una posición privilegiada para reconocer posibles casos de MI ya que del 50 al 70% presentan lesiones en boca, cara, cabeza o dientes.

Además, los padres maltratadores tienden a cambiar de médico con frecuencia para no ser descubiertos, pero continúan acudiendo al mismo odontólogo.^{2,3,4}

Por ley, internacionalmente, todos los odontólogos tienen obligación de denunciar cualquier sospecha fundamentada de maltrato, no siendo necesario un diagnóstico de certeza para hacerlo.⁵ Desafortunadamente, a pesar de la obligación legal, raramente se denuncian estos casos.^{6,7} La principal razón referida por los propios profesionales es la carencia de una formación académica universitaria que prepare al estudiante para el diagnóstico de esta situación.^{4,8,9}

Por tanto, es fundamental que los estudiantes de odontología reciban una adecuada formación sobre este tema para poder aumentar el número de casos denunciados por ellos en su futura práctica profesional.^{6,8,10}

El objetivo de esta investigación fue evaluar como la formación en atención odontológica pediátrica que actualmente se imparte en el Departamento de Odontología influye en los conocimientos y las actitudes de los estudiantes de grado respecto al MI y en su disposición a la denuncia de sospecha si se diera el caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se diseñó una investigación transversal, descriptiva y correlacional que se realizó siguiendo la lista de comprobación STROBE para estudios transversales. Fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética de la universidad donde se realizó con la autorización nº 17.

La población elegible fue el alumnado de la universidad matriculado en el tercer y quinto curso del grado de odontología: 137 alumnos de tercer

curso (67 en español y 70 en inglés) y 102 alumnos en quinto curso (71 en español y 41 en inglés).

Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico de conveniencia, seleccionando aquellos alumnos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Comprometerse a colaborar en la cumplimentación de los cuestionarios con honestidad.
- Estar presentes en clase el día de la recogida de la información.
- Entender y leer bien el español, por lo que todos los alumnos de la línea en inglés(111) fueron excluidos

A los alumnos seleccionados se les informó del carácter libre y voluntario de su participación así como del hecho de que negarse a participar no influiría en sus calificaciones.

El día que se pasó la encuesta 40 alumnos (37 de tercero y 3 de quinto) no estuvieron presentes en el aula por lo que cumplimentaron la encuesta 88 alumnos (30 de tercero y 58 de quinto).

Cuestionario

Se diseñó una encuesta con 19 preguntas, divididas en 5 categorías: 1) Información biográfica: género, edad y año de estudios del alumno, 2) información relacionada con la formación previamente recibida sobre MI y su fuente, 3) información relacionada con los conocimientos del alumno: formas de maltrato, indicadores del mismo, obligación de notificar una sospecha justificada, lugar y procedimiento para poder hacerlo y consecuencias de no denunciar

4) información relacionada con la autopercepción del alumno sobre la utilidad de la formación académica recibida sobre MI, su capacidad para sospechar un posible caso y para notificarlo adecuadamente, 5) información relacionada con el deseo del encuestado de ampliar su formación e involucrarse en la detección y notificación de posibles casos.

El formato de respuesta de las 19 preguntas fue: sí/no; respuesta de opción múltiple con una sola opción elegible; respuesta de múltiple opción con más de una opción elegible, respuesta sobre una escala tipo Likert de diez puntos y por último respuesta totalmente abierta.

Para su validación, la encuesta fue enviada a cinco profesionales del campo del MI con más de diez años de ejercicio profesional: un médico forense, tres pediatras altamente especializados en MI y un odontopediatra con conocimientos y experiencia en el tema. A cada uno de ellos se le envió la encuesta por mail con una carta que explicaba el objetivo del estudio. Así mismo, se les pidió que rellenaran la encuesta y tras hacerlo, indicaran si alguna de las preguntas planteadas o de las respuestas ofrecidas, era difícil de entender, inadecuada o ambigua. Por último, se les pidió que aportasen todas las sugerencias que considerasen oportunas.

Una vez la encuesta fue corregida con los aportes de los especialistas, fue enviada a la estadística para que la revisara de cara a lograr una óptima recogida de datos que permitiese un correcto análisis estadístico. Para finalizar, la encuesta fue probada en un grupo piloto de diez alumnos, 5 de tercer curso y 5 de quinto, que posteriormente no participaron en el estudio. Esta prueba piloto estuvo enfocada en la capacidad de los alumnos para entender correctamente las preguntas del cuestionario y para seleccionar de manera clara sus propias respuestas.

Tras la prueba piloto se introdujeron algunas palabras aclaratorias en la encuesta y se realizaron los cambios de redacción necesarios, quedando así concluida la elaboración del instrumento.

Cumplimentación de las encuestas

Se realizó la cumplimentación presencial de las encuestas en horario de clase.

El tiempo estimado para contestar la encuesta fue de diez minutos aproximadamente, todas las dudas surgidas al rellenarla fueron esclarecidas por la investigadora.

Dos cuestionarios fueron descartados por no haber sido correctamente contestados por lo que los datos fueron obtenidos a partir de 86 cuestionarios: 30 de tercer curso y 56 de quinto, lo que supuso un porcentaje de participación total del 68,75% (44,77% en tercero y 95% en quinto). El esquema de los procedimientos del estudio se recoge en la figura 1.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante la versión 3.3.3. para Windows del programa R, a través de su interfaz R-commander.

Los datos se agruparon según el año de estudio de los encuestados (tercero o quinto). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las respuestas dadas a las preguntas del cuestionario, tanto de las variables cualitativas y cuantitativas calculando la media, la desviación estándar, los valores mínimos y máximos, los porcentajes, tanto de una manera global como por separado tercer y quinto curso.

El test de proporciones para dos muestras se empleó para comparar los conocimientos de los alumnos de tercer y de quinto curso así como su deseo de recibir más formación sobre el tema. Para comparar la puntuación dada por los alumnos de ambos cursos respecto a:

1) su habilidad para sospechar e identificar un posible caso y reconocer signos y síntomas

2) su nivel de disponibilidad para involucrarse si se diera el caso, se aplicó el t-test para muestras independientes. Para comparar la valoración de la formación recibida por los estudiantes de ambos cursos se aplicó la prueba de Wilcoxon. El nivel de significación estadística que se tuvo en cuenta fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 86 encuestas, de las cuales el 35% eran de alumnos de tercero y el 65% de alumnos de quinto curso. Del total de alumnos encuestados, un 55% fueron mujeres y un 45% fueron hombres. La edad media de la muestra fue de 24 años y 6 meses, teniendo el más joven 20 años y el mayor 42.

La tabla 1 resume los porcentajes de las respuestas dadas por los encuestados de tercer y quinto curso a las preguntas cuya respuesta era sí o no.

La tabla 2 recoge los puntajes medios obtenidos en ambos cursos, en las preguntas del cuestionario donde se les pedía que valorasen del 1 al 10 aspectos relacionados con su capacidad de detección y denuncia de un posible caso de maltrato y la formación académica sobre el tema recibida hasta el momento de la encuesta, así como su disposición

a involucrarse. El 96,4% de los alumnos refirieron haber recibido formación para poder diagnosticar una situación de MI.

El 92,86% a partir de una asignatura del grado, de los cuales el 63% indicaron Odontopediatría, el 21% Odontología Legal y Forense, el 11% Patología y Terapéutica Dental, el 3% Practicum Infantil, el 1% Medicina Oral y el 1% restante un curso de libre elección.

Los alumnos de quinto recibieron significativamente más formación sobre el concepto de MI ($p=0,00$) y su diagnóstico ($p=0,00$), eran significativamente más capaces de citar seis formas de maltrato ($p=0,00047$) y seis indicadores del mismo ($p=0,000$) y conocían en un número significativamente mayor donde presentar su denuncia ($p=0,03$) así como que pasos dar para hacerlo ($p=0,0076$) que sus compañeros de tercer curso.

También se comprobó que los alumnos encuestados de quinto curso conocían mejor que los alumnos de tercer curso el concepto de negligencia dental, su obligatoriedad de denunciar una sospecha de maltrato y las repercusiones de no hacerlo y se sentían más capaces de poder identificar un posible caso en su propia clínica pero sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa en ninguna de estas cuestiones ($p > 0,05$).

En relación al conocimiento de los alumnos sobre el lugar pertinente para realizar una denuncia ante una posible sospecha, el porcentaje de alumnos que creyó conocer el lugar en tercer curso fue 40% aumentando hasta un 60% entre los alumnos de quinto, aumento que resultó estadísticamente significativo ($p=0,03$). Sin embargo de los alumnos de tercero que creyeron saber el lugar adecuado, sólo el 39% indicó el lugar correcto, el resto creía saber

Tabla 1: Distribución de la muestra en función de las respuestas obtenidas a las preguntas de contestación sí/no

	Tercer año n=30		Quinto año n=56		p-valor*
	Sí	No	Sí	No	
¿Has recibido algún tipo de formación sobre que es maltrato infantil?	13,3%	86,7%	96,4%	3,6%	0,000
¿Alguna vez durante tu formación académica universitaria has recibido algún tipo de información acerca de cómo se reconoce y diagnostica un posible caso de maltrato?	10%	90%	96,4%	3,6%	0,000
¿Podrías citar seis formas de maltrato infantil?	20%	80%	57,1%	42,9%	0,00047
¿Podrías citar seis indicadores o síntomas de sospecha de maltrato infantil que puedes detectar en la consulta de odontología?	20%	80%	78,6%	21,4%	0,000
¿Sabes en qué consiste la negligencia dental?	50%	50%	62,5%	37,5%	0,2628
¿Estamos obligados a denunciar un caso de maltrato?	56,7%	43,3%	64,3%	35,7%	0,48
¿Tiene alguna consecuencia no denunciar un caso de maltrato?	50%	50%	50%	50%	1
¿En caso de sospecha de maltrato físico activo o abandono de un menor sabrías dónde notificar?	40%	60%	60%	40%	0,03
¿Sabrías que pasos dar para informar o notificar tu sospecha?	10%	90%	34%	66%	0,0076
¿Crees que podrías identificarlo?	63,3%	36,7%	75%	25%	0,21
¿Deseas formación adicional sobre cómo identificar el maltrato infantil así como sobre el mecanismo para notificar posibles sospechas al respecto?	93,3%	6,7%	78,6%	21,4%	0,1281
* Test de proporciones para dos muestras					

dónde ir pero su creencia era errónea. Algo similar se observó entre los alumnos de quinto, aunque el porcentaje de los que creían saber dónde acudir fue mayor (60%) (Figuras 2 y 3).

La puntuación media otorgada por los alumnos de tercero a la formación académica recibida hasta el momento de la encuesta fue de 3,36 puntos sobre 10 y la de los alumnos de quinto de 6,27, alcanzando la diferencia entre ellas significación estadística. Además, se observó un desplazamiento de la

mayoría de las calificaciones del muy deficitario en tercero (60%) al bueno en quinto (50%) (figura 4).

DISCUSIÓN

Tener los elementos suficientes para sospechar MI es el primer paso para poder notificar un posible caso. El porcentaje de alumnos del presente estudio que refirió haber recibido formación sobre este tema pasó de un 13,3% en los alumnos de tercero a un 96,4% en los de quinto.

Tabla 2: Puntajes medios de las respuestas dadas por los encuestados en relación a su capacidad de detección y denuncia de un posible caso, su disposición a involucrarse y la formación recibida hasta el momento

	Tercer año	Quinto año	p-valor*
Capacidad de sospecha	5	5,3	0,21
Capacidad de reconocer signos y síntomas	5,2	5,6	p<0,05
Intención de involucrarse	8,1	7,96	p<0,05
Valoración de la forma académica	3,36	6,27	0,0000648

* T-test para muestras independientes

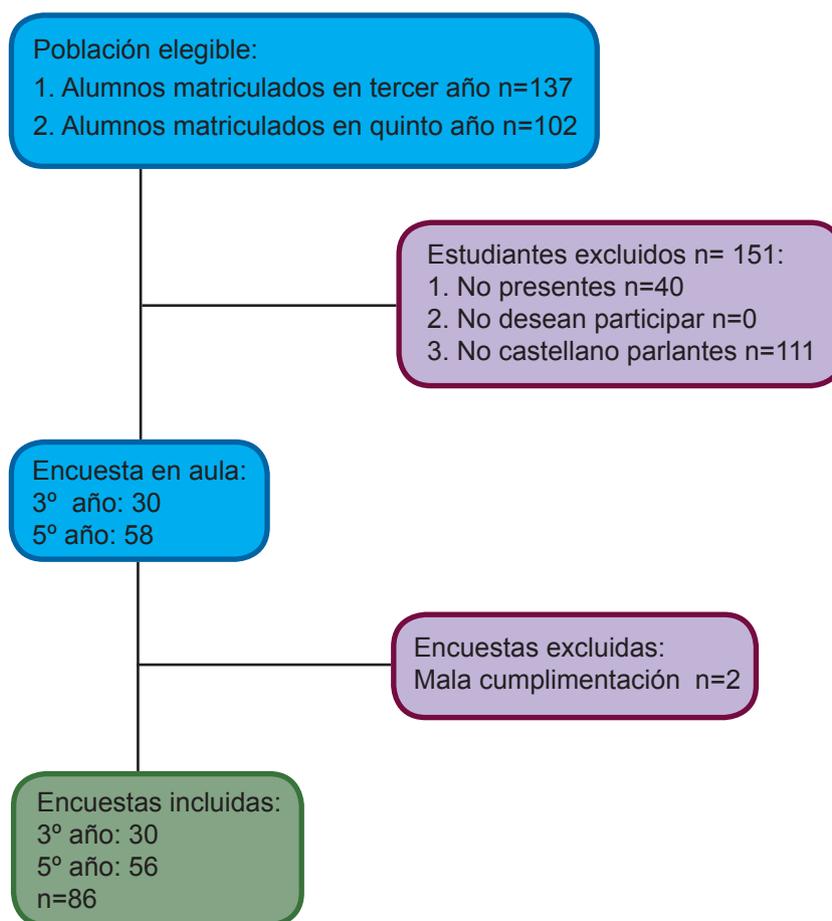


Figura 1. Cuadro esquemático de los procedimientos del estudio

El bajo resultado obtenido entre los alumnos de tercero coincide con los hallados en otros estudios en los que los porcentajes observados fueron incluso menores como el 8% en el estudio de Jordan et al.¹¹ o el 2,17% en el de Hazar et al.⁶

Entre los alumnos de quinto los porcentajes encontrados en estudios previos variaron desde el 79,3%¹¹ hasta el 7,6% del estudio de Markovic et al.² en el que un 92,4% de los encuestados no había recibido ninguna formación sobre el tema.

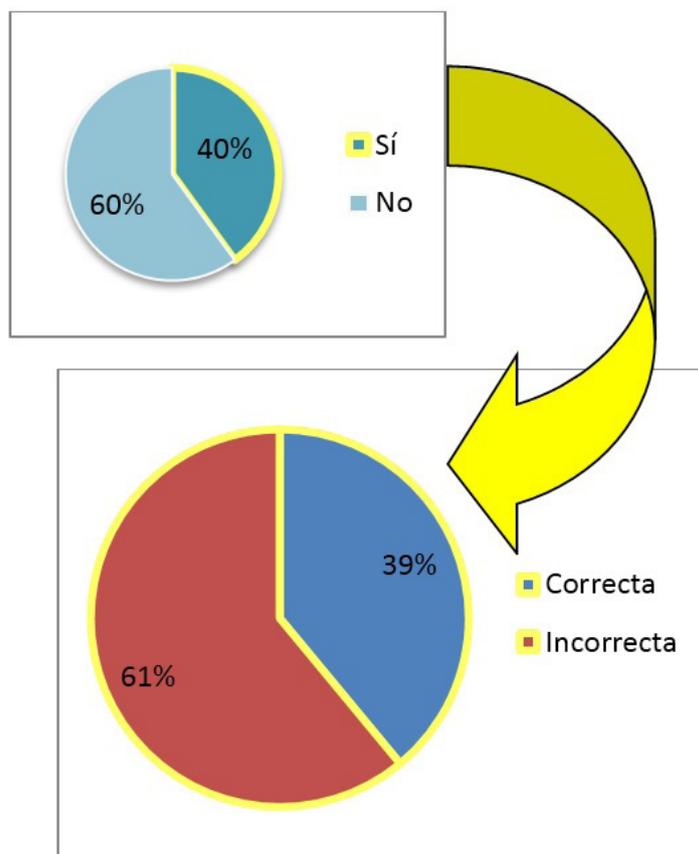


Figura 2. Distribución de los alumnos de tercero en función de su conocimiento sobre el lugar pertinente para realizar una denuncia.

En el presente estudio, el pequeño porcentaje de alumnos de tercero que refirió haber recibido formación previa, no debe extrañar puesto que salvo por interés personal, en este año aún no han recibido formación académica al respecto.

Del 96,41% de los encuestados de quinto que refirieron haber recibido formación sobre MI, el 65% señalaron que sus conocimientos los habían recibido en la asignaturas de Odontopediatría o de *Practicum* infantil.

Al mismo tiempo es posible decir que la formación odontopediátrica universitaria es una fuente importante de aprendizaje y sensibilización sobre

este problema. En España la mayoría de los niños no son atendidos en clínicas odontopediátricas especializadas sino en clínicas dentales en las que atiende un odontopediatra o el mismo odontólogo general que trata también niños. Por eso es tan importante que todos los odontólogos sean conscientes y estén formados en el tema. De ello son responsables en parte, los equipos de profesores universitarios que acompañan la formación en atención pediátrica a lo largo del grado.

En relación a la formación recibida sobre el diagnóstico y reconocimiento de un posible caso de maltrato, los porcentajes encontrados en la bibliografía revisada en relación a quinto curso fueron todos menores al 96,4% de encuestados que refirieron haber recibido

esta formación en el presente estudio.^{13,14} Varios trabajos^{2,6,8,11,15} coinciden en que la formación de los estudiantes en este área es aún deficitaria, incluyendo falta de conocimiento tanto de las formas como de los indicadores y síntomas de MI, por lo que es necesario reforzar los contenidos teóricos dados en las clases pero sobre todo el aprendizaje en las prácticas clínicas.⁶

Si tener formación sobre MI y su diagnóstico es importante para cualquier profesional de la salud, conocer en qué consiste la negligencia dental es básico para los odontólogos. El futuro profesional debe ser formado durante sus estudios universitarios en esta entidad y en su detección. El porcentaje que lo conocía correctamente en la presente investigación aumentó de un 50% en tercero a un 62,5% en quinto, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa.

Esto contrasta con lo observado por Thomas et al.¹²: sólo un 2,4% de los encuestados de tercer curso y ninguno de los de quinto conocían correctamente este concepto. En otros trabajos¹⁶ se recogen porcentajes similares al nuestro. Harris et al. sugirieron que la formación práctica en protección infantil y contar con protocolos de actuación ayudaría a los profesionales a ser más conscientes sobre la negligencia dental y a considerarla como parte del abandono infantil.¹⁷

El porcentaje de alumnos de la presente investigación conocedor de esta obligación de denunciar toda sospecha fundamentada de MI pasó de un 56,7% en tercero a un 64,3% en quinto sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre ambos porcentajes.

Es posible que la conciencia del alumnado sobre la obligatoriedad de denunciar esté más relacionada con el ambiente social en el que viven y la labor de los medios de comunicación que con sus estudios

universitarios aunque estos sin duda contribuyen a consolidar su responsabilidad social.

Debido a que los odontólogos estamos obligados a denunciar cualquier sospecha, el no cumplir esta obligación tiene repercusiones legales. El porcentaje de alumnos que conocía estas consecuencias fue de un 50% en ambos cursos.

En alumnos de tercero la revisión bibliográfica nos muestra resultados muy diversos, desde el 7,6%¹² hasta el 70,5%¹¹, lo que puede ser debido a las diferencias culturales y geográficas de los estudios entre sí.

En cuanto a los alumnos de quinto curso, en la investigación realizada por Ramos-Gomez et al.¹⁸ (1998) únicamente el 21% de los encuestados era consciente de las consecuencias de no informar de una sospecha, en cambio en investigaciones más recientes se observó una mayor conciencia de estas consecuencias como en el estudio de Thomas et al.¹² (2006) o en el de Jordan et al.¹¹ (2012), en los que un 59% y un 63,8% de los alumnos respectivamente conocía estas repercusiones.

Resulta también básico para el profesional saber cuál es el lugar correcto al que acudir para notificar una sospecha. El porcentaje de alumnos que lo conocía pasó del 15,6% en tercero al 27,6% en quinto en el presente estudio, porcentajes muy bajos que corroboran las conclusiones establecidas por Harsimran et al.¹⁴ y que ponen de relieve que la mayoría de los odontólogos desconocen el lugar apropiado para denunciar una sospecha existiendo además una brecha de comunicación entre las agencias de bienestar social y los trabajadores de la salud. Jordan et al.¹¹ (2012) entre sus encuestados de tercer curso observaron que un 69,3% conocía el lugar de denuncia.

Los porcentajes recogidos en los estudios de Hazar et al.⁶ y Thomas et al.¹² fueron más bajos, un 37,4% y un 23,8% respectivamente.

Los resultados de estudios previos en alumnos de quinto curso muestran porcentajes similares a los nuestros.^{6,8,12}

Un proceso formativo óptimo, especialmente en disciplinas muy prácticas como la odontología requiere combinar equilibradamente la fundamentación teórica con la capacitación práctica.

Por ello en este estudio se valoró también la percepción subjetiva de los propios alumnos sobre su capacidad de detectar una posible sospecha de MI y de informarla de la manera y en el lugar adecuado.

Las puntuaciones medias sobre la propia capacidad de reconocer signos y síntomas de maltrato y de poder sospechar un posible caso fueron bajas mientras que la disposición a involucrarse en la detección y notificación fue alta en ambos cursos. Esta alta disposición la observaron también Hashim et al.⁸ o Moggadam et al.¹⁶

Es probable que en nuestro caso, esté más relacionada con el grado de sensibilización social que se lleva trabajando en España en las últimas décadas, principalmente a través de programas escolares específicos y de los medios de comunicación, que con la formación que han recibido en el grado de Odontología.

En estudios previos realizados en diferentes países, se observó que los estudiantes no se sentían preparados para llevar a cabo su papel en la protección infantil.^{12,19,20}

Un 93,3% de los alumnos de tercero y un 78,6% de quinto expresaron su deseo de recibir más formación sobre el tema. Coincidiendo con nuestros resultados, el 94,7% de los encuestados de tercer curso del estudio de Al-Dabaan et al.¹ opinaron que el conocimiento de un protocolo de protección frente al MI es importante. En quinto curso, los resultados encontrados en la bibliografía²¹ son similares a los nuestros.

La educación parece ser un factor clave a la hora de mejorar los niveles de sospecha y los procesos de denuncia, así aquellos profesionales que recibieron formación sobre maltrato en la universidad es tres veces más probable que denuncien la sospecha de un posible caso que aquellos que no la recibieron.¹³

Los alumnos al final de sus estudios valoraron la formación recibida durante sus años universitarios como adecuada de cara a reconocer y notificar un posible caso.

Estudios similares al nuestro pero realizados en otros contextos culturales y sociales recogen porcentajes diferentes: en el estudio realizado por Hashim et al.⁸ el 91,2% expresó que no había recibido suficiente formación al igual que el 50% de los participantes del estudio de Moggadam et al.¹⁶

Sería muy interesante realizar futuros estudios que profundizasen más en las causas por las que los alumnos se sienten poco capaces para detectar y diagnosticar un caso de MI a pesar de reconocer como adecuada su formación universitaria al respecto.

Conocer mejor las causas podría ayudarnos a incorporar metodologías docentes que fuesen capaces de mejorar las habilidades sociales de

los alumnos así como de fortalecer su autoestima y autoconfianza a la hora de detectar un posible caso y denunciarlo. Este estudio tuvo algunas limitaciones. En primer lugar los individuos de la muestra pertenecían a una sola universidad lo que hace difícil extrapolar los resultados a todos los estudiantes españoles, en segundo lugar el tiempo

de recogida de los datos fue muy limitado (un solo día), siendo además los conocimientos y actitudes medidos usando una encuesta autoadministrada que es un método de medición subjetivo, empleándolo además en dos grupos diferentes (3º y 5º) y no en un mismo grupo en su paso por ambos años de estudio.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos es posible decir que la formación sobre MI y la responsabilidad del odontólogo en él que reciben los alumnos mejora sus conocimientos teóricos y colabora en su motivación a implicarse activamente, pero no ayuda a fortalecer la confianza en sus propias capacidades de reconocimiento y de actuación frente a esta problemática.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés en este estudio y están muy agradecidas a los profesores que han facilitado la realización de esta investigación en sus horas de clase y a D. Francisco Javier Pardo Figuérez por su labor de traducción del resumen al inglés.

REFERENCIAS

1. Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J* 2014;26:79-87.
2. Markovic N, Muratbegovic AA, Kobaslija S et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. *Mater Sociomed* 2015; 27: 372-5.
3. Garrocho A, Márquez R, Olguín AI, Ruiz S, Pozos A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent* 2015; 7: c428-34.
4. Shapiro MC, Roger O, Lal S. Assessment of a novel module for training dental students in child abuse recognition and reporting. *J Dent Educ* 2014; 78: 1167-75.
5. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci* 2014; 122: 332-8.
6. Hazar E, Avçar A, Arslan S. Assessment of knowledge and attitudes of dental students in regard to child abuse in Turkey. *Eur J Dent Educ* 2008; 22:40-6.
7. Maguire S, Hunter B, Hunter L et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 2007; 92:1113-7.
8. Hashim R, Al-Ani A. Child physical abuse: assessment of dental students' attitudes and knowledge in United Arab Emirate. *Eur Arch Paediatr Dent* 2013; 14:301-5.
9. Ivanoff CS, Hottel T. Comprehensive training in suspected child abuse and neglect for dental students: a hybrid curriculum. *J Dent Educ* 2013; 77: 695-705.
10. Somani R, Kushwaha V, Kumar D, Khaira J. Child abuse and its detection in the dental office. *J Indian Acad Forensic Med* 2011; 33: 361-5.
11. Jordan A, Welbury RR, Tiljak MK, Cukovic-Bagic I. Croatian dental students' educational experiences and knowledge in regard to child abuse and neglect. *J Dent Educ* 2012;76 :1512-9.
12. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *J Dent Educ* 2006; 70:558-65.
13. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD et al. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentist. *Eur J Dent Educ* 2012; 16:e158-65.
14. Harsimran K, Chaudhary S, Choudhary N et al. Child abuse: Cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofac Res* 2016; 6:118-23.
15. Cukovic I, Dumancic J, Kujundzic M, Drvaric I, Boric B, Kopic V, Kopic V et al. Croatian dentist's knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent* 2014; 25:444-50.
16. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentist regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl* 2016;54 :43-56.
17. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Dent J* 2013; 214: E24.
18. Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among california dental care providers regarding child abuse and neglect. *JADA* 1998;129 :340-8.
19. Al-jundi SH, Zawaideh FI, Al-Rawi MH. Jordanian dental students' knowledge and attitudes in regard to child physical abuse. *J Dent Educ* 2010; 74:1159-65.
20. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Knowledge and professional experiences concerning child abuse: an analysis of provider and students responses. *Pediatr Dent* 2006; 28:438-44.
21. SMacwan C, Poonacha KS, Bargale S et al. Knowledge and attitude in regards to physical child abuse amongst medical and dental residents of central Gujarat: a cross-sectional survey. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2015;33:177-8.