



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Príncipe Huerta, Doris Nancy

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2888-2784>

Asesor: Mg. Jaime Okumura, Roberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

Lima – Perú

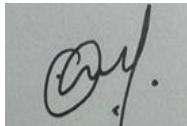
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Doris Nancy Principe Huerta egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediatricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024” Asesorado por el docente: Dr. Jaime Okumura Roberto DNI: 09861961 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532> tiene un índice de similitud de 14 % con código :14912:512983728 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Doris Nancy Principe Huerta
 DNI: 44773370



.....
 Firma
 CD. JAIME OKUMURA ROBERTO
 DNI:09861961

Lima, 1 de noviembre del 2025

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres, por su apoyo incondicional. Por haber sido mi motor y motivo. También a toda mi familia que fueron el soporte necesario para culminar esta bella carrera y a todos los docentes que colaboraron en mi educación.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Mg. Jaime Okumura Roberto por guiarme en la elaboración de la presente investigación.

A Dios, por darme salud y fuerza para cumplir los retos y misiones que me trace en la vida.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	12
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. EL PROBLEMA.....	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15

1.4. Justificación de la investigación.....	16
---	----

1.5 Limitaciones de la investigación.....	17
---	----

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.....	18
------------------------------	-----------

2.1 Antecedentes.....	19
-----------------------	----

2.2 Bases teóricas.....	23
-------------------------	----

2.3 Definición de términos básicos.....	34
---	----

2.4 Hipótesis.....	35
--------------------	----

2.4.1 Hipótesis general.....	35
------------------------------	----

CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOS

3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
------------------------------------	-----------

3.1 Tipo y nivel de investigación.....	37
--	----

3.2 Población y muestra.....	37
------------------------------	----

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
--	----

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos.....	42
---	----

3.5 Aspectos éticos.....	42
--------------------------	----

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
4.1 Resultados	44
4.4 Discusión.....	51

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. Conclusiones.....	53
5.1 Conclusiones.....	53
5.2 Recomendaciones.....	54

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
--	-----------

ANEXOS

1. Anexo.....	62
2. Anexo.....	63
3. Anexo.....	66
4. Anexo.....	70
5. Anexo.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla N°1: Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024	44
Tabla N°2: Frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024	45
Tabla N°3: Frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024	46
Tabla N°4: Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo	47
Tabla N°5: Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024según edad	48
Tabla N° 6: Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo	49

Tabla N° 7: Características sociodemográficas cirujanos
dentistas de la región Lima – 2024, según edad

50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁG.

Gráfico N°1: Frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024	45
Gráfico N°2: Frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024	46
Gráfico N°3: Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo	49
Gráfico N°4: Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según edad	50

RESUMEN

La tesis tuvo como objetivo determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024. Se realizó un estudio hipotético - deductivo, cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, no experimental y correlacional. La muestra fue 218 cirujanos dentistas. En los resultados se observó una frecuencia de lesiones bucales en los pacientes odontopediátricos con 62,4%. La frecuencia de maltrato infantil en los pacientes odontopediátricos evidenció un 60,6%. En referencia al sexo presentó relación significativa con las lesiones bucales ($p=0,045<0,05$), no obstante, presentó un mayor porcentaje en cirujanos dentistas del sexo femenino donde evidenciaron 31,7% de lesiones bucales. Así mismo, el sexo presentó relación significativa con el maltrato infantil ($p=0,013$). No obstante, presentó un mayor porcentaje en cirujanos dentistas del sexo femenino donde evidenciaron un 30,7% de maltrato infantil. En referencia a la edad presentó relación significativa con las lesiones bucales ($p=0,018$). No obstante, presentó un mayor porcentaje en cirujanos dentistas de 36 a 43 años que evidenciaron 29,8% de maltrato infantil. Del mismo modo, la edad presentó relación significativa con el maltrato infantil ($p=0,035$). No obstante, presentó un mayor porcentaje en cirujanos dentistas de 36 a 43 años que evidenciaron 27,5%, de maltrato infantil. Según la prueba de chi-cuadrado, se encontró relación entre variables ($p=0,036$). Concluyendo que la frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado significativamente a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024.

Palabras clave: Lesiones bucales, maltrato a los niños sexo, edad.

ABSTRACT

The test is the object of determining the frequency of oral lesions associated with maltrato infantil in odontopediatric patients attending dental surgeons in the Lima region - 2024. This is a hypothetical study - deductive, quantitative, observational, transversal, prospective, not experimental. correlational. The show has 218 dental cirujanos. The results showed a frequency of oral lesions in odontopediatric patients with 62.4%. The frequency of maltrato infantil in odontopediatric patients was evident at 60.6%. In reference to the sex present, there is a significant relationship with oral lesions ($p=0.045<0.05$), however, there is a greater percentage of female dentists in which 31.7% of oral lesions were detected. Likewise, the sex presented a significant relationship with child abuse ($p=0.013$). However, we present a greater percentage of female dental surgeons who have demonstrated a 30.7% incidence of child malpractice. In reference to the edad presented a significant relationship with oral lesions ($p=0.018$). However, we present a greater percentage of dental surgeons from 36 to 43 years old who showed 29.8% of childhood malpractice. In this way, the relationship presented a significant relationship with child abuse ($p=0.035$). However, we present a greater percentage of dental surgeons from 36 to 43 years old, which shows 27.5% of maltrato infantil. According to the chi-square test, a relationship was found between variables ($p=0.036$). Concluding that the frequency of suspicious oral lesions is significantly associated with child abuse in pediatric dental patients treated by dental surgeons in the Lima region - 2024.

Keywords: Oral lesions, child abuse, sex, age.

Introducción

El maltrato infantil es una problemática de gran importancia en la salud pública, que puede manifestarse de diversas maneras, tanto físicas como emocionales. En el ámbito odontológico, los cirujanos dentistas tienen un papel crucial en la identificación temprana de signos y lesiones bucales sospechosas que podrían estar asociadas con maltrato infantil. Las lesiones orales, como contusiones, fracturas dentales, laceraciones o lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal, pueden ser indicadores clave de abuso físico, especialmente cuando no se encuentran en concordancia con las explicaciones proporcionadas por los cuidadores o los niños.

El reconocimiento de estas lesiones bucales sospechosas es fundamental, ya que los odontopediatras y cirujanos dentistas están en una posición privilegiada para detectar signos de maltrato que podrían pasar desapercibidos en otros contextos médicos. La detección temprana de estos signos permite la intervención oportuna y la derivación adecuada de los casos a los servicios pertinentes, lo cual es esencial para proteger la salud y el bienestar del niño afectado.

La presente investigación se organiza en cinco capítulos y una sección de anexos. El Capítulo I expone el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y las limitaciones del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, presentando los antecedentes, fundamentos conceptuales e hipótesis. El Capítulo III describe el diseño metodológico, la población, muestra, instrumentos y procedimientos éticos y estadísticos aplicados. El Capítulo IV presenta los resultados y su discusión, contrastándolos con la teoría y los antecedentes revisados. Finalmente, el Capítulo V expone las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. En los anexos se incluyen los instrumentos, consentimientos y documentos complementarios que respaldan el proceso investigativo.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 El problema

En la actualidad, el abuso infantil representa un desafío trascendental para el bienestar social a nivel mundial, afectando a comunidades de diversas condiciones étnicas, culturales y socioeconómicas. Pese a los esfuerzos realizados a través de campañas de concientización y programas educativos dirigidos tanto a la población en general como a los profesionales del ámbito sanitario, esta problemática persiste. Es una realidad que requiere detectar oportunamente sus señales, implementar sistemas efectivos de notificación y comprender sus consecuencias a largo plazo. (1)

Sin embargo, los niños y adolescentes sufren graves consecuencias a causa del maltrato, que afecta tanto su salud física como psicológica, agravado por su condición de dependencia de los adultos. Las lesiones pueden ser variadas, incluyendo hematomas, quemaduras, laceraciones, cortes, moretones y rozaduras en diferentes partes del cuerpo, incluyendo la cara, los labios y la boca. Es importante destacar que, en el ámbito bucal, la violencia física se manifiesta a través de traumatismos dentales y lesiones en los tejidos blandos que no concuerdan con los relatos de los pacientes. (2) (3)

De igual manera, el descuido del cuidado bucal en niños que sufren maltrato infantil puede manifestarse en una falta de atención adecuada en la higiene bucal y la demora en buscar tratamiento dental cuando sea necesario. Esto puede causar caries, dolor, problemas en el desarrollo dental y afectar la calidad de vida, especialmente por falta de conocimiento o negligencia de los tutores. Es importante destacar que todos los informes de diagnóstico de abuso físico infantil mencionan lesiones en la región orofacial, que pueden o no estar asociadas con otras lesiones en diferentes partes del cuerpo. (4) (5)

Sin embargo, es importante distinguir entre las lesiones accidentales o no intencionadas en la boca y la cara, y los casos de abuso, al evaluar si la explicación dada, incluyendo el momento y la forma en que ocurrió la lesión, concuerda con la lesión en sí misma y las capacidades de desarrollo del niño. Las partes del cuerpo comúnmente afectadas durante una caída accidental suelen ser las prominencias óseas, como la frente, pómulos, mentón, codos, manos, rodillas. Por otro lado, las áreas blandas y carnosas, como las mejillas, las orejas, los labios, la boca y el cuello, rara vez sufren lesiones de forma accidental. (6)

No obstante, los padres que ejercen abuso sobre sus hijos suelen cambiar con frecuencia al médico de sus hijos, pero es más probable que continúen llevándolos al dentista. Por lo tanto, los dentistas se encuentran en una posición óptima para identificar y reportar casos de maltrato infantil. A pesar de ello, solo una minoría de los casos reportados de abuso y negligencia infantil son identificados por profesionales de la salud., en comparación con otras profesiones según la literatura. (7) (8)

Existen informes tanto a nivel internacional como nacional que señalan la subnotificación de casos de maltrato infantil, lo que puede llevar a que los niños sufran diversos tipos de abuso y sus consecuencias se manifiesten en la boca y la cavidad bucal. Por esta razón, los pediatras y dentistas podrían ser los primeros profesionales médicos en identificar signos de abuso. Por ello, es fundamental que cuenten con el conocimiento necesario para identificar estos signos y abordar la situación de manera adecuada. Debemos recordar que es responsabilidad de los profesionales de la salud informar todos los casos en los que sospechen de abuso infantil. (9) (10) Frente a lo expuesto se determinó la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024?

1.2.2 Problema específicos

¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024?

¿Cuál es la frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024?

¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024, según sexo?

¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024, según edad?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Determinar la frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024.

Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024según sexo.

Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024, según edad.

1.4 Justificación de la investigación

Teórica

La investigación presentó relevancia teórica, ya que generó nuevos conocimientos relacionados con el maltrato infantil en el ámbito odontológico. Los resultados obtenidos aportaron información esencial para que los profesionales de odontología puedan reconocer y comprender las características de las lesiones bucales sospechosas durante la atención odontopediátrica, fortaleciendo así su capacidad diagnóstica y su rol en la detección temprana de posibles casos de violencia infantil.

Metodológica

El estudio evidenció relevancia metodológica debido a la limitada existencia de investigaciones clínicas desarrolladas entre cirujanos dentistas de la región Lima. En este sentido, constituyó un aporte significativo, al proporcionar herramientas útiles para futuros estudios y contribuir al desarrollo de un instrumento que permita describir con precisión las variables asociadas a las lesiones bucales sospechosas de maltrato infantil.

Práctica

La investigación tuvo relevancia práctica, pues ofreció un soporte fundamental para la labor de los cirujanos dentistas, especialmente de los especialistas en odontopediatría. Los hallazgos permiten fortalecer la capacidad de estos profesionales para implementar medidas preventivas, así como realizar intervenciones tempranas y adecuadas ante posibles casos de maltrato infantil, en coordinación con la familia del menor y con los profesionales médicos correspondientes.

1.5 Limitaciones de la investigación

Temporal:

El periodo de recolección de datos fue breve, comprendido entre los meses de julio y agosto de 2024, lo que puede limitar la representatividad y generalización de los resultados a otros periodos del año.

Espacial:

La investigación se llevó a cabo únicamente en consultorios odontológicos ubicados en el distrito de Surco, región Lima, lo que restringe la aplicabilidad de los hallazgos a otras zonas geográficas o contextos similares.

Población o Unidad de Análisis:

La población estudiada estuvo conformada exclusivamente por cirujanos dentistas colegiados y habilitados que atendieron a pacientes odontopediátricos durante el periodo mencionado, lo que puede limitar la extrapolación de resultados a profesionales no colegiados o a otros grupos de pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Díaz et al. (2022); el propósito fue explorar la frecuencia de lesiones que indican posible maltrato infantil en establecimientos de Odontopediatría de una Universidad Pública en Colombia. Se utilizó un enfoque descriptivo, con una muestra de 100 pares de padres e hijos de entre 6 y 9 años, así como estudiantes de Odontología. Los resultados mostraron que hubo un 12 % de sospechas generales de maltrato infantil y 24 % de sospechas basadas en lesiones en la región facial. La laceración fue la lesión más común, tanto dentro como fuera de la boca, con un 10 %. Se observaron relaciones significativas entre las sospechas generales de maltrato infantil y varias lesiones como desgarros del frenillo labial, cuantiosas cicatrices, quemaduras sugestivas de maltrato, hallazgos de mordeduras, contusiones y laceraciones en los labios ($p < 0,005$), y también entre las sospechas de maltrato infantil basadas en las afecciones orofaciales y ciertos signos como ropa inapropiada, evidencia de dolor físico y maniobras incorrectas de hallazgos corporales, entre otros. ($p < 0,005$). En conclusión, se señala que en establecimientos de Odontopediatría universitarias pueden observarse lesiones que sugieren la posibilidad de maltrato infantil, tanto en la evaluación general como en la específica de la región orofacial. (11)

Duman, C. et al. (2021); tuvo como objetivo identificar y comparar el conocimiento, las actitudes y la práctica del estudiante de odontología de último año en relación con el abuso infantil. El método fue transversal, con muestra que incluyó a 660 estudiantes. En los resultados el cincuenta y seis por ciento de los estudiantes recibieron capacitación formal sobre abuso infantil, y el 86 % quería capacitación adicional. El conocimiento del abuso infantil fue significativamente mayor en Australia, Estados Unidos y Jordania en

comparación con otros países. Internet (60,3%) se utilizaba comúnmente como fuente de información para el abuso infantil. Concluyendo que el estudio mostró que los estudiantes de odontología carecen de conocimientos y experiencia para reconocer y denunciar el abuso infantil. (12)

Al-Ani A. et al. (2021); tuvo como objetivo evaluar los niveles de conocimiento del abuso infantil entre los estudiantes que asisten a la Escuela de Medicina Dental y Oral de la Universidad de Hamburgo-Eppendorf, Alemania. El estudio fue transversal con una muestra que incluyó a 181 partícipes. En los resultados los estudiantes (181) eran conscientes de sus responsabilidades legales y éticas hacia los niños y sus padres. Más de dos tercios (69,6%) respondieron positivamente cuando se le preguntó si un dentista debería ser legalmente responsable de denunciar los casos de abuso infantil que se les señala. La mayoría de los estudiantes (96,1%) estuvieron de acuerdo en que los dentistas tenían el deber ético de informar sobre tales casos. Sin embargo, los estudiantes no pudieron definir o describir los signos, síntomas e indicadores sociales del abuso infantil. Aproximadamente el 93,4 % de los estudiantes carecían de capacitación básica relacionada con el abuso infantil, mientras que el 95,7 % de ellos indicaron que no había suficiente capacitación en cuestiones relacionadas con el abuso infantil. Concluyendo que hay una falta general de información sobre el abuso infantil entre los estudiantes de odontología. (13)

Chofré (2020); presentó como finalidad un análisis del conocimiento de los profesionales de odontología sobre los aspectos clave del maltrato infantil en su contexto. Los objetivos específicos incluyeron evaluar la capacidad de reconocer señales de maltrato infantil, investigar posibles diferencias en conocimientos y actitudes según género, edad, experiencia profesional y formación académica recibida. También se buscó determinar si los dentistas estaban al tanto de sus obligaciones y los procedimientos ante la sospecha

de maltrato infantil, y explorar las opiniones de los profesionales sobre su formación en estos temas. Se utilizó una metodología observacional transversal con 210 encuestados. Del total, 75,2% eran damas y 24,8% hombres, con la mayoría teniendo menos de 5 años de experiencia laboral (47,1%) y formación de postgrado adicional. El 92,4% de los encuestados afirmó conocer la necesidad de actuar, y 94,3% entendía su obligación de informar en casos de maltrato. El 65,7% consideraba insuficiente la formación recibida en maltrato infantil y su relevancia práctica diaria, mientras que solo el 24,7% se sentía preparado para intervenir como testigo en casos de maltrato infantil. El 95,7% expresó interés en recibir más información sobre maltrato infantil y su relación con la odontología. En resumen, los resultados sugieren la necesidad de aumentar las oportunidades de formación en el reconocimiento y los protocolos de actuación frente a la sospecha de maltrato infantil, tanto en programas de pregrado como en la formación continua de postgrado. (14)

López et al. (2020); El propósito fue analizar cómo la educación actual en odontopediatría influye en el entendimiento, las opiniones y la disposición de los estudiantes hacia el maltrato infantil, así como en su voluntad para informar posibles sospechas. Para ello, se seleccionó una muestra de 30 alumnos de tercer año y 58 de quinto año, inscritos en el programa de Odontología en 2017, con una tasa de participación del 44,77% en tercer año y del 95% en quinto año. Se obtuvieron datos mediante el uso de una encuesta validada anteriormente. Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos, pruebas de proporciones entre dos muestras, pruebas t de muestras independientes y la prueba de Wilcoxon para examinar los resultados de las encuestas. Se observó que casi todos los estudiantes (96,4%) informaron haber recibido instrucción sobre maltrato infantil. Los estudiantes de quinto año mostraron un nivel más alto de comprensión sobre el concepto ($p=0,00$) y el diagnóstico del maltrato ($p=0,00$), fueron más competentes en

identificar seis tipos de maltrato ($p=0,00047$) y seis indicadores ($p=0,000$), y demostraron una mayor conciencia acerca de la obligación legal de reportar casos sospechosos y los procedimientos correspondientes. Se concluyó que la formación proporcionada a los estudiantes aumenta su entendimiento sobre el maltrato infantil y promueve su incentivo para involucrarse activamente en la protección de los niños. No obstante, no se percibió un aumento en su confianza personal para identificar posibles casos de maltrato ni para reportarlos. (15)

Kural et al. (2020); tuvo como finalidad analizar el grado de conocimiento, actitudes y conciencia sobre el abuso y la negligencia infantil (CAN) entre los odontólogos. La metodología fue transversal con muestra de 20 298 miembros de la Asociación Dental Turca (TDA). Resultando que, de los dentistas participantes, 32,7 % pudo identificar casos de casos de CAN, mientras que el 17,1 % tenía casos sospechosos de abuso infantil y solo el 1 % de ellos, los reportaron a las autoridades. Las cogniciones más predichas para la vacilación de informar de los casos de CAN fueron la falta de antecedentes adecuados (45 %), la falta de conocimiento sobre el papel del trabajador de la salud en la notificación de CAN (18,3%), y consideraciones sobre las posibles consecuencias contra el niño (18,8%). Solo el 11,6 % de los participantes habían recibido capacitación de nivel de pregrado sobre el tema de CAN; la mayoría (86,5%) expresó la necesidad de una educación adicional sobre este tema y, además, el 84,3 % creía que debería ser parte de la educación de posgrado. Concluyendo que las mejoras en la enseñanza de CAN y los programas de formación continua son necesarias para equipar a los profesionales de la odontología con el conocimiento adecuado sobre los indicadores físicos y de comportamiento de un posible abuso, la legislación actual con respecto a la notificación obligatoria y los procedimientos para informar sobre casos sospechosos. (16)

Ozgun et al. (2020); la finalidad fue analizar el entendimiento, las vivencias y las posturas de los odontopediatras turcos en relación al abuso físico infantil. Como metodología fue transversal con muestra de 518 dentistas pediátricos. Resultando que la tasa de respuesta fue del 40,9 % ($n = 212$). Los participantes que completaron su educación de pregrado antes de 1997 recibieron significativamente menos educación sobre el abuso físico infantil que los participantes que completaron su educación más recientemente ($P < 0,001$). Aunque estadísticamente insignificantes, los participantes que completaron su capacitación de doctorado/especialidad después de 2012 recibieron una mayor educación sobre el abuso físico infantil ($P = 0,06$). De los participantes, el 43,9 % sospechaba de abuso físico; sin embargo, solo el 12,7 % lo informó. "No sabía dónde y cómo denunciar" era la razón más común para no denunciar el abuso físico. De los participantes, el 70,3 % no conocían las sanciones legales por retrasar o no informar de casos sospechosos. Solo el 15,6 % se evaluó a sí mismo como competente para diagnosticar y denunciar el abuso físico. Concluyendo que se deben satisfacer las necesidades educativas de los dentistas pediátricos turcos para diagnosticar y denunciar casos de abuso físico infantil. (17)

Gopalakrishna et al. (2020); tuvo como finalidad examinar el nivel el conocimiento y las actitudes hacia el abuso y la negligencia infantil entre los estudiantes y pasantes de pregrado en medicina y odontología (UG) en Riad. La metodología fue un estudio transversal distribuyó un cuestionario estructurado autoadministrado a 351 estudiantes de medicina y odontología y pasantes de UG en diferentes facultades médicas y dentales públicas y privadas en Riad. Resultando que alrededor del 57,5% de los participantes informaron haber tenido capacitación formal sobre CAN durante su estudio de UG. La puntuación media de conocimiento relacionada con el CAN fue de $6,81 \pm 1,17$ para los participantes médicos y $6,35 \pm 1,35$ para los participantes dentales, y hubo una discrepancia que fue estadísticamente relevante ($P = 0,001$). La mayoría de los

participantes creían que la principal barrera para no informar de un caso sospechoso de CAN es el miedo a las consecuencias (médica = 82,4 %, dental = 68,5 %, $P = 0,01$). Alrededor del 77 % de los participantes estuvieron de acuerdo con la necesidad de capacitación adicional para tratar los casos sospechosos de CAN. Concluyendo que este estudio mostró que los participantes dentales tenían relativamente menos conocimiento sobre la presentación clínica de la CAN que los participantes médicos. (18)

Flores, Pérez (2019); tuvo como objetivo investigar el grado de conocimiento y las actitudes del alumnado dental de una universidad privada respecto a las lesiones peribucales como indicadores de maltrato infantil. La muestra consistió en 215 participantes. Los resultados no revelaron diferencias significativas, y se observó un alto nivel de conocimiento, con un 91,2 %, así como una actitud adecuada, con un 67,2 %. Se concluyó que, aunque el conocimiento sobre las lesiones peribucales como señal de maltrato infantil fue deficiente, la actitud de los estudiantes fue positiva. (19)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Lesiones bucales en el maltrato infantil

El abuso físico, también conocido como síndrome del infante maltratado, generalmente implica el uso intencional de diversos tipos de traumas contundentes en repetidas ocasiones. Las lesiones cutáneas típicas incluyen equimosis y excoriaciones, así como abrasiones laceradas y contusiones contiguas que pueden aparecer de manera progresiva y significativa. (20) (21)

Las manifestaciones en la región orofacial del abuso físico pueden incluir hematomas, abrasiones o laceraciones en la lengua, labios, mucosa oral, paladar duro y blando, encías, mucosa alveolar y frenillo. Además, se pueden observar fisuras dentales, luxaciones y

avulsiones dentales, así como fracturas maxilares y mandibulares. Los labios pueden presentar hematomas, cicatrices de traumas previos, quemaduras por alimentos calientes o cigarrillos, equimosis y excoriaciones, y pueden mostrar signos de maltrato al ser amordazados, como hematomas o cicatrices en las comisuras de la boca. (22)

En la cavidad oral, las lesiones visibles en el frenillo labial o lingual, causadas por agresiones o alimentación forzada, son hallazgos relevantes de abuso físico crónico en niños. Las estructuras dentales pueden mostrar fisuras, dislocaciones, avulsiones o movilidad anormal, y los dientes descoloridos pueden indicar necrosis pulpar como resultado de un trauma previo. Además, la mandíbula y el maxilar pueden presentar signos de fisura prematura en áreas como los cóndilos, la rama ascendente mandibular y la sínfisis mandibular. (23) (24)

La presencia de numerosas lesiones en diversas etapas de curación debe generar sospechas de abuso. Las lesiones en la boca y los dientes pueden surgir por el uso de objetos como aditamentos para comer, cubiertos o biberones transcurrida la alimentación forzada, así como por el contacto con manos, dedos, líquidos calientes o sustancias cáusticas. (25) (26)

Lesiones peribucales en el maltrato en abuso sexual

La agresión sexual se puntualiza como la participación de un menor en actividades sexuales con un adulto, con el propósito de satisfacer al adulto y aprovechando la vulnerabilidad física y emocional del menor, quien no puede comprender completamente la naturaleza de la actividad. Algunos signos que pueden indicar abuso sexual incluyen enrojecimiento, úlceras, vesículas con drenaje purulento o pseudomembranoso, y lesiones condilomatosas en los labios, lengua, paladar y faringe nasal. (27)

Ante la sospecha de contacto oro-genital, se recomienda referir al paciente a centros clínicos especializados para realizar exámenes exhaustivos y pruebas de laboratorio para enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, virus del papiloma humano, clamidia, sífilis y VIH, así como considerar la transmisión vertical, de madre a hijo. Las verrugas genitales, ocasionadas por el virus del papiloma humano, a menudo aparecen como lesiones únicas o múltiples con aspecto de coliflor. La sífilis puede manifestarse como una pápula en el área labial. (28)

Es crucial diferenciar entre lesiones traumáticas, trastornos hemorrágicos, tos o vómitos violentos, tendencias hemorrágicas y efectos de la medicación anticoagulante en casos de abuso infantil. En particular, las marcas de mordedura de adultos en niños suelen estar asociadas con abuso sexual o físico. (29)

Al examinar las marcas de mordedura, se debe realizar un análisis estándar que incluya la forma y tamaño del arco dental, el número y configuración de los dientes, la disposición de los dientes, y estas características se comparan con las características anatómicas del presunto agresor. Un trayecto lineal intercanino superior a 3,0 centímetros sugiere una mordida de un adulto. (30)

La visibilidad de una marca de mordedura puede variar, siendo más evidente unos días después de la agresión a medida que el edema disminuye y los tejidos afectados comienzan a sanar. (31) Además de ser examinadas y documentadas, las marcas de mordedura deben ser fotografiadas con una regla milimetrada para proporcionar una referencia de tamaño. En cualquier caso, para recopilar y analizar adecuadamente los hallazgos clínicos de este tipo de lesión, se recomienda la consulta con un experto forense. (32)

Identificación del abuso

Las estadísticas mundiales actuales sobre el reconocimiento y la denuncia del abuso infantil por parte de los dentistas no están disponibles. Sin embargo, informes anteriores muestran que existe una identificación inadecuada de los casos de abuso infantil y su denuncia es baja. Numerosos incidentes de abuso infantil no se comunican oficialmente. Se ve que los egresados de odontología no están bien preparados para reconocer estos casos, y aunque pueden hacerlo, no tienen el conocimiento adecuado sobre cómo ni dónde reportarlos. Por lo tanto, es imperativo esbozar algunos de los signos de abuso fácilmente reconocibles. (33)

Signos de abuso físico y sexual

Extraoral

Equimosis (bofetadas, ataques, mordeduras). (33)

Contusiones (signo de batalla). (33)

Excoriaciones/abrasiones. (33)

Laceraciones. (33)

Contusiones. (33)

Hematomas. (33)

Quemaduras (cigarrillos, encendedores, instrumentos calientes). (33)

Alopecia traumática. (33)

Liquenificación de comisuras. (33)

Intraoral

Frenillo labial/lingual desgarrado. (33)

Abrasiones/laceraciones de encías, lengua, paladar, piso de la boca. (33)

Fracturas/dislocaciones/avulsiones/movilidad patológica de los dientes. (33)

Fracturas de mandíbula/maxilar. (33)

Maloclusiones (debido a traumatismos previos). (33)

Abuso sexual

Úlceras, vesículas (drenaje purulento o pseudomembranus y lesiones condilomatosas de labios, lengua, paladar y nariz-faringe). (34)

Eritema/petequias, (de etiología desconocida, en la unión del paladar blando y duro o en el piso de la boca). Diferenciarlas de lesiones traumáticas, lesiones hemorrágicas, tos o vómitos violentos, diátesis hemorrágica, tratamiento farmacológico antitrombótico o anticoagulante. (34)

Marcadores de comportamiento en víctimas de abuso sexual: Conducta sexualmente explícita inapropiada, comportamiento defensivo intensificado. (34)

Signos de abuso emocional y negligencia

Abuso emocional. (34)

Bajar la autoestima de un niño. (34)

Gritar o hablar groseramente. (34)

Insultos y uso de lenguaje abusivo. (34)

Comparación entre hermanos y otros niños. (34)

Negligencia

El abandono se manifiesta a menudo en forma de abandono de niñas en el país y algunos de sus indicadores son:

Falta de atención a las niñas en comparación con los hermanos. (34)

Menos parte de los alimentos en la familia. (34)

Cuidado de hermanos por la niña. (34)

Discriminación de género. (34)

Rol de un dentista

Los odontólogos poseen una posición privilegiada en el registro del abuso infantil. Dado que la generalidad de los signos distintivos puede ser observados en las áreas faciales y bucales (como se mencionó previamente), la identificación y notificación del abuso no solo se convierte en un deber moral, sino también legal. Además, se ha observado que los perpetradores suelen cambiar de hospital y médico para evitar levantar sospechas; sin embargo, suelen visitar al mismo dentista de manera recurrente. Es crucial reportar el abuso infantil para proteger a estos niños de un posible daño continuado. En algunos casos, estas víctimas pueden reproducir el ciclo de abuso con sus propios hijos. (35) (36)

Detección del maltrato infantil en la clínica dental

La ausencia de una historia completa o explicaciones insatisfactorias sobre las lesiones deben generar preocupación por la posibilidad de maltrato. La tardanza en buscar tratamiento, la presencia de múltiples lesiones, la presencia de un adulto que no sea el padre o los padres que solicitan tratamiento, y las lesiones atribuidas a un hermano son

todos posibles indicadores de abuso, especialmente si hay discrepancias entre los hallazgos clínicos y el relato proporcionado. (37)

Es importante realizar una evaluación adicional cuando los niños muestran comportamientos violentos, se muestran retraídos, parecen desconectados del entorno, muestran desconfianza hacia los adultos, tienen un comportamiento o conocimiento sexual inusual, o visten de manera inapropiada para la temporada. El equipo dental debe estar atento a cualquier señal de cojera, preferencia por una extremidad o parte del cuerpo, dificultad para sentarse o cualquier cambio en el estado emocional o mental del niño desde el momento en que ingresan a la clínica dental. (37)

Reporte del abuso por parte de los cirujanos dentistas

Se ve que los dentistas generalmente se asustan cuando se trata de reportar casos de abuso infantil. Aunque la mayoría de ellos confirma que pueden identificar el abuso, irónicamente, la misma mayoría duda en denunciarlo a las autoridades correspondientes.

Algunas razones por las que este podría ser el caso son las siguientes:

Miedo al enredo legal. (38)

Miedo a perder pacientes. (38)

Apatía a la gravedad del crimen. (38)

Temeroso de ser abordado por la familia. (38)

Falta de fe en los servicios de protección infantil. (38)

Inadecuada educación y formación en la materia. (38)

Los dentistas deben saber que tienen el mandato de denunciar los casos sospechosos de maltrato infantil, con inmunidad otorgada a los denunciantes voluntarios que actúan de

buena fe. Es importante desarrollar y seguir un protocolo adecuado cuando se presenta un caso sospechoso. Entrevistar a los padres y al niño juntos y documentar esta actividad es el primer paso para reconocer y denunciar el abuso infantil. Algunos otros consejos son:

Una evaluación general del niño debe comenzar tan pronto como entre en la clínica. (38)

La entrevista debe realizarse en presencia de un testigo. (38)

Es preferible interrogar a los padres y al niño por separado. (38)

Se deben hacer preguntas abiertas, no amenazantes y descriptivas. (38)

El entrevistador debe ser objetivo y no intentar probar el abuso. En su lugar, el padre debe estar seguro de apoyo. (38)

Cualquier discrepancia en la descripción del niño y de los padres del incidente/lesión debe ser notada antes de informar a las autoridades. (38)

Si hay signos de abuso y el dentista siente que el padre podría tratar de irse de la clínica con su hijo, entonces el dentista primero debe informar a las autoridades correspondientes y luego informar a los padres sobre lo mismo. (38)

2.2.2. Maltrato infantil

La Ley de Tratamiento y Prevención del abuso infantil (CAPTA) conceptualiza el maltrato como un acto reciente o la falta de acción que ocasiona perjuicio físico o emocional grave, abuso sexual o explotación, o un peligro inminente de daño grave para un niño, perpetrado por un padre o cuidador responsable del bienestar del niño. (39)

Etiología del maltrato infantil

Según las investigaciones aplicadas, el maltrato infantil (MI) es un problema complejo que involucra múltiples factores, incluidos los relacionados con el agresor, la víctima, el

entorno circundante y los factores desencadenantes relevantes de la agresión. Se ha encontrado que el 90% de los agresores tienen algún tipo de relación con el niño afectado, siendo comúnmente el cuidador principal, y suelen presentar características como el aislamiento, la depresión y una carga significativa de estrés. (40) (41)

Factores de riesgo

Hoy en día, se observa que el maltrato infantil ocurre sin que necesariamente existan trastornos psicopatológicos en los perpetradores. (42)

En particular, una baja autoestima, altos niveles de egoísmo, egocentrismo, inseguridades, necesidad de validación y dependencia son características comunes entre los abusadores. (42)

Tipos de maltrato

Coexisten varias conveniencias de categorizar el maltrato infantil, siendo una de las más importantes la que lo divide en negligencia física, abuso sexual y abuso psicológico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas formas de maltrato también incluyen elementos emocionales, y el abuso sexual, a pesar de ser una forma de maltrato en sí mismo, a menudo se clasifica dentro del maltrato físico. (43)

Maltrato físico

El maltrato físico puede incluir lesiones causadas por una fuerza significativa sobre un niño, incluso durante el tiempo intrauterino. Algunos investigadores incluso categorizan específicamente este tipo de maltrato, que puede ocurrir debido al abandono médico de la madre necesario para gestionar su embarazo, especialmente en casos de intoxicación o riesgo de aborto. Se considera maltrato físico cualquier tipo de agresión provocada por

un adulto, que resulta en la aplicación no intencional de fuerza física que produce una lesión que afecta la piel, como enrojecimiento. (44) (45)

Maltrato Psicológico

Este es un esquema que involucra daño entre el cuidador y el niño, expresado mediante el uso de lenguaje y expresiones afectivas que constantemente afectan su vulnerabilidad.

(46) El maltrato emocional abarca:

El menosprecio a los individuos. (46)

Asustar al infante. (46)

La explotación laboral o corrupción del infante. (46)

Negar la respuesta emocional. (46)

Evitar o mandar lejos al infante. (46)

Aislamiento al infante. (46)

Patrones de crianzas inapropiados. (46)

Maltrato sexual

Al explotar al menor por actos sexuales comprende desde exhibiciones indecentes, tocamientos inapropiados a infantes a actividades sexuales, prostitución, secuestro, incesto, pornografía y comercio sexual. Se exhiben en genitales del cual no es diagnosticados por el estomatólogo, pero se hallan expresiones orales. (47) (48)

Factores de riesgo

El maltrato infantil no suele ocurrir sin razón y es el resultado de diferentes factores/causas. Un sondeo cuidadoso generalmente revela factores de fondo que llevan a las personas a recurrir a tales tendencias. (49) Algunos de los factores de riesgo comúnmente aceptados son:

Niños con necesidades especiales de atención médica: problemas de aprendizaje, trastornos del desarrollo, enfermedades crónicas, retraso mental, etc. (49)

Hijos no deseados: embarazo adolescente, no planificado o gemelar. (49)

Conocimiento mal equipado de la crianza de los hijos y la salud infantil. (49)

Padre deprimido o violencia de pareja dentro de una familia. (49)

Vecindarios peligrosos o malas instalaciones recreativas. (49)

La pobreza y las cargas asociadas. (49)

Sin embargo, cabe señalar que los niños de todos los niveles socioeconómicos y no solo las familias de bajos ingresos corren el riesgo de ser maltratados. (49)

Indicadores de maltrato infantil

Algunas señales que indican abuso infantil pueden ser:

Falta de preocupación de los padres por el niño. (50)

No reconocer las necesidades emocionales y la angustia de un niño. (50)

Negar problemas en el hogar o la escuela y culpar al niño por ello. (50)

Menospreciar y regañar al niño. (50)

Recurrir al castigo físico duro en caso de que el niño se porte mal. (50)

Exige perfección en las tareas diarias del niño. (50)

Consecuencias del abuso infantil

Estas víctimas pueden sufrir de:

Consecuencias para la salud física: deterioro del desarrollo cerebral y inadecuado bienestar físico. (51)

Secuelas psicológicas: deterioro del apego psicológico en bebés, problemas de salud mental y emocional, dificultades cognitivas y sociales. (51)

Consecuencias conductuales: transgresión juvenil, delincuencia adulta, abuso de sustancias y comportamiento agresivo. (51)

Aparte de estos, la negligencia dental también puede afectar negativamente a un niño de las siguientes maneras:

Dolor dental. (51)

Dificultad para comer. (51)

Pérdida de la función bucal. (51)

Sueño interrumpido. (51)

Mala apariencia. (51)

Bajo peso. (51)

Bajo rendimiento en la escuela y autoestima. (51)

Mala calidad de vida. (51)

2.3. Definición de términos básicos

Maltrato infantil: Es la omisión de actuar que resulta en la muerte, lesiones físicas o emocionales graves, abuso sexual, o un riesgo inminente de daño grave. (39)

Maltrato físico: Es una herida infringida por medio del empleo de fuerza enorme sobre un infante. (44) (45)

Maltrato Psicológico: Se trata de un esquema que implica daño entre el cuidador y el niño, surgido a través del uso del lenguaje y expresiones afectivas. (46)

Maltrato sexual: Se refiere al maltrato donde el menor es explotado mediante actos sexuales comprende desde exhibiciones indecentes, tocamiento inapropiados a infantes a actos sexuales, prostitución, rapto, incesto, pornografía y comercio sexual. (47) (48)

Lesiones bucales sospechosas: Son heridas tanto en tejidos blandos o duros producidas por algún tipo de violencia derivado de maltrato infantil. (20) (21)

Aterrorizar al niño: Acciones que dispone al infante inseguridad. (46)

Patrones de crianza inadecuados o inconsistentes: Normativas de crianza contrapuestas o ambivalentes. (46)

Marcadores de comportamiento en víctimas de abuso sexual: Conducta sexualmente explícita inapropiada, comportamiento defensivo intensificado. (46)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.

Ho: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi: La frecuencia de lesiones bucales es alta en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Ho: La frecuencia de lesiones bucales es baja en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024

Hi: La frecuencia de maltrato infantil es alta en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Ho: La frecuencia de maltrato infantil es baja en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Hi: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según sexo.

Ho: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según sexo.

Hi: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según edad.

Ho: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociada a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según edad.

CAPÍTULO III DISEÑO Y MÉTODOS

3. METODOLOGÍA

Método de la investigación:

El método fue hipotético – deductivo, pues implicó la formulación de hipótesis utilizando las dos variables generadas en la presente tesis, y luego verificar si nuestros resultados confirman o refutaron nuestra hipótesis principal. (52)

Enfoque de la investigación:

Se utilizó un enfoque metodológico basado en la cuantificación de datos, porque se ejecutó los cálculos de las variables por técnicas estadísticas, por ende, podremos observar y verificar la relación que presentaron entre sí. (52)

Tipo de investigación:

El estudio fue de tipo básica, porque se enfocó en generar y ampliar el conocimiento teórico sin buscar una aplicación inmediata o práctica específica. (52)

Diseño de la investigación:

Conforme el parámetro de Hernández R. fue un estudio no experimental, porque no alteraremos la variable bajo análisis para examinar las consecuencias específicas que se produjeron. Correlacional, donde se analizó la correlación que exhibieron entre sí. Transversal, porque el cálculo se presentó en un único lapso, y retrospectivo. (52)

3.2. Población, muestra y muestreo

Población

La población estuvo conformada por cirujanos dentistas que ejercieron su labor profesional en la región Lima durante el año 2024. La inclusión del año permite delimitar

temporalmente el estudio, garantizando que los datos obtenidos correspondan específicamente a ese periodo y reflejen la situación actual de la práctica odontológica en relación con la detección de lesiones bucales sospechosas de maltrato infantil.

Criterios de inclusión:

- Cirujanos dentistas de la región lima – 2024.
- Cirujanos dentistas de ambos sexos.
- Cirujanos dentistas colegiados y habilitados.
- Cirujanos dentistas que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Otros profesionales de la salud.
- Estudiantes de odontología.
- Internos de odontología.

Muestreo

Tipo de Muestreo: método probabilístico con muestreo aleatorio simple, estudio para determinar parámetros de variables cuantitativas

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = Dimensión muestral

N = Universo =500

Z = Confianza 95% ->

Z=1,96

e = Error (5%)

p = Posibilidades de éxito (0.5)

Q = Posibilidades de fracaso (0.5)

$$n = \frac{500 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(500 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 218$$

La muestra fue 218 cirujanos dentistas de la región lima pertenecientes al distrito de Surco en el año 2024.

Variables y operacionalización

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
Lesiones bucales sospechosas	Son heridas tanto en tejidos blandos o duros producidas por algún tipo de violencia derivado de maltrato infantil. (33) (34)	Lesiones en tejidos duros Lesiones en tejidos blandos	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Ausencia Presencia
Maltrato infantil	Se trata de una acción reciente o la omisión de actuar que conlleva a la muerte, lesiones físicas o emocionales graves, abuso o explotación sexual, o un riesgo inminente de daño grave. (20)	Indicadores físicos sospechosos indicadores comportamentales sospechosos	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Presencia Ausencia
Sexo	Se hace referencia a las particulares biológicas que definen el contraste entre varón y mujer. (42)	Sexo biológico	Ficha de recolección de datos	Cualitativo Nominal	Femenino Masculino
Edad	Basado en el tiempo de vida que tiene la persona al momento de iniciar la investigación. (42)	Edad cronológica	Ficha de recolección de datos	Cuantitativo Ordinal	28 – 35 años 36 – 43 años 44 -51 años

Definición operacional

Lesiones bucales sospechosas: Son heridas tanto en tejidos blandos o duros producidas por algún tipo de violencia derivado de maltrato infantil. (33) (34)

Maltrato infantil: Consiste en una acción reciente o una escasez de acción que resulta en muerte, perjuicio físico o emocional serio, abuso o explotación sexual, o un riesgo inminente de daño grave. Esta acción involucra a un niño y es llevada a cabo por un padre o cuidador encargado de su bienestar. (20)

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica utilizada fue la observación, mediante la cual se recopilaron datos en un formulario de recolección de datos sobre las lesiones bucales sospechosas y también la encuesta donde se recogió datos del maltrato infantil.

Descripción de instrumentos

El instrumento incluyó tres secciones: la primera sección recopiló datos sociodemográficos como la edad y el sexo del estudiante y del niño. El segundo segmento evaluó el estado físico general del niño para identificar señales físicas y comportamentales sospechosas de maltrato infantil, como vestimenta inapropiada para el clima, inconsistencias en los relatos entre padres e hijos sobre el origen de las lesiones sospechosas, reporte de dolor crónico corporal, manejo inadecuado de lesiones corporales, y problemas en la relación entre padres e hijos, así como la tardanza en la asistencia a la consulta odontológica, entre otros. La tercera sección investigó la conducta del estudiante ante las sospechas de maltrato infantil. En un segundo instrumento se registrarán las evaluaciones clínicas intra y extraorales de lesiones sospechosas de

maltrato infantil, como desgarros de frenillo labial y lingual, quemaduras sugestivas de maltrato, marcas de mordeduras de adultos, laceraciones no accidentales producto de pellizcos, y hematomas peri e intraorales.

Se consideró la presencia de uno o más signos físicos y/o comportamentales sospechosos de maltrato infantil (MI), y para determinar la recurrencia de sospecha de MI solo se evaluaron lesiones en la región orofacial intraoral y extraoral. Se tomó en cuenta la manifestación clínica de la lesión junto con el relato proporcionado por los padres sobre su origen, comparando si coincide o no con la lesión descrita en el algoritmo para la detección de sospecha de MI de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Validación

La validación del instrumento se dio por los investigadores Díaz S. en el año 2022. (11)

Confiabilidad

Se evaluó la fiabilidad del instrumento utilizando un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,78. También se llevaron a cabo pruebas de acuerdo inter e intra-examinador entre estudiantes de odontología y una odontóloga especializada en la detección de lesiones sospechosas de maltrato infantil en odontología, al revisar un estudio de pacientes, logrando una índice kappa de 0,80 y 0,78. (11)

3.4. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se crearon tablas de frecuencias absolutas y relativas en el programa SPSS versión 25 donde las cifras estarán representadas por tablas y gráficos para las variables. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba de chi cuadrado.

3.5. Aspectos éticos

Se seguirán los criterios establecidos por el Colegio Odontológico del Perú.

Los datos obtenidos en el estudio no fueron compartidos con otros propósitos, sin manipulación, plagio o sin declarar cualquier conflicto de intereses que se presentaron.

La tesis se redactó asegurando que la identidad de los colaboradores se mantuvieron confidencial y respetando los principios de imparcialidad, honestidad y equidad.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1. Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024

(Hipótesis Nula) H₀: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.

(Hipótesis Alternativa) H₁: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024

Criterio de decisión

Si $p < 0,05$ rechazamos la **H₀** y aceptamos **H₁**

Si $p > 0,05$ rechazamos la **H₁** y aceptamos **H₀**

	Prueba de chi - cuadrado	P valor
Lesiones bucales - Maltrato infantil	4,419 ^a	0,036

Prueba estadística: Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Según la prueba de chi-cuadrado, la frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, con un valor p menor a 0,05, lo que lleva a aceptar la hipótesis alternativa **H₁**.

Tabla 2. Frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024

Lesiones bucales		
	Fi	%
Ausencia	82	37,6
Presencia	136	62,4
Total	218	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Visualizamos que el 62,4% de los pacientes odontopediátricos presenta lesiones bucales.

Figura 1. Frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024

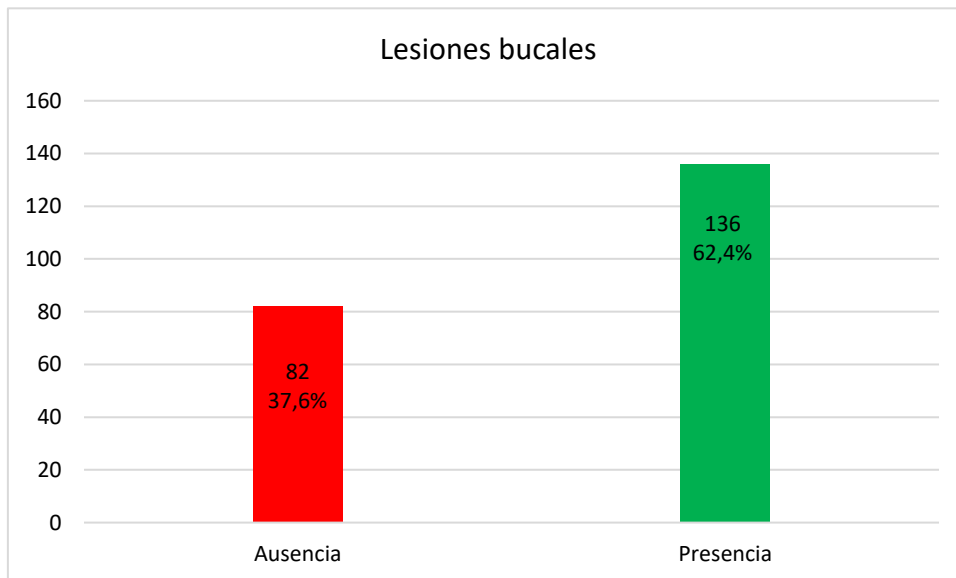


Tabla 3. Frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024

Maltrato infantil		
	Fi	%
Ausencia	86	39,4
Presencia	132	60,6
Total	218	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Podemos observar una mayor proporción del 60,6% de los pacientes odontopediátricos presenta maltrato infantil.

Figura 2. Frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región Lima - 2024

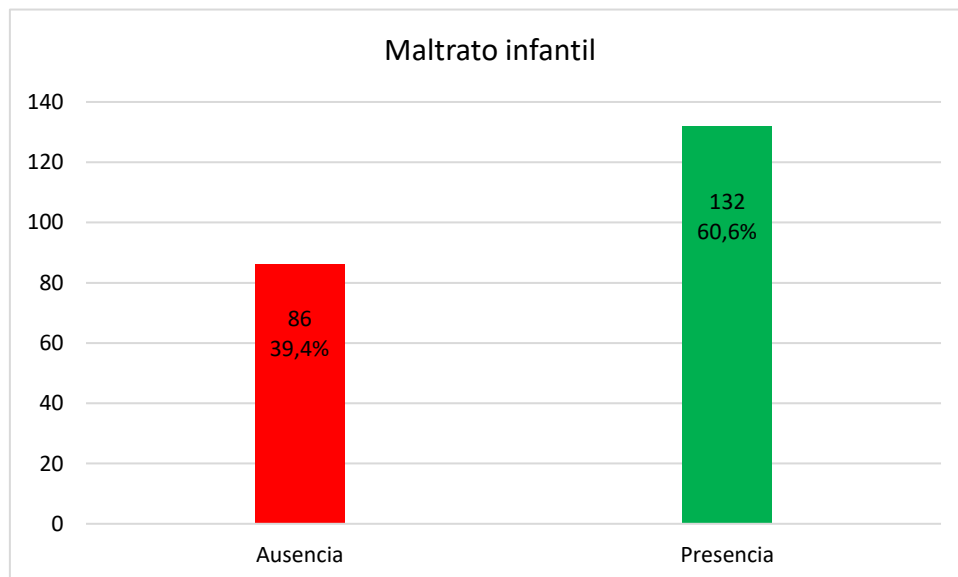


Tabla 4. Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo

		Sexo						P valor
		Femenino		Masculino		Total		
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Lesiones bucales	Ausencia	53	24,3	29	13,3	82	37,6	0,045
	Presencia	69	31,7	67	30,7	136	62,4	
Maltrato infantil	Ausencia	57	26,1	29	13,3	86	39,4	0,013
	Presencia	67	30,7	65	29,8	132	60,6	
	Total	122	56,0	96	44,0	218	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Según el análisis de chi-cuadrado, presenta una asociación estadísticamente significativa entre las lesiones bucales con el sexo ($p=0,045$), no obstante, los cirujanos dentistas del sexo femenino visualizaron que hay una mayor ocurrencia, llegando al 31,7% de lesiones bucales en los pacientes odontopediátricos.

Así mismo, se empleó la prueba de chi-cuadrado en la siguiente variable donde también muestra una asociación estadísticamente significativa entre el maltrato infantil con el sexo, ($p=0,013$), En este caso, los cirujanos dentistas del sexo femenino observaron que hay una mayor incidencia, llegando al 30,7% de maltrato infantil en los pacientes odontopediátricos.

Tabla 5. Frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según edad

		Edad agrupada						Total	P valor	
		28 - 35 años		36 - 43 años		44 - 51 años				
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Lesiones bucales	Ausencia	32	14,7	47	21,6	3	1,4	82	37,6	0,018
	Presencia	49	22,5	65	29,8	22	10,1	136	62,4	
Maltrato infantil	Ausencia	29	13,3	52	23,9	5	2,3	86	39,4	0,035
	Presencia	52	23,9	60	27,5	20	9,2	132	60,6	
	Total	81	37,2	112	51,4	25	11,5	218	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: De acuerdo con la prueba de chi-cuadrado, revela una asociación estadísticamente significativa entre las lesiones bucales con la edad ($p=0,018<0,05$). Se observó que los cirujanos dentistas en el rango de edad de 36 a 43 años, manifestaron una mayor prevalencia, alcanzando un 29,8% de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos.

Del mismo modo, este análisis también muestra una asociación estadísticamente significativa entre el maltrato infantil y la edad ($p=0,035<0,05$). Se observó que los cirujanos dentistas en el rango de edad de 36 a 43 años detectaron una incidencia más alta, alcanzando un 27,5%, de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos.

Tabla 6. Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo

	Sexo	
	Fi	%
Femenino	122	56,0
Masculino	96	44,0
Total	218	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: En cuanto a las características sociodemográficas, el sexo femenino representa el mayor porcentaje del 56,0% de la muestra.

Figura 3. Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según sexo

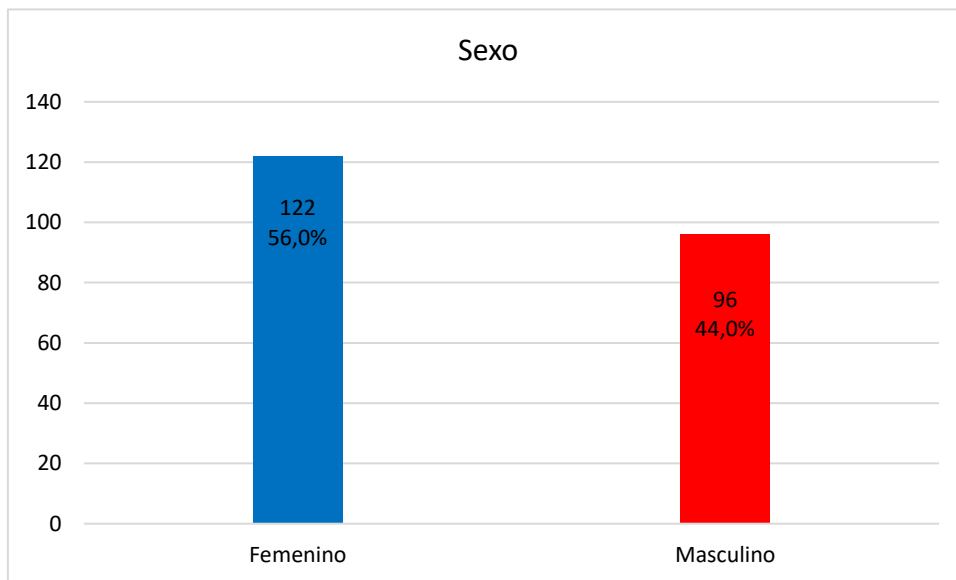


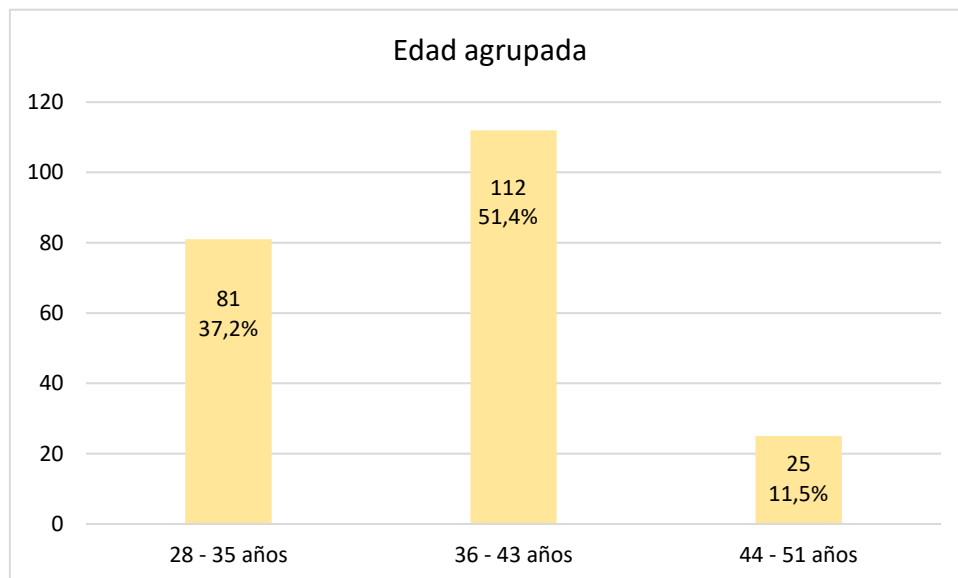
Tabla 7. Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según edad

	Edad agrupada	
	Fi	%
28 - 35 años	81	37,2
36 - 43 años	112	51,4
44 - 51 años	25	11,5
Total	218	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: En el grupo etario podemos ver una mayor porcentualidad del 51,4% entre las edades de 36 – 43 años y con una menor porcentualidad de 11,5% entre las edades de 44 – 51 años en los cirujanos dentistas.

Figura 4. Características sociodemográficas cirujanos dentistas de la región Lima – 2024, según edad



4.2. Discusión

La tesis tuvo como objetivo determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociadas a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

En este estudio, se observó una prevalencia significativa de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos, con un 62,4%. Del mismo modo, se identificó una frecuencia de maltrato infantil del 60,6% en los pacientes atendidos. Se encontró que el sexo del cirujano dentista se relaciona significativamente tanto con la presencia de lesiones bucales ($p=0,045$) como con el maltrato infantil ($p=0,013$). Las cirujanas dentistas (sexo femenino) fueron las que reportaron el mayor porcentaje de lesiones bucales y sospechas de maltrato infantil (31,7% y 30,7%, respectivamente). En cuanto a la edad de los cirujanos dentistas, se encontró que aquellos con una mayor experiencia profesional (de 36 a 43 años) fueron los que reportaron una mayor frecuencia de lesiones bucales (29,8%) y maltrato infantil (27,5%).

En este estudio, se observó una prevalencia significativa de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos, con un 62,4%. Del mismo modo, se identificó una frecuencia de maltrato infantil del 60,6% en los pacientes atendidos discrepando con lo encontrado por **Díaz et al. (2022)**; donde los resultados mostraron que hubo un 12% de sospechas generales de maltrato infantil y 24 % de sospechas basadas en lesiones en la región facial.

Varios estudios, como el de **Al-Ani et al. (2021)**, destacan que aunque los profesionales tienen conciencia de sus responsabilidades éticas y legales, muchos carecen de una comprensión clara de los signos específicos del abuso infantil. La capacitación en el reconocimiento de las lesiones físicas y los protocolos legales de notificación son esenciales para mejorar la respuesta ante casos sospechosos.

Los estudios previos, como el de **Díaz et al. (2022)**, reportaron una alta prevalencia de lesiones orales sospechosas de estar asociadas con el maltrato infantil, especialmente en la región facial, y confirmaron la relación significativa entre las lesiones orales y los signos de abuso, como mordeduras y contusiones ($p < 0,005$). Estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación minuciosa por parte de los odontólogos para detectar no solo las lesiones visibles en la cavidad bucal, sino también en otras áreas de la cara y cuello.

Además, como señaló **Duman et al. (2021)**, la falta de capacitación formal sobre maltrato infantil entre los estudiantes de odontología y cirujanos dentistas refuerza la necesidad de educación continua para mejorar el conocimiento y la habilidad de los profesionales en la identificación y manejo de estos casos. Es relevante mencionar que un número importante de cirujanos dentistas no se siente completamente preparado para identificar o denunciar casos de maltrato infantil, lo que resalta una brecha significativa en la formación de los odontólogos.

En conclusión, la alta frecuencia de lesiones bucales y sospechas de maltrato infantil en los pacientes odontopediátricos observada en este estudio resalta la necesidad de una mayor formación en odontología pediátrica sobre la identificación de signos de abuso. El conocimiento y la sensibilización de los cirujanos dentistas son fundamentales para garantizar una respuesta rápida y adecuada, lo que puede ser determinante en la protección de los niños ante situaciones de maltrato. Las intervenciones educativas y la mejora en los protocolos de actuación pueden fortalecer el papel del odontólogo como un primer punto de detección y prevención de abusos infantiles.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está significativamente asociada al maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Existe una frecuencia significativa de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

Existe una frecuencia significativa de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está significativamente asociada al maltrato infantil en pacientes odontopediátricos del sexo femenino atendidos por cirujanos dentistas de la región Lima – 2024.

La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está significativamente asociada al maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de 36 a 43 años en la región Lima – 2024.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda hacer capacitaciones continuas sobre maltrato infantil para los cirujanos dentistas, especialmente en odontopediatría, que les permitan identificar de manera temprana las señales de maltrato infantil. Estos programas deben incluir tanto la identificación de lesiones bucales sospechosas como los protocolos para la notificación adecuada de casos de abuso.

Implementar protocolos de actuación, es esencial que las clínicas odontológicas cuenten con protocolos específicos para actuar frente a la sospecha de maltrato infantil. Estos protocolos deben incluir procedimientos claros sobre cómo documentar las lesiones, cómo comunicar la sospecha de abuso a las autoridades correspondientes y cómo proporcionar apoyo adecuado a la familia y al niño afectado.

Realizar promoción de la educación en pregrado; incorporar en los programas de pregrado de odontología contenidos específicos sobre el reconocimiento de lesiones bucales asociadas con el maltrato infantil, así como la ética y las obligaciones legales de los dentistas en cuanto a la denuncia de abuso infantil, es esencial para preparar a los futuros profesionales de la salud en la identificación y manejo de estos casos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Child Maltreatment. In: World Health Organization [online] [accessed 17/02/ 2021]. Available at: <http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment>
2. Vidal HG, Caldas IM, Coelho Júnior LGTM, Souza EHA, Carvalho MVD, Soriano EP, et al. Orofacial injuries in children and adolescents (2009-2013): a 5-year study in Porto, Portugal. *Braz Dent J.* 2018;29(1):316-20.
3. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs, et al. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics.* 2017;140(1):20171487.
4. Vidal HG, Caldas IM, Coelho Júnior LGTM, Souza EHA, Carvalho MVD, Soriano EP, et al. Orofacial injuries in children and adolescents (2009-2013): a 5-year study in Porto, Portugal. *Braz Dent J.* 2018;29(1):316-20.
5. Mehra M, Chiesa AE, Sirotiak AP. Two cases of sublingual hematoma as a manifestation of child abuse. *Ear Nose Throat J.* 2015;94(1):494-6.
6. Wolter NE, Cushing SL, Das-Purkayastha PK, Papsin BC. Non-accidental caustic ear injury: two cases of profound cochleo-vestibular loss and facial nerve injury. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol.* 2012;76():145-8
7. McIntosh N, Mok JY, Margerison A, Armstrong L, Mathews A, Robertson AK, et al. The epidemiology of oro-nasal haemorrhage and suffocation in infants admitted to hospital in Scotland over 10 years. *Arch Dis Child.* 2010;95(1):810-6.
8. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents--a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol.* 2010;26(1):149-53.

9. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM, et al. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child.* 2007;92(1):1113-1119.
10. Harris JC, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dental practice. *Dent Update.* 2007;34(1):508-10.
11. Díaz S. et al. Lesiones sospechosas de maltrato infantil en clínicas de Odontopediatría. *Duazary.* 2022, 19.4 (4): 283-293.
12. Duman C. et al. Self-reported knowledge, attitudes, and practice of final-year dental students in relation to child abuse: A multi-centre study. *International journal of pediatric dentistry.* 2021;31(6): 801-809.
13. Al-Ani A. et al. Child physical abuse: knowledge of dental students in Hamburg, Germany. *European archives of pediatric dentistry.* 2021, 22 (1): 1057-1065.
14. Chofré M. Maltrato infantil: Actitud y conocimientos de los dentistas. 2019, 1(1): 1-10.
15. López M, Ribelles M. Conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en alumnos del grado de Odontología. *Revista Odontología Pediátrica.* 2020, 19.1 (1): 19-30.
16. Kural D. et al. Awareness and experience regarding child abuse and neglect among dentists in Turkey. *Journal of clinical pediatric dentistry.* 2020,44(2): 100-106.
17. Özgür N. et al. Turkish pediatric dentists' knowledge, experiences, and attitudes regarding child physical abuse. *International dental journal.* 2020 ,70 (2): 145-151.
18. Gopalakrishna V. et al. Knowledge and attitudes toward child abuse and neglect among medical and dental undergraduate students and interns in Riyadh, Saudi Arabia. *Imam journal of applied sciences.* 2020, 5.1 (1): 38-46.

19. Flores M, Pérez D. Conocimiento y actitud sobre lesiones peribucales como elemento de diagnóstico de maltrato infantil en estudiantes de Estomatología de la USS, 2019. [Internet] [Tesis] Universidad Señor de Sipán, 2020.
20. Patil B, Hegde S, Yaji A. Child abuse reporting: Role of dentist in India – A review. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2017;29(1):74–7.
21. Nagelberg RH. Child abuse awareness in the dental profession. *Dental Econ.* 2015;105(1):1–9.
22. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect. Washington, DC, U.S: Department of Health and Human Services, Children’s Bureau; 2013. Child Welfare Information Gateway.
23. Ramazani N. Child dental neglect: A short review. *Int J High Risk Behav Addict.* 2014;3(1):21861.
24. Al-Jundi S. La experiencia educativa, actitudes y conocimiento del alumnado dental jordanos en referencia a lesiones bucales con referencia al abuso físico infantil. *Pediatr Dent* 2017; 25(6):541-5.
25. Unicef - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. La niñez de Colombia en cifras. (2002). Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>
26. Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005; 116 (6):1565-8.
27. Thomas J. Explora las experiencias educativas y conocimiento estudiantil sobre lesiones dentales en relación con el abuso / negligencia infantil. 2017; 65(1):17-20.
28. DeFatta R, Williams E. Lip reconstruction. In: Papel I, Frodel J, Holt GR, et al, eds. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery.* 3rd ed. New York, NY: Thieme Medical Publishers; 2009: 1(1): 841–854

29. Sykes J. Diagnosis and treatment of cleft lip and palate deformities. In: Papel I, Frodel J, Holt GR, et al, eds. Facial Plastic and Reconstructive Surgery. 2nd ed. New York, NY: Thieme Medical Publishers; 2002:813–829
30. Howe, L. C., & Krosnick, J. A. Attitude Strength. Annual Review of Psychology. 2017;68(1), 327–351.
31. Popović, S. Child Sexual Abuse News: A Systematic Review of Content Analysis Studies. Journal of Child Sexual Abuse. 2018;1(1):1–26.
32. Fatemeh J. Conocimiento, la actitud y la práctica de las lesiones peribucales a los dentistas generales con respecto al abuso infantil y la negligencia infantil. 2018 Irán. Australian Dental Journal 2018; 44(4): 259-267.
33. Cairns AM Conocimientos y actitudes por experiencia en formación de pregrado y posgrado en resguardo infantil. Int. J. Odontostomat 2015; 5 (1):105- 110.
34. Pires J, Zubaran M, Vieira E, Nava T, Feldens L, Castilhos K et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de mastratos infantis. Rev Bras Saude Mater Infant 2005; 5 (1): 103-8.
35. Uldum B, Christensen H, Welbury R, Poulsen, S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Int J Pediatr Dent 2011; 20 (5): 361-365.
36. Kiran K, Kamala B. Child abuse and the role of a dental professional- The Indian scenario. Child Abuse Negl 2011; 35(3):157-158.
37. Mathur S, Chopra R. Combatir el abuso infantil: el papel de un dentista. Salud Oral Prev Dent. 2013; 11(1) : 243–250.
38. Eslami-Shahrbabaki A, Eslami-Shahrbabaki M, Kalantari M. Asociativa entre adicción parental y clases de abuso infantil en alumando de secundaria de Kerman, Irán. Adicto a la salud. 2013; 5(1) : 108-114.

39. Bandi M, Mallineni SK, Nuvvula S. Knowledge, attitudes, and professional responsibilities among Southern Indian dental residents regarding child abuse: A cross-sectional survey. *Int J Forensic Odontol.* 2017;2(1):51–4.
40. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep.* 2003;52(RR-14):1-9.
41. Soomer H, Lincoln M. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. USA. En: *Forensic Science International.* 2010; 201(1): 68–73
42. Medrano G, Perona G. Maltrato Infantil: una realidad muy próxima, ¿cómo debemos enfrentar los estomatólogos. Perú. En: *Odontol Pediatr.* 2010; 9(1): 78 - 93.
43. Kenney J. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. USA. En: *Forensic Science International.* 2006; 7(1): 121 – 125.
44. Ministerio de salud y protección social. Atención Integrada a las Padecimientos Prevalentes del infante, libro clínico. Organización panamericana de la salud. En:<http://www.paho.org/col>. Colombia. 2012.
45. Fernández G, Perea, J. Síndrome del maltrato infantil. Cuba. En: *Rev Cubana Pediatr.* 2004; 76(3): 30 - 45.
46. Morante C, Kanashiro C. El odontólogo frente al maltrato infantil. Perú. En: *RevEstomatol Herediana.* 2009; 19(1):50-54
47. Escalante M, Uribe, R. Maltrato infantil. Perú. En: *Rev Peruana Pediat.* 2001; 54(2): 48-50.

48. Ferro M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas M. Implicaciones psicológicas del atendido dental con maltrato infantil. Venezuela. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010; Edición electrónica. P. 1-7.
49. Valdebenito L; Larraín S. El maltrato deja huella. Manual para registrar y violencia intrafamiliar. UNICEF. Programa Puente. Gobierno de Chile. FOSIS. Santiago de Chile.2007.
50. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. USA. En: American Academy of Pediatrics. 2005; 116(6): 1565-1568.
51. Lago G, Rojas G, Posada A, Montufar M. Síndrome de maltrato infantil. Colombia. En: Recop SCP, Ascofame. 2005; 2(1): 35.
52. Hernández R. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México, D.F., 2001, 2(1).

ANEXO N° 1: Constancia de aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 14 de octubre de 2024

Investigador(a)
Doris Nancy Principe Huerta
Exp. N°: 0625-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“Lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024” Versión 01 con fecha 18/07/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 18/07/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Doris Nancy Principe Huerta.

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega

Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



ANEXO N° 2: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación: Lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024

Investigador : Príncipe Huerta Nancy

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: Lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la frecuencia de las lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024. Su ejecución ayudará/permitirá resolver una problemática clínica en asociativa a las lesiones bucales sospechosas en pacientes odontopediátricos asociados a maltrato infantil.

Duración del estudio (meses): 6 meses.

N° esperado de participantes: 218 participantes.

Criterios de Inclusión

- Cirujanos dentistas de la región lima – 2024.
- Cirujanos dentistas de ambos sexos.
- Cirujanos dentistas colegiados y habilitados.
- Cirujanos dentistas que aceptarán participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Otros profesionales de la salud.
- Estudiantes de odontología.
- Internos de odontología.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Llenar el consentimiento informado.
- Llenar la encuesta.

La evaluación puede demorar 30 minutos. Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta riesgos porque no estará expuesto a sustancias nocivas ni tóxicas.

Beneficios:

Usted se beneficiará de la presente tesis porque identificará con mayor precisión las lesiones bucales sospechosas de maltrato infantil, facilitando la detección temprana de casos que requieren intervención o seguimiento especializado.

Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (Nancy Principe Huerta/986614413/cealabdent@gmail.com).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi

consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera.
Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____ (Firma) _____

_____ (Firma) _____

Nombre **participante**:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre **investigador**:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

***Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.*

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos

A. Lesiones bucales sospechosas

Sospecha de MI según Lesiones orofaciales

Si__

No__

Lesiones extraorales Múltiples cicatrices

Si__

No__

Quemaduras sugestivas de MI

Si__

No__

Marca de mordidas de adulto

Si__

No__

Contusiones

Si__

No__

Laceración

Si__

No__

Lesiones intraorales Desgarro de frenillos

Si__

No__

Abrasión

Si__

No__

Luxación

Si__

No__

Fractura dientes anteriores

Si__
No__

Hematoma peribucal

Si__
No__

Prevalencia Caries Dental

Si__
No__

B. Maltrato infantil

Indicadores comportamentales

Sospecha General de maltrato infantil

Si__
No__

Indicadores comportamentales sospechosos de MI Vestimenta Inadecuada

No__
Si__

Evidencia dolor crónico

No__
Si__

Manejo inadecuado de padres de lesiones corporales

No__
Si__

Manejo inadecuado de padres de lesiones orales

No__
Si__

Comportamiento problemático Niño-Padres

No __
Si __

Incoherencia Relatos Padres-niños

No __
Si __

Asiste tardíamente a Consulta Odontológica

No __
Si __

Comportamiento Sexual Inapropiado

No __
Si __

Problemas entre Padres

No __
Si __

Problemas entre Padres e hijos

No __
Si __

Indicadores físicos

Lesiones Físicas sospechosas de MI

Tipo de lesión

No presenta __

Edema __

Hematoma __

Laceración __

Fractura __

Abrasión __

Causa de lesión reportada por cuidador

No presentan __

Accidental __

Intencional (presuntamente) __

Conducta ante sospecha de MI

Hablo con otros colegas__

Hablo con los padres del niño__

Guardó silencio__

No presentaron sospecha__

Razón para guardar silencio

No estar seguro del diagnóstico__

Miedo a represalias contra el niño__

No sabe dónde recurrir__

Miedo a represalias en contra suya__

No presentaron sospecha__

Anotó en la historia clínica

Si__

No__

No presentaron sospecha__

Fuente: Díaz S, Rodríguez A, Rey A. Lesiones sospechosas de maltrato infantil en clínicas de Odontopediatría. Duazary. 2022, 19.4 (4): 283-293.

ANEXO N° 4: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general: ¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024, según sexo?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024, según edad?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la frecuencia de lesiones bucales en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.</p> <p>Determinar la frecuencia de maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024.</p> <p>Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024según sexo.</p> <p>Determinar la frecuencia de lesiones bucales sospechosas asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima - 2024, según edad.</p>	<p>Hipótesis general: Hi: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.</p> <p>Ho La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024.</p> <p>Hipótesis específicas: H1: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según sexo.</p> <p>Ho: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según sexo.</p> <p>H1: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según edad.</p> <p>H0: La frecuencia de lesiones bucales sospechosas no está asociado a maltrato infantil en pacientes odontopediátricos atendidos por cirujanos dentistas de la región lima – 2024, según edad.</p>	<p>Variable 1 Frecuencia de lesiones bucales.</p> <p>Variable 2 Maltrato infantil</p>	<p>Método de la investigación: El método será hipotético – deductivo, ya que, abarca en realizar la hipótesis con las dos variables generadas en nuestra investigación, y así comprobar la verdad o no de nuestra hipótesis principal mediante nuestros resultados.</p> <p>Enfoque de la investigación: La metodología será cuantitativo, porque se realizará las mediciones de nuestras variables mediante técnicas estadísticas, por ende, podremos observar y verificar la relación que presenten entre sí.</p> <p>Tipo de investigación: La presente investigación será de tipo observacional, porque vamos a observar la variable de modo natural como se presenta. Correlacional, ya que vamos a conocer la relación que presenta entre sí. Transversal, porque la medición se dará en un solo lapso de tiempo y retrospectivo.</p> <p>Diseño de la investigación: Según los parámetros de Hernández R. será no experimental, porque no manejaremos las variables de estudio a conveniencia del investigador para examinar de modo específico los efectos generados.</p>

ANEXO N° 5: Base de datos

A	B	C	D	E
N	Sexo	Edad agrupada	Lesiones bucales	Maltrato infantil
1	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
2	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
3	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
4	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
5	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
6	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
7	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
8	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
9	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
10	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
11	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
12	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
13	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
14	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
15	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
16	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
17	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
18	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
19	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
20	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
21	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
22	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
23	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
24	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
25	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
26	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
27	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
28	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
29	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
30	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
31	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
32	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
33	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
34	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
35	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
36	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
37	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
38	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
39	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
40	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
41	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
42	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
43	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia

A	B	C	D	E
43	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
44	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
45	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
46	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
47	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Ausencia
48	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
49	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
50	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
51	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
52	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
53	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
54	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
55	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
56	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
57	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
58	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
59	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
60	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
61	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
62	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
63	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
64	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
65	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
66	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
67	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
68	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
69	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
70	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
71	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
72	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
73	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
74	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
75	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
76	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
77	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
78	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
79	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
80	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
81	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
82	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
83	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
84	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
85	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Ausencia
86	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia

A	B	C	D	E
86	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
87	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
88	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
89	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
90	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
91	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
92	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
93	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
94	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
95	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
96	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
97	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
98	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
99	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
100	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
101	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
102	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
103	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
104	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
105	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
106	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
107	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
108	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
109	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
110	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
111	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
112	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
113	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
114	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
115	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
116	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
117	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
118	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
119	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
120	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
121	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
122	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
123	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
124	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
125	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
126	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
127	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
128	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
129	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia

A	B	C	D	E
129	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
130	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
131	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
132	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
133	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
134	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
135	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
136	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
137	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
138	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
139	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
140	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
141	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
142	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
143	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Ausencia
144	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
145	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
146	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
147	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
148	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
149	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
150	Femenino	44 - 51 años	Ausencia	Ausencia
151	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
152	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
153	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
154	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
155	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
156	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
157	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
158	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
159	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
160	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
161	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
162	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
163	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
164	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
165	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
166	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
167	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
168	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
169	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
170	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
171	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
172	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia

A	B	C	D	E
172	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
173	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
174	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
175	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
176	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
177	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
178	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
179	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
180	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
181	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
182	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
183	Masculino	44 - 51 años	Ausencia	Presencia
184	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
185	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
186	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
187	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
188	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
189	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
190	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
191	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
192	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
193	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
194	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
195	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
196	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
197	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Presencia
198	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
199	Masculino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
200	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
201	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
202	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
203	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
204	Femenino	44 - 51 años	Presencia	Presencia
205	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
206	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
207	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
208	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Ausencia
209	Femenino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
210	Femenino	28 - 35 años	Presencia	Presencia
211	Masculino	44 - 51 años	Presencia	Ausencia
212	Masculino	36 - 43 años	Ausencia	Presencia
213	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
214	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
215	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia

A	B	C	D	E
214	Femenino	28 - 35 años	Ausencia	Presencia
215	Masculino	36 - 43 años	Presencia	Ausencia
216	Femenino	44 - 51 años	Ausencia	Ausencia
217	Femenino	36 - 43 años	Ausencia	Ausencia
218	Masculino	28 - 35 años	Presencia	Presencia




14% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	repositorio.uss.edu.pe	3%
3	Internet	revistas.unimagdalena.edu.co	2%
4	Internet	www.researchgate.net	1%
5	Internet	1library.co	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2023-09-22	<1%
7	Internet	eprints.uanl.mx	<1%
8	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	University of Southern California on 2017-02-15	<1%
11	Internet	apirepositorio.unu.edu.pe	<1%