UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

"CONOCIMIENTOS SOBRE NEGLIGENCIA Y MALTRATO INFANTIL ODONTOLÓGICO DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO DE LA ESPERANZA, DISTRITO DE AMARILIS HUÁNUCO 2021"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TESISTA
Bach. RAMOS RIOS, Mosh Ronal

ASESOR
CD. Rolando, VENTURA GONZALES

HUANUCO-PERU
2022

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación está dedicado a:

A el todo poderoso por cuya presencia estuvo siempre con nosotros en todo momento.

A mis amados padres Moisés Ramos Alvarado y Nora Rios Remigio , que con su apoyo ,sacrifico y entrega incondicional, hicieron de mí una persona de bien.

A quienes agradecemos por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Nuestro constante agradecimiento:

A la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional HermiloValdizan, al Decano, a nuestro Querido Asesor, Docentes y Personal Administrativo por brindarnos la sabiduría, cultura, su entendimiento y apoyo que nos fueron brindados durante nuestro crecimiento académico, profesional y personal.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico en los padres de familia de un centro poblado del Perú. Para lo cual en la metodología se realizó una investigación de nivel descriptivo de tipo observacional, prospectivo y transversal; se llegaron a seleccionar 122 familias en la que se entrevistó a la persona responsable del cuidado del menor de edad, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado de preguntas sobre conocimiento de negligencia y maltrato infantil odontológico para padres, el que fue validado estadísticamente.

Se obtuvo como resultados que el conocimiento sobre negligencia fue regular, pues según la declaración de los padres o responsables del menor de edad presentaron episodios de dolor dental en un 47.54%, presencia de remanentes radiculares en un 36.89%, higiene bucal sin acompañamiento en 63.93%, solo a veces buscan ayuda profesional odontológica en un 40.16%. Sobre el grado de conocimiento de maltrato infantil fue regular, pues según la declaración de los padres de familia o responsables del menor de edad tienen una concepción de maltrato regular con 64.75%, solo el 39.34% reconoce los diferentes signos de maltrato, el 15.57% le da poca importancia al cuidado del menor, el 6.56% le da poca importancia a la comunicación con el menor y el 9.84% indicaron que el menor es desconfiado y el 7.38% que es temeroso. En conclusión el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico fue regular en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza, Huánuco – Perú.

Palabras clave: Maltrato infantil, negligencia, conocimiento

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the degree of knowledge about child dental neglect and abuse in parents of a populated center in Peru. For which, in the methodology, a descriptive level investigation of an observational, prospective and transversal type was carried out; 122 families were selected in which the person responsible for the care of the minor was interviewed, using as an instrument a structured questionnaire of questions about knowledge of dental neglect and child abuse for parents, which was statistically validated.

It was obtained as results that the knowledge about negligence was regular, because according to the declaration of the parents or guardians of the minor they presented episodes of dental pain in 47.54%, presence of root remnants in 36.89%, oral hygiene without accompaniment in 63.93 %, only sometimes seek professional dental help in 40.16%. Regarding the degree of knowledge of child abuse, it was regular, because according to the declaration of the parents or those responsible for the minor, they have a conception of regular abuse with 64.75%, only 39.34% recognize the different signs of abuse, 15.57% gives little importance to the care of the minor, 6.56% give little importance to communication with the minor and 9.84% indicated that the minor is distrustful and 7.38% that he is fearful. In conclusion, the degree of knowledge about child dental neglect and abuse was regular in the parents of the Centro Poblado Esperanza, Huánuco - Peru.

Keywords: Child abuse, negligence, knowledge

ÍNDICE

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
RESUMEN iv
ABSTRACT v
ÍNDICE vi
ÍNDICE DE TABLAS viii
ÍNDICE DE FIGURAS ix
INTRODUCCION x
CAPITULO I 11
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION 11
1.1. Identificación y Planteamiento del problema 11
1.2. Delimitación de la Investigación 14
1.3. Formulación del problema 15
1.3.1. Problema Principal 15
1.3.2. Problemas Específicos 15
1.4. Formulación de objetivos 15
1.4.1. Objetivo General 15
1.4.2. Objetivos Específicos 15
1.5. Justificación e importancia de la investigación 16
1.6. Limitaciones de la investigación 17
CAPITULO II 18
2. MARCO TEóRICO 18
2.1. Antecedentes de estudios realizados 18
2.1.1. A nivel internacional 18
2.1.2. A nivel nacional: 22
2.1.3. A nivel regional o local: 23
2.2. Bases teóricas 23
2.3. Definición de términos básicos 31
2.4. Hipótesis: 31
2.5. Variables 32
2.5.1. Variable de estudio 32
2.5.2. Variable interviniente 32

2.6. Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores .. 32
CAPITULO III 34
3. MARCO METODOLOGICO 34
3.1. Nivel y tipo de investigación 34
3.2. Diseño de la Investigación 34
3.3. Determinación del Universo, Población y Muestra 35
3.3.1. Universo 35
3.3.2. Población 35
3.3.3. Muestra: 35
3.3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 36
3.4. Técnica de procesamiento, análisis de datos. 36
3.4.1. Estadística descriptiva: 37
CAPITULO IV 38
4. RESULTADOS 38
4.1. Análisis descriptivo univariado 38
4.2. Prueba de hipótesis 55
DISCUSIÓN 57
CONCLUSIONES 60
RECOMENDACIONES 61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 62
ANEXOS 66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las familias del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis Huánuco 2021 38

Tabla 2. Indicadores de conocimiento sobre maltrato y negligencia infantil odontológica de las familias del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis Huánuco 2021 43

Tabla 3. Conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico de los padres de familia del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis, Huánuco 2021 54

Tabla 4. Prueba de hipótesis 56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los padres de familia participantes de la investigación.... 38

Figura 2. Relación de la persona entrevistada con el menor de edad..... 39

Figura 3. Procedencia de la familia entrevistada respecto a la ubicación de su vivienda 40

Figura 4. Empleabilidad del responsable de la familia donde vive el menor de edad 41

Figura 5. Edad de los responsables de familia entrevistados 42

Figura 6. Entendimiento sobre maltrato infantil 44

Figura 7. Responsabilidad para el cuidado del menor de edad. 45

Figura 8. Comunicación con el menor de edad..... 46

Figura 9. Comportamiento del menor de edad..... 47

Figura 10. Negligencia odontológica, identificación de problemas de caries dental 48

Figura 11. Negligencia odontológica, identificación de problemas periodontales 49

Figura 12. Negligencia odontológica, identificación de fracturas dentales en el menor de edad. 50

Figura 13. Negligencia odontológica, acompañamiento en la higiene oral del menor de edad. 51

Figura 14. Negligencia odontológica, búsqueda de ayuda profesional para el menor de edad 52

Figura 15. Cumplimiento del control del peso y talla del menor de edad 53

Figura 16. Conocimiento sobre maltrato infantil 54

Figura 17. Conocimiento sobre negligencia 55

INTRODUCCION

El maltrato infantil es una de las manifestaciones de violencia que vive nuestra sociedad, cada vez se reportan o no incidentes de maltrato físico, sexual o psicológico; los que para la vida de las familias pueda resultar “normal” en el proceso de crianza de un menor de edad. El desconocimiento y aprovechamiento del más vulnerable del hogar hace que no se denuncie o actué oportunamente; por otro lado en una forma distinta de violencia se manifiesta como negligencia en la búsqueda de atención odontológica por parte de los padres pues muchos no consideran las desatenciones como formas de maltrato, haciendo que el menor de edad este afectado por enfermedades de la boca como caries dental o enfermedad periodontal, que al no será tendidos aumentan en frecuencia y gravedad.

Si no se enfoca las enfermedades desde su contexto social o familiar los esfuerzos no tendrán la respuesta esperada, pues si se quiere reducir los indicadores desfavorables de la salud bucal se deben identificar los problemas sociales e intervenir oportunamente.

Esta investigación pretende poner en manifiesto uno de los aspectos del entorno que es el conocimiento de los padres de familia o responsables del menor sobre la negligencia y maltrato infantil odontológico.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y Planteamiento del problema

En las últimas décadas, han surgido cambios socioeconómicos y culturales que modifican el panorama de convivencia en la familia. En cada sector de la población se tienen diferentes estructuras familiares con diferencias económicas, las migraciones del campo a la ciudad, la cultura originaria o aquella producto de la convivencia, la exclusión social o la soledad que requieren paulatinamente modificaciones en el abordaje del profesional de la salud en las familias (1). Con el cambio en las estructuras familiares influida por los procesos sociales condiciona a los diferentes profesionales incluidos los de la salud a dejar de lado las prácticas tradicionales y a realizar una renovación constante de las formas de intervención en las familias. (2) La profesión odontológica no escapa a ello pues en su actividad preventiva y promocional de la salud bucal incluye con mayor frecuencia actividades con las familias, más aun en los servicios públicos de salud que se desarrollan enmarcados en las políticas generales de salud del estado peruano.

La atención integral en la infancia es considerada como un derecho fundamental y una responsabilidad para la sociedad en su conjunto como sentido de justicia humana. Desde ese enfoque implican que los gobiernos generen políticas de estado necesarias para la protección de los menores de edad ante cualquier situación de riesgo, vulnerabilidad o desprotección infantil (3). Cuando se implementen las medidas de protección deben incluir programas integrales para proporcionar prevención, atención oportuna y seguimiento, tanto para los menores, así como a los adultos responsables de su cuidado. Es deber que las dependencias de salud y otras instituciones del estado deben identificar y notificar oportunamente a los organismos judiciales, las situaciones detectadas de maltrato infantil (maltrato físico o psicológico, trato negligente, explotación y abuso sexual). Siendo el personal de salud un

actor fundamental que conoce la situación de su jurisdicción de salud, por el trabajo extramural que desarrolla.

En las últimas décadas, el maltrato infantil se ha aceptado mundialmente como una patología grave de una sociedad cada vez menos solidaria y obligada por la situación económica a separarse de la familia y de los niños por largos periodos de tiempo. Es de esperar por consiguiente un riesgo de daño físico-emocional en el menor y, ante su identificación podría causar una repercusión social y económica en la familia. A pesar de que en los noticieros diariamente se reportan casos diversos de violencia o maltrato, su morbilidad y mortalidad no están adecuadamente registrados, por lo que existe un sub registro de casos porque no se diagnostican correctamente y lo más grave que no se denuncian lo que permitan conocer la real dimensión de maltrato infantil, por desconocimiento o falta de valoración. (4,5)

El maltrato infantil (MI) se encuentra definida según la Organización Mundial de la Salud como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años de edad, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño”, citado por Morante. (6) Dentro de ello se considera: los actos atentatorios, o la omisión y aquello que se realiza de forma inadecuada denominado negligencia. Mencionadas formas de actuar de los responsables del cuidado del niño probablemente están presentes por una inadecuada orientación, falta de conocimiento o sencillamente producto de sus conflictos y prioridades de cada familia.

Muchas profesiones del área de la salud entre ellos los de odontología no incluyen en sus planes de estudio los contenidos los programas de educación referentes al maltrato infantil; por lo que desde el momento que egresan y ejercen la profesión no se encuentran preparados o motivados para orientar a los padres o cuidadores o para denunciar a los mismos. Es así que estudios realizados en varios países han demostrado que los conocimientos acerca de los problemas de

protección de menores son deficientes. (7) Si el profesional no es consciente de esta problemática como podría contribuir en el bienestar de los menores de edad, orientando a los padres sobre medidas de prevención al daño ocasionado por la enfermedad, probablemente esa respuesta quede en el interior de cada uno de nosotros que pasamos por alto estas situaciones.

Es así que el profesional odontólogo se encuentra en una posición importante que mediante la evaluación de la salud oral de los pacientes pediátricos puede valorar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, debido a que las patologías de la cavidad oral al no recibir tratamiento oportuno (caries de infancia temprana, enfermedad periodontal, pérdida prematura de piezas dentales o maloclusiones) ocasionan dolor, procesos infecciosos, alteraciones funcionales del sistema estomatognático y alteraciones estéticas, lo que a su vez tiene un impacto negativo en el crecimiento, desarrollo y bienestar del niño, e incluso afecta el entorno familiar ignorado o desatendido por omisión o por negligencia. (8,9)

La negligencia en el cuidado dental es un término poco conocido en el Perú y ha sido definida como una falta o carencia de cuidados odontológicos necesarios para garantizar un buen estado de salud oral libre de dolor e infección. Esta falta de cuidados por parte de los padres o cuidadores puede alterar el desarrollo y la salud del niño, cuando las patologías se complican o existe la necesidad de usar medicación a edad temprana en forma repetida. Muchos de estos casos se complican y requieren hospitalizaciones, tratamiento odontológico con cirugía menor o incluso en sala de operaciones bajo anestesia general, atenciones repetitivas, ausencia a sus citas de control odontológico, desnutrición, bajo rendimiento y ausencias escolares (10,11). En algunas ocasiones son de índole bucal únicamente pero en su mayoría parecería que es producto del padecimiento de los niños de abuso y abandono. (10)

Es por esta problemática que surgió la intensión de investigar el conocimiento que tienen los padres de familia sobre las acciones de

cuidado que tienen con sus hijos, o de la preocupación que estos muestran por otorgarles una vida saludable, enfocado a identificar características de maltrato infantil con negligencia en el cuidado dental. De esta manera con los resultados obtenidos se pueden generar acciones de promoción y prevención en las familias así como el de poder identificar el impacto negativo que tiene el maltrato infantil en la salud para nuestra sociedad. Por una situación de justicia humana se consideró imperativo el abordaje de esta temática, que al no ser identificada e intervenida haría que una población vulnerable continúe en la desatención.

1.2. Delimitación de la Investigación

La investigación está enmarcada en la identificación de características propias de la negligencia de los padres de familia para con sus hijos, así como las características de maltrato infantil de tipo físico o psicológico. Por otro lado la población seleccionada para este estudio se encuentra influenciado por los cambios sociales de una población en desarrollo, joven y con muchas carencias de salubridad, carencias económicas, diversidad de culturas producto de la emigración rural a la urbana o de otras ciudades con su propia idiosincrasia, como lo es el Centro Poblado Menor de la Esperanza.

De esta manera se buscó encontrar la información que lleve a conocer si el conocimiento sobre la temática de la negligencia y maltrato infantil es la adecuada y más aún en el contexto que en la actualidad se presenta con la pandemia por COVID 19, que ha socavado la economía, la salud, la educación y por consiguiente la calidad de vida de las familias y la sociedad. Probablemente las prioridades en salud cambiaron en esta pandemia, la posibilidad que un familiar pueda contraer el virus y terminar con un desenlace fatal o el hecho de no tener acceso oportuno a los servicios de salud se vio identificada para la realización de esta investigación.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021?

1.3.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre negligencia odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021?

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

Definir el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el grado de conocimiento sobre negligencia odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021.

- Determinar el grado de conocimiento sobre maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

En el Perú, el maltrato infantil es una problemática en constante crecimiento durante los últimos años, en el ámbito departamental, en Huánuco y sobretodo en sus poblaciones urbano marginales existen desatenciones históricas con posibles altos índices de enfermedades bucales avanzadas o agravadas indicativos de negligencia o maltrato infantil.

La investigación planteada buscó identificar los saberes o conocimientos que tienen los padres de familia o tutores de los menores de edad respecto a lo que ellos consideran lo que es maltrato o negligencia odontológica. Por falta de información muchas veces los menores de edad sufren diferentes tipos de maltrato según tipo de familia donde se desarrollan, pues su situación social y económica plantea escenarios donde los más afectados a la hora de tomar decisiones para el hogar son los menores de edad.

Por otro lado en el abordaje de la negligencia odontológica, la concepción que los dientes temporales serán sustituidos lleva a pensar a los padres que no requieren cuidado o atención oportuna, de esa manera generando complicaciones como dolor o infecciones en el sistema estomatognático que afectan la calidad de vida del menor así como su relación con la sociedad y su desarrollo personal.

Se hace importante por ello que se identifiquen estos saberes para que se sugiera la actuación de los responsables de la salud pública, implementando mayor actividad de promoción de la salud y enfocando el autocuidado y la responsabilidad que tienen los padres en la salud de los niños y de esa manera evitar el maltrato físico o mental, así como la negligencia por omisión de las necesidades de tratamiento odontológico en los niños.

En la medida en que este factor de conocimientos sea adecuado o inadecuado determina las acciones que tienen que adoptarse frente a la

problemática que se generan en las familias, lo que puede suponer un obstáculo para que el menor reciba la atención oportuna y apropiada.

1.6. Limitaciones de la investigación

Por ser una visión distinta que será abordada en esta investigación las respuestas que se generan podrían condicionar el sinceramiento de los padres o tutores en el cuidado de la salud de sus hijos. Por ello se tuvo que generar la empatía necesaria del investigador para ganar la confianza y seguridad en los encuestados.

No existe mucha información respecto a los conocimientos de maltrato infantil o negligencia odontológica en nuestro país y más aún en nuestra región; pues mucho se investiga a los odontólogos y su conocimiento en la identificación de estos casos descuidando a un factor importante en la ocurrencia de los mismos que son los padres o tutores.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios realizados

2.1.1. A nivel internacional.

López-I M; Leyda A; Ribelles M. (ESPAÑA 2020) en el trabajo de investigación realizado se plantearon como objetivo el de evaluar como la formación en odontopediatria influye en el conocimiento y actitudes de los estudiantes respecto al maltrato infantil y su disposición para denunciar posibles sospechas. Para ello trabajo en una muestra de 30 alumnos estudiantes de odontología que llevaban la asignatura, a los que se aplicó una encuesta validada. Obteniendo los siguientes resultados, los estudiantes (96.4%) indicaron que recibieron formación sobre maltrato infantil, de los cuales los alumnos del quinto año de estudios recibieron más formación al respecto al concepto y su diagnóstico y son más conscientes de la responsabilidad legal de denunciar un posible caso y los pasos que se debe seguir. Concluyen que la formación recibida por los alumnos mejora sus conocimientos respecto a maltrato infantil y los motiva a involucrarse en la protección de los menores de edad. Sin embargo no mejora sus autoconfianza para denunciar un posible caso. (12)

Cifuentes, H. C.; Contreras, R. C.; Torres, M. A. & Gonzales, A. S. (CHILE 2020) En una revisión de literatura sobre el maltrato infantil menciona que el maltrato y la negligencia como una problemática global. Indica que en Chile, hasta el año 2012 el 71% de los niños sufrían maltrato originado en su propia familia. Identificando que en más de la mitad de los casos existen lesiones cráneo facial. Es así que se plantearon como objetivo el de evaluar cuál es el conocimiento del cirujano dentista sobre maltrato infantil y cuál ha sido su actitud frente a la detección y reporte. Como metodología realizaron una búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED utilizando las palabras clave:

“child abuse” and “dentistry”. Encontraron 132 artículos, de los cuales 15 pudieron ser identificados con texto completo. Señalan que en estudios realizados informaron que existen dificultades en los odontólogos para realizar el diagnóstico, la documentación y la denuncia de casos cuando verifican una sospecha de abuso a las autoridades competentes, además identificaron que es necesario la enseñanza de estos temas en las carreras de odontología. Concluyen que por la importancia en el contexto social, el papel del odontólogo u odontopediatra resulta crucial en el reporte e intervención oportuna de los casos de violencia hacia el menor de edad. (13)

Chofré T. (ESPAÑA 2019) En su tesis doctoral sobre maltrato infantil: actitud y conocimiento de los dentistas se plantea como objetivo de analizar el conocimiento por parte de los profesionales de los aspectos más relevantes del maltrato infantil en el contexto dental. Para lo cual tomó una muestra de 182 odontólogos de Valencia España a los que se aplicó una encuesta previo consentimiento informado. Aplicado el estudio llegó a las siguientes conclusiones: Los dentistas reconocen de forma variable las señales físicas asociadas con maltrato infantil, un 88% identifica como las caries rampantes no tratadas en niños como negligencia dental, el 61% de ellos no relaciona el maltrato físico y la negligencia dental y solo la mitad sabe que la cara, cuello, orejas y hombros son zonas frecuentes de castigo de los padres en los casos de maltrato infantil. No pudo establecer correlación entre el género, la edad del dentista, formación académica con el conocimiento de maltrato infantil. Casi la totalidad de los odontólogos sabe sobre la posibilidad de denunciar los hechos de maltrato infantil pero solo la mitad sabe cómo hacerlo. El 96% de los dentistas desea tener más conocimiento sobre la temática. (14)

Arrieta K; Díaz S; Ramos K. (COLOMBIA 2017) En su trabajo de investigación se plantean como objetivo el describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). Para ello emplean como materiales y métodos un estudio de

tipo descriptivo transversal en una muestra de 149 odontólogos, que respondieron un cuestionario estructurado de auto reporte para evaluar variables sociodemográficas, reporte de sospecha de maltrato infantil y sus conocimiento, actitudes y prácticas frente a este. Para establecer relaciones entre la sospecha de maltrato infantil con algunas variables de interés como las sociodemográficas con el conocimiento, actitud y práctica utilizaron la prueba chi cuadrado con un nivel de confianza del 95 %. Siendo los resultados que la ocurrencia actual de casos de sospecha de maltrato infantil fue de 5,3 % y si alguna vez durante su práctica profesional se le haya presentado con un 34,4 %. Al relacionar el nivel de conocimientos y variables sociodemográficas, las actitudes y prácticas, solo se encontró significancia estadística para el estrato socioeconómico (p=0,001), y entre las actitudes, con el lugar de procedencia (p=0,04) y edad (p=0,002). Concluyen que el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil fue deficiente, mientras las actitudes fueron favorables; sin embargo, al momento de presentarse un caso de sospecha, sus prácticas son inadecuadas, al no realizar la descripción de las lesiones, anotaciones en la historia clínica y reporte de casos. (15)

Doria AM; Navarro M. I. (COLOMBIA 2016) En la revisión bibliográfica que realizan sobre los aspectos clínicos y el adecuado manejo que se le debe dar al menor durante la consulta odontológica ante la sospecha de un caso. Finalmente concluyen que el maltrato infantil es un fenómeno social importante que repercute en gran medida en la salud general física y emocional del niño. El odontólogo como profesional de la salud puede contribuir de manera oportuna, puesto que como señala alrededor del 50% de las lesiones ocurren en la cara y la boca. Estas lesiones pueden ser hematomas, escoriaciones, laceraciones en cabeza y cara, lesiones en los labios, fracturas óseas y dentarias, cambios de color de los dientes. La caries de la infancia temprana con complicaciones pulpares y periodontales es considerado un hallazgo presuntivo de maltrato por negligencia. Manifestaciones de enfermedades de transmisión sexual en la boca en un menor se considera evidencia de abuso sexual. Sugieren que el diagnóstico de

maltrato infantil debe ser realizado por un equipo multidisciplinario pero teniendo al odontólogo como responsable legal y ético. (16)

Requena, M.A; Robles, B. N. L. & Lara, C. E. (MEXICO 2014) En la presentación de un reporte de caso hacen referencia que en México se tiene registro de maltrato infantil desde hace 20 años. En la que se ha caracterizado el maltrato infantil en dos grupos en el maltrato activo y por otro lado la omisión, a lo que el profesional de la odontología debe estar preparado para su detección y notificación. Manifiestan que las consecuencias del maltrato en cavidad oral son múltiples y pueden manifestarse a lo largo del tiempo. En este artículo presentan un caso clínico de maltrato por abandono, negligencia odontológica y las consecuencias que tuvo en la salud oral y general de la paciente, con datos de su historia clínica, registro documental y fotografías de las lesiones. (17)

Fierro, M. C.; Salazar, S. E.; Ruiz, S. L.; Luengo, M. L. & Pérez, F. A. (CHILE 2012) En su investigación tuvo como objetivo describir el conocimiento y la actitud frente al maltrato infantil de los odontólogos que trabajan en centros asistenciales de Chile. Para ello realizaron un estudio exploratorio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Aplicaron una encuesta con datos demográficos, conocimiento, actitud, sospecha y denuncia sobre maltrato infantil. La población de estudio comprendió 53 odontólogos. Las pruebas estadísticas de contraste utilizadas fueron Chi cuadrado y Wilcoxon (Mann-Whitney U). Encontraron que el conocimiento es satisfactorio. Del 43,3% que declara haber sospechado alguna vez sobre casos de maltrato, solo el 56,5% lo ha denunciado. Encontraron diferencia significativa (p: 0,0326) al relacionar las variables de género y conocimiento, siendo mayor en las mujeres. Sin embargo entre los variables género y actitud no hubo diferencia. El origen de la fuente de información no encontró evidencia en la formación de pregrado de los profesionales, por esto ellos plantean la necesidad de incorporar o reforzar el tema del maltrato infantil en las asignaturas de pregrado en las Facultades de Odontología. (18)

2.1.2. A nivel nacional:

Tello-Guerrero YG, Perona-Miguel de Priego GA. (LIMA 2019) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de los indicadores de la negligencia en el cuidado dental y su asociación con la calidad de vida relacionada a la salud bucal en preescolares de Lima. Emplearon como metodología un estudio observacional, prospectivo, transversal, en el que examinaron la severidad de la caries de infancia temprana, empleando el sistema ICDAS II; determinaron la presencia de indicadores de la negligencia en el cuidado dental mediante el cuestionario ECOHIS en una muestra de 187 niños y sus madres. Utilizaron las pruebas de chi cuadrado, correlación de Spearman y regresión logística para determinar la asociación entre caries, calidad de vida y negligencia en el cuidado dental. Obtuvieron como resultados que la caries dental tuvo un mayor impacto en la calidad de vida en la dimensión familia. Determinaron una correlación positiva entre la caries dental ($p < 0,0001$), educación de la madre en prevención ($p < 0,05$) y calidad de vida. Seis indicadores de la negligencia en el cuidado dental fueron hallados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Sin embargo, no pudieron ser considerados factores de riesgo para la calidad de vida. Concluyen finalmente que la caries dental tuvo un impacto negativo en la calidad de vida; la educación a la madre en prevención tuvo un impacto positivo en la salud oral y no afirman que los indicadores de negligencia actúen como factores de riesgo para una mala calidad de vida en los preescolares de este estudio. (19)

Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. (LIMA 2009) En su artículo de revisión mencionan que el maltrato y el abandono de los niños y adolescentes es un problema social cada vez más frecuente que involucra no solamente aspectos legales o sociales sino también en las profesiones como lo es la Odontología. Con la revisión se define el Maltrato Infantil como acción u omisión y por otro lado el texto orienta al profesional a reconocer y diagnosticar, documentar, informar o denunciar y realizar intervención oportuna al menor de edad y sus familias que

presenten este problema y de esa manera evitar o reducir los casos de maltrato. (20)

2.1.3. A nivel regional o local:

No existen

2.2. Bases teóricas

MALTRATO INFANTIL (MI)

El Maltrato Infantil (MI) o denominada en sus momento como síndrome del niño apaleado fue emitida por Kempe en 1962 y conceptuada como violencia física no accidental, con la intensión de herir o lesionar a un menor de edad. Otras concepciones como de Wolfe lo define como la presencia de una lesión no accidental resultado de actos de perpetración o de omisión. (21) Para Kieran y O'Hagan tiene que hacerse una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual impide la manifestación espontánea de sentimientos positivos, produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social" (22)

La violencia doméstica es atendida en el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, pero no se acostumbra denunciar la violencia en menores de edd en su forma de maltrato o negligencia. Pues aun no queda claro la concepción de que "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor" es una manifestación de maltrato. (23)

La OMS (organización mundial de la salud) extraído del documento de DADIS, define como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, que resulte en un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una

relación de responsabilidad, confianza o poder. El maltrato por negligencia y el emocional son los más frecuentes y se asocian con secuelas importantes en la integridad del menor de edad. Es responsabilidad del Ministerio de Salud atender las diferentes formas de maltrato. La violencia contra los niños y adolescentes es una violación de sus derechos humanos, y no tiene ningún tipo de justificación. (24).

El maltrato infantil es un problema de salud pública, complejo y riesgoso. Que con el tiempo genera una sociedad con adultos violentos, con problemas sociales; los sobrevivientes de abuso sexual tienden de baja autoestima y depresión grave lo que en muchos casos conlleva al abuso de sustancias y desórdenes alimenticios. Según las proyecciones de los investigadores la violencia hacia los niños seguirá en aumento. Es por ello que resulta vital intervenir frente al maltrato infantil. (25).

ETIOLOGÍA DEL MALTRATO

Las investigaciones respecto al tema señalan que el MI es un problema multifactorial, más aun adaptado a los diferentes contextos de la sociedad, en el que intervienen el agresor que surge de diferentes contextos sociales, el agredido, el medio ambiente o el tipo de familia que les rodea y un estímulo detonante de la agresión (25).

Los responsables del cuidado del niño, padres o tutores, pueden ser demasiado críticos con el menor de edad, no se comunican o interrelacionan de manera normal con sus hijos y no están pendientes de ellos. La mayoría de los abusadores se encuentran en el entorno cercano del menor. Muchas veces el agresor tiene experiencias propias de maltrato durante su niñez y por ello quizás tiene una visión errónea de normalidad (26, 27) y más aún si el niño tiene déficit mental o físico que muchas veces no es aceptado por el adulto y la familia donde vive. (28)

El maltrato muchas veces se inicia desde el embarazo con el hijo no deseado o no planificado, iniciando ya sus desatenciones médicas o de control del embarazo. Sigue durante el parto, pues la madre por falta de preparación y ansiedad, dificulta el nacimiento**.** El vínculo durante el

primer año con su cuidador que generalmente es la madre se vuelve vital. La autonomía y la autorregulación se vuelven objetivos durante el 2do y 3er año de vida, contribuyendo a la independencia que debe ser sostenida por una correcta estimulación del lenguaje, el aseo y la comida pues su falta de atención llevará a problemas de desarrollo. (29)

FACTORES DE RIESGO

Si bien el maltratador o agresor puede aparentar una conducta normal, pues las investigaciones han determinado que los victimarios sufren de carencias psico emocionales y en algunos casos tienen rasgos psicopáticos

El agresor se caracteriza por una baja autoestima, altos niveles de egoísmo, egocentrismo, inseguridad, necesidad de reconocimiento y dependencia. También se ha identificado que existe una gran asociación con la presencia de violencia entre los padres, un número mayor de hijos, lo que genera dificultades para sostener la alimentación, salud, educación, problemas de alcoholismo, bajo nivel cultural de la madre. Otros investigadores de la temática consideran como factor de riesgo padres adoptivos o padrastros, las crisis familiares, enfermedades físicas y/o mentales de los padres, madres adolescentes, y más aún si el niño no es comunicativo para saber de sus emociones o lo que siente (30).

TIPOS DE MALTRATO

Existen muchas formas de clasificar el maltrato, una de las más interesantes, refiere que el maltrato se puede dividir en abandono físico, sexual, psicológico. Estas categorías se superponen, ya que todas las formas de maltrato tienen componentes emocionales y el abuso sexual es también la categoría de maltrato físico. El abuso físico es generalmente en forma de agresión más reconocible para los niños con casos clínicos de trauma físico o la falta de desarrollo**.** Los odontólogos como profesionales de la salud, deben reconocer cualquiera de los subtipos de maltrato y abandono infantil mediante el examen clínico y observación de la conducta.

Maltrato físico. El abuso físico en una lesión infringida a través del uso de fuerza excesiva sobre un niño en el periodo intrauterino también se da un tipo de maltrato físico, algunos autores incluso lo clasifican en una categoría específica, éste se produce cuando la madre descuida la atención médica necesaria para el control del embarazo, cuando ocurren intoxicaciones o intentos de aborto. El maltrato físico constituye el tipo de maltrato más conocido (31). Es descrito generalmente como manifestación tardía de un problema antiguo o una situación de crisis en los cuidadores. Se entiende como maltrato físico toda agresión infligida por un adulto, producida por el uso de la fuerza física no accidental que produzca (32) una lesión que supere el enrojecimiento de la piel. Se considera maltrato físico, también el uso de cualquier instrumento para golpear a un niño. El golpe directo como lesión personal es la causa más frecuente de consulta por maltrato en las salas de urgencias y suele ocurrir por ira, castigo o asalto deliberado que puede llegar a asesinato. Así como lo expone Ferro y cols., los instrumentos y medios utilizados son variados y dependen de la capacidad del autor; las lesiones corporales infringidas por los padres o cuidadores a un menor de forma intencional como un comportamiento único o repetido. De la definición se desprenden algunas observaciones adicionales que deben ser tenidas en cuenta en el momento de evaluar un niño con posible maltrato físico. La primera de ellas tiene que ver con el concepto de accidente. Este depende de la intencionalidad del hecho, lo cual es difícil de determinar, para lo cual se debe evaluar el contexto y los posibles factores de riesgo existentes cerca del momento del hecho. La segunda consideración hace referencia al eritema como manifestación de agresión puesto que para que un eritema producido por un golpe ocurra se requiere haber activado los receptores de dolor como primer mecanismo de defensa del organismo contra la agresión. La tercera consideración tiene en cuenta el uso de instrumentos para agredir al niño, lo cual constituye un indicador de alto riesgo para incrementar la intensidad de la lesión y refleja generalmente escaso control por parte del agresor o una intencionalidad para agredir, lo cual constituye un delito. (32)

Maltrato Psicológico. Es un patrón de relación dañino entre el cuidador y el niño, producido desde el lenguaje y la afectividad que lesiona su autoestima de forma preponderante. Se produce por carencias psicoemocionales del cuidador y genera gran dependencia y trastorno del desarrollo en el niño. El maltrato emocional comprende: (33)

- El menosprecio a la persona: minimizar, avergonzar, ridiculizar; escoger al niño para castigarlo, criticarlo o humillarlo en público.
- Aterrorizar al niño: hacer que se sienta inseguro; hacer exigencia de expectativas poco realistas bajo la amenaza de pérdidas o daños si las tareas no son cumplidas; amenaza directa de golpe al niño, violentar los objetos queridos por el niño.
- La explotación laboral o corrupción del niño: modelar, permitir o promocionar comportamientos antisociales o inapropiados; impedir la autonomía del niño según su nivel de desarrollo; restringir o interferir con el desarrollo cognoscitivo del niño.
- Negar la respuesta emocional: ignorar al niño, ausencia de expresiones afectivas, de cuidado y/o amor hacia el niño.
- Rechazar: evitar o enviar lejos al niño.
- Aislamiento: encerrar, poner limitaciones inadmisibles para el movimiento o la vida social de los niños.
- Patrones de crianza inadecuados o inconsistentes: normas y pautas de crianza contradictorias o ambivalentes.

Los niños son testigos de violencia doméstica: la participación de los niños como testigos de la VIF es otra de las formas frecuentes de maltrato emocional en la niñez y se ha asociado con la transmisión intergeneracional de la violencia.

En este tipo de maltrato se resalta el síndrome de alienación parental, que aunque no tan conocido, es importante hacerle la mención. La

primera definición de éste que se realiza, es de Richard Gardner en 1985, que define el Síndrome de Alienación Parental como un desorden que surge principalmente en el contexto de las disputas por la guarda y custodia de los niños. Su primera manifestación es una campaña de difamación contra uno de los padres por parte del hijo, campaña que no tiene justificación. Otros autores como Aguilar lo definen como un trastorno caracterizado por un conjunto de síntomas que resultan del proceso por el cual un progenitor transforma la conciencia de sus hijos, mediante distintas estrategias, con objeto de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor.

Los comportamientos y estrategias que el progenitor alienante pone en juego suelen ser sutiles (34).

Maltrato Sexual. El abuso sexual infantil o la explotación mediante cualquier acto sexual, que va desde exposición indecente, tocamiento indebido y exposición inapropiada de un niño a actos sexuales, prostitución, rapto, incesto, pornografía y comercio sexual. Si bien las lesiones por abuso sexual se manifiestan mayormente en los genitales los cuales no pueden ser diagnosticados por el odontólogo, si se pueden hallar manifestaciones bucales. El maltrato sexual ocurre cuando un adulto en una posición de poder o control emplea un niño o niña para su estimulación sexual estableciendo contacto e interacciones con estos mediante el engaño o la fuerza física (35).

Existen varios términos que es necesario diferenciar para conocimiento del tema como lo indican Lago y cols., definiendo así los siguientes términos (36):

Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con acceso carnal o sin él, con violencia o intimidación y sin consentimiento. Se manifiesta por manoseo y caricias de los genitales y la inducción obligada a actos eróticos.

Acoso sexual: solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente con respecto a la víctima.

Relación sexual: consiste en la penetración vaginal, oral o rectal del pene, sin que medie violencia o coacción, o en el intento de ella.

Exhibicionismo: es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, cuando se impone a un menor la contemplación de escenas de contenido sexual.

Violación sexual: es la realización del acto sexual obligado con lesión orgánica o sin ella. Es importante que se establezcan los procedimientos específicos para garantizar la activación de las rutas de protección y acceso a justicia en cada uno de los casos sospechosos de abuso sexual.

NEGLIGENCIA.

Jessee (1999) afirmó que la negligencia es un tipo de maltrato más común y se puede definir como un fracaso de los padres o tutores para proporcionar las necesidades básicas como la comida, la cultura, la ropa y la salud (37).

Se produce cuando los padres o responsables del niño no satisfacen las necesidades básicas para su desarrollo. Dubowitz, El investigador más prominente en los EE.UU. en el área de abandono, ha contribuido con un examen exhaustivo del tema de este año. Él aboga por una definición de abandono de los niños que se centra en la satisfacción de las necesidades básicas del niño en lugar de culpar a un padre que no está cumpliendo con su responsabilidad. Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo.

Existe negligencia cuando los responsables del cuidado y educación de los niños no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, sean físicas, sociales, emocionales o intelectuales; la negligencia es diferente a pobreza.

NEGLIGENCIA DENTAL. La negligencia dental es considerada un tipo de maltrato por American Academy of Pediatric Dentistry definiéndola

en el 2003, así: cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo el desarrollo de infecciones y la aparición de dolor, es la "omisión intencional de los padres o tutores a buscar y seguir adelante con el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucodental básica para el funcionamiento adecuado y la ausencia de dolor y la infección." La caries dental, enfermedades periodontales, y otras condiciones orales, si se deja sin tratar, puede causar dolor, infección y pérdida de función (37, 38).

Estos resultados no deseados pueden afectar negativamente el aprendizaje, la comunicación, la nutrición y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal. El no buscar u obtener atención dental adecuada puede ser consecuencia de factores tales como el aislamiento de la familia, la falta de financiación, ignorancia de los padres, o la falta de percepción del valor de la salud oral. El punto en el cual considerar un padre negligente e iniciar la intervención se produce después de que el padre haya sido debidamente alertados por un profesional de la salud acerca de la naturaleza y el alcance de la condición del niño, el tratamiento específico necesario, y el mecanismo de acceso a ese tratamiento (39).

Debido a que muchas familias se enfrentan a desafíos en su intento de acceder a la atención dental o un seguro para sus hijos, el médico debe determinar si los servicios dentales son fácilmente disponibles y accesibles para el niño cuando se considera si la negligencia se ha producido. El médico o el odontólogo debe tener la certeza de que los cuidadores entender la explicación de la enfermedad y sus consecuencias y, cuando las barreras a la atención necesaria existe, trata de ayudar a las familias a encontrar ayuda financiera, transporte o instalaciones públicas para servicios necesarios. El no brindar un adecuado tratamiento a las lesiones de caries dental, da paso a infecciones orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que puedan producir en el niño una mala alimentación, dolor, lo cual puede traer como consecuencia el retraso de su crecimiento y desarrollo y la limitación de sus actividades diarias.

Las consecuencias no deseadas pueden, en forma adversa afectar el aprendizaje, la comunicación, la nutrición, la socialización y otras actividades necesarias para el crecimiento y desarrollo normal.

2.3. Definición de términos básicos

CONOCIMIENTO. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o posterior al aprendizaje. En un sentido más amplio se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados.

NEGLIGENCIA. La negligencia es el descuido u omisión en el cumplimiento de una obligación lo que puede conllevar a un riesgo para el individuo o para otras personas.

MALTRATO INFANTIL. El maltrato infantil es toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva en sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psicológico y social del niño y cuyos autores son personas del ámbito familiar.

2.4. Hipótesis:

Por tratarse de un estudio descriptivo univariado no fue posible plantearse una posible respuesta fundamentada. Pero si plantearse un supuesto en la población de estudio bajo el conocimiento empírico y sería el siguiente:

H1: El grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico es malo en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021

H0: El grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico es bueno en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021.

2.5. Variables

2.5.1. Variable de estudio

Grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico.

2.5.2. Variable interviniente

Características sociodemográficas

2.6. Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
VARIABLE DE ESTUDIO: **GRADO DE CONOCIMIENTO**	NEGLIGENCIA ODONTOLOGICA	PROBLEMAS DE CARIES DENTAL	Ninguno Dolor dental Caries de inicio temprano Infecciones periapicales Infecciones orofaciales	
		PROBLEMAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	Ninguno Gingivitis Periodontitis	
		FRACTURAS DENTALES	Remanentes radiculares Asociado a golpes Asociado a caídas	
		HIGIENE BUCAL	Sin acompañamiento Con acompañamiento	
		BUSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL	Nunca A veces Casi siempre Siempre	
		CONTROL DE PESO Y TALLA	Nunca A veces Casi siempre Siempre	
	MALTRATO INFANTIL	ENTENDIMIENTO	Bueno Regular Malo	
		RECONOCIMIENTO	Lesiones Hematomas Secreciones o sangrado Todas las anteriores Lesiones auto infligidas	

		RESPONSABILIDAD COMUNICACIÓN COMPORTAMIENTO DEL MENOR	Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia Temeroso Desconfiado Triste o melancólico Alegre y despierto	
VARIABLE INTERVINIENTE **CARACTERISTICA SOCIODEMOFRAFICAS**	CARACTERISTICAS PERSONALES DEL PADRE O MADRE RESPONSABLE	SEXO RANGO DE EDAD PROCEDENCIA EMPLEABILIDAD	FEMENINO MASCULINO ADOLESCENTE (MENOR DE 18 AÑOS) ADULTO JOVEN (18 -44 AÑOS) ADULTO MADURO (45-64 AÑOS) ADULTO MAYOR (MAYOR DE 65 AÑOS) URBANA URBANO MARGINAL RURAL NINGUNA INFORMAL FORMAL	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. Nivel y tipo de investigación

El nivel de investigación fue Descriptivo porque se buscó saber sobre el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico.

El tipo de investigación será:

Según el grado de participación del investigador: La investigación fue Observacional porque no existe intervención o manipulación sobre las variables de estudio por parte del investigador.

Según la planificación de toma de datos: La investigación fue Prospectivo, porque los datos fueron recolectados en forma primaria por el investigador, evitando de esa manera los sesgos durante la recolección de datos.

Según el número de mediciones sobre la variable: La investigación fue Transversal por que se aplicó el instrumento en una sola ocasión.

Según el número de variables: La investigación fue Descriptivo por ser univariado.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue Epidemiológico descriptivo

n $\longrightarrow$ **O1**

Donde:

n = muestra

O1 = Observación de la variable de negligencia y maltrato infantil

3.3. Determinación del Universo, Población y Muestra

3.3.1. Universo

El universo estuvo constituido por los habitantes del Centro Poblado de la Esperanza.

3.3.2. Población

La Población de estudio estuvo conformada por los padres de familia o tutores de menores de edad de cada vivienda ubicada en el Centro Poblado de la Esperanza, registrados en el Asís, siendo un número total de 1156 familias identificados según el Asis 2015.

Se desarrolló muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia y en avalancha, dado el contexto de la pandemia por Covid 19 durante el tiempo programado para la ejecución pues esto implicó realizar visitas domiciliarias a las que algunas familias accedieron u otras no. Con estas dificultades se recolectaron la información de 122 familias:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser padre, madre o tutor de menores de edad en familias que habita el Centro poblado de la Esperanza.
- Haber firmado e consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Ser habitante ocasional o temporal del Centro poblado de la Esperanza.
- No ser padre, madre o tutor de menores de edad.

3.3.3. Muestra:

Para la recopilación de datos se realizó visitas domiciliarias con apoyo del personal de Salud del Centro Poblado de la Esperanza hasta completar o sobrepasar la meta inicial de muestreo propuesta, por avalancha. Para ello en salvaguarda de la salud de los participantes de

la investigación y del mismo investigador se cumplieron los protocolos de bioseguridad en el contexto de la pandemia por Covid 19.

3.3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas. - En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta presencial, para lo cual el investigador realizó una visita domiciliaria para entrevistar al padre, madre o tutor presente. El llenado lo hizo el mismo investigador en salvaguarda de la salud pública y distanciamiento social establecido por el Gobierno del Perú y Ministerio de salud.

Instrumentos. - El instrumento de investigación que se empleó es un cuestionario estructurado, que en la primera parte recopila los datos generales de la familia o jefe de hogar, para luego recopilar la información sobre el conocimiento de negligencia y maltrato infantil odontológico. Por otro lado para verificar la confiabilidad del instrumento elaborado se hizo un estudio piloto a 10 personas y serán analizadas con el Alfa de Cronbach que tuvo como resultado 0.73, que indica un instrumento confiable.

3.4. Técnica de procesamiento, análisis de datos.

En primer lugar se procedió a revisar los datos obtenidos en el instrumento que se encuentren debidamente rellenadas para su procesamiento, se hizo la valoración de cada una de las respuestas y se consideró como conocimiento bueno si la totalidad de las respuestas son positivas, regular si las respuestas están entre positivas y negativas y conocimiento malo se consideró si la mayoría de las respuestas son negativas. Luego de recolectado los datos serán procesados en forma manual utilizando una hoja de cálculo del programa Excel para el conteo rápido, previa codificación, a fin de presentar los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva. El análisis de los datos obtenidos del instrumento se realizó mediante el paquete estadístico (SPSS, versión 24 .00 para Windows).

3.4.1. Estadística descriptiva:

Se buscó describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadísticos para analizar la variable de estudio. La estadística descriptiva permite describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidos para la variable. Uno de ellos es la distribución de frecuencias, especialmente cuando se utiliza la frecuencia relativa puede presentarse en forma de histograma o gráficas de otro tipo.

ASPECTOS ÉTICOS

A los participantes de la investigación se les brindó la información necesaria con los aspectos concernientes al contenido del cuestionario de la investigación, asegurándoseles que la misma no implicara daño moral alguno, que los datos personales recogidos durante la misma serán de uso confidencial y que se les respetará su autonomía para decidir abandonar la misma cuando fuese su deseo. Estos aspectos serán autorizados en una declaración de consentimiento informado que será firmada por el entrevistado y el compromiso del investigador. Todo ello en cumplimiento de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos consignados en la Declaración de Helsinki del 2002 de la Asociación Médica Mundial.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo univariado

Tabla 1. Características sociodemográficas de las familias del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis Huánuco 2021

Variables	Categoría	frecuencia	Porcentaje
Tabla N°1.1. Sexo	**Femenino**	113	92.62%
	Masculino	9	7.38%
Tabla N°1.2. Relación con menor	**Abuela**	13	10.66%
	Madre	86	70.49%
	Padre	5	4.1%
	Tía	9	7.38%
	Hermana	5	4.1%
	Tío	3	2.46%
	Abuelo	1	0.81%
Tabla N°1.3. Procedencia	**Urbano**	39	31.97%
	Rural	33	27.05%
	Urbano marginal	50	40.98%
Tabla N°1.4. Empleabilidad	**Formal**	23	18.85%
	Informal	31	25.41%
	Ninguna	68	55.74%
Tabla N°1.5. Edad	X : 28.92623 (**DS**: 10.99449)		

Fuente: Elaboración propia

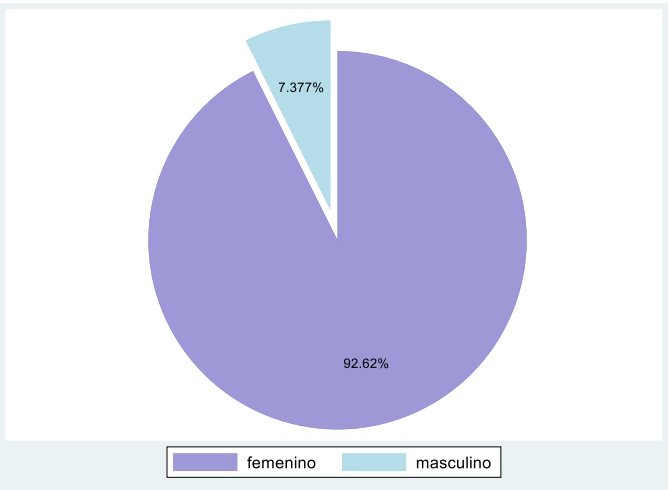

Figura 1. Sexo de los padres de familia participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°1.1, se observa que del 100.00%(122) de los padres de familia o encargados del menor de edad, el 92.62%(113) representaron la categoría del sexo femenino y 7.38%(9) representaron la categoría del sexo masculino.

INTERPRETACION: La participación en el estudio fue mayoritariamente del sexo femenino, en una proporción de 9 de 10, lo que indica que en las visitas domiciliarias generalmente se ubica a la madre, abuela o tías; para obtener la información requerida en la investigación.

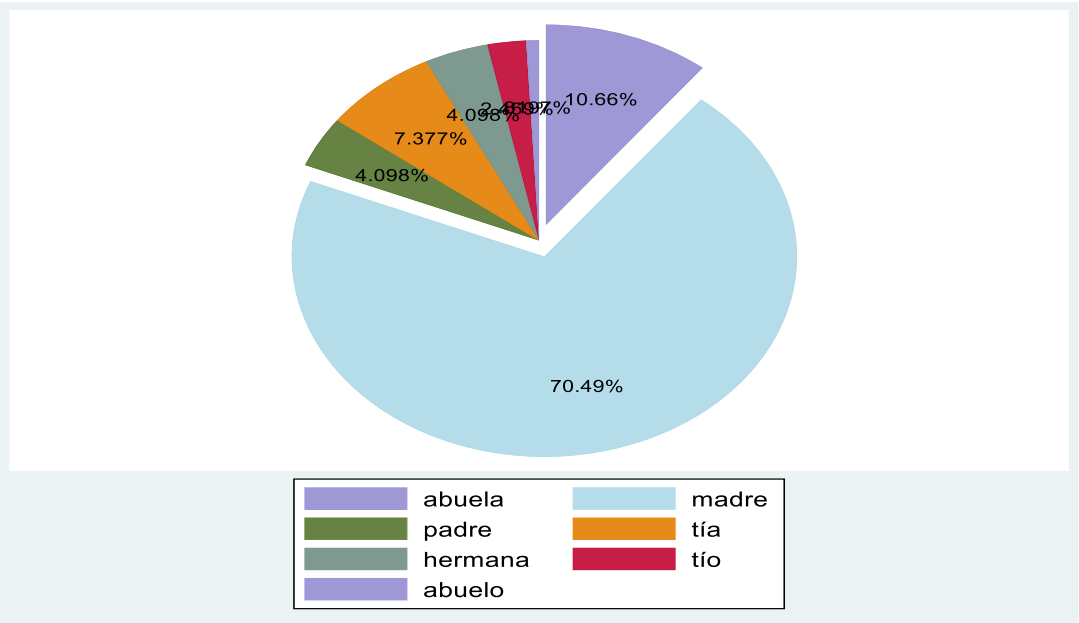

Figura 2. Relación de la persona entrevistada con el menor de edad.

ANALISIS: En la tabla N°1. se observa que del 100.00%(122) de la persona responsable entrevistada el 70.49%(86) fue la Madre, el 10.66%(13) fue la abuela, el 7.38%(9) fue la tía, el 4,1%(5) fue el padre, el 4,1%(5) fue la hermana y el 0.81%(1) fue el abuelo.

INTERPRETACION: Para saber quién es la persona responsable del menor de edad que se le encontró durante la visita domiciliaria se obtuvo que en las familias 7 de cada 10 se le encontró a la madre. Es importante tener en cuenta ese dato pues es la ersona que pasa el mayor tiempo con el menor de edad y es la responsable de su cuidado.

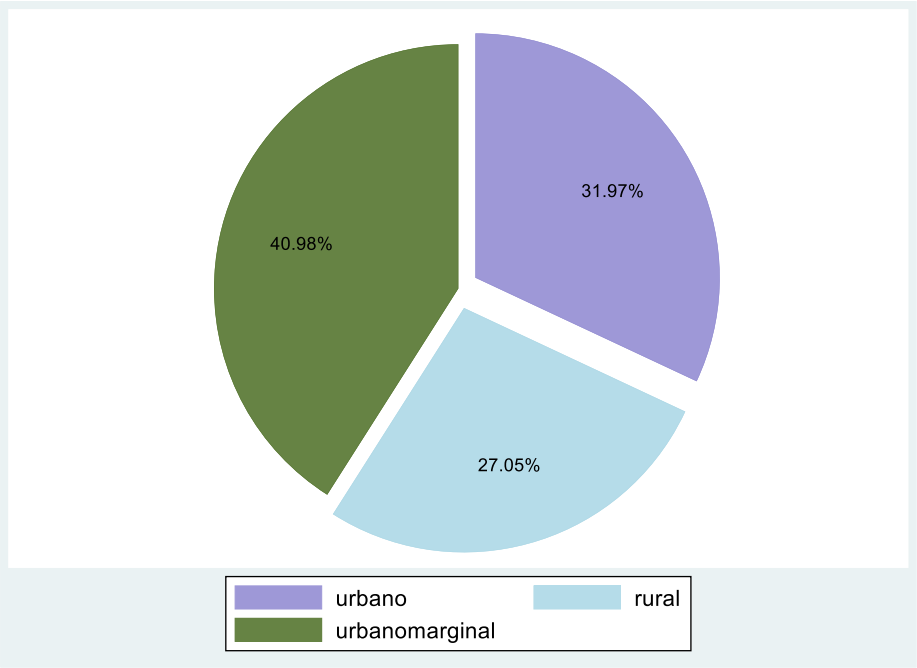

Figura 3. Procedencia de la familia entrevistada respecto a la ubicación de su vivienda

ANALISIS: En la tabla 1 y figura .3, se observa que del 100.00%(122) de las personas entrevistadas, el 40.98%(50) indicaron que su procedencia o vivienda se encuentra en una zona urbano marginal, el 31.97%(39) indicaron que su procedencia o vivienda se encuentra en una zona urbana y el 27.05%(33) indicaron que su procedencia o vivienda se encuentra en una zona rural.

INTERPRETACION: Se observa que de los entrevistados, responsables del menor de edad tienen como procedencia o lugar de vivienda en la zona urbana marginal en una proporción de 4 de 10, seguido la zona urbana con una proporción de 3 de 10 y aproximadamente en la misma proporción los de zona rural. Lo que indica una variedad en la ubicación de las familias del Centro Poblado de La Esperanza.

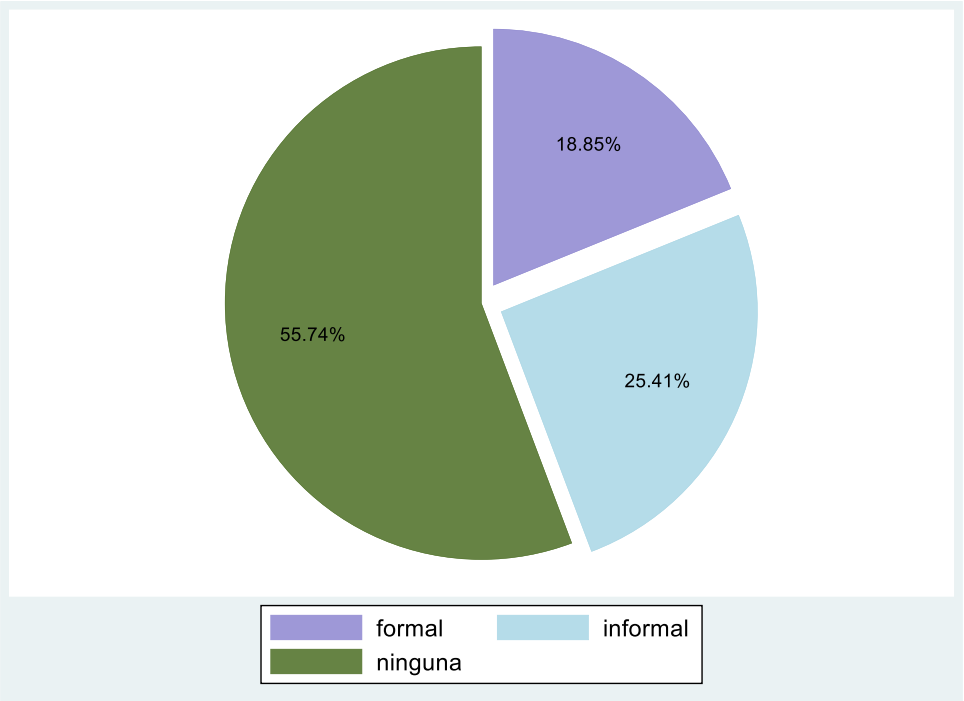

Figura 4. Empleabilidad del responsable de la familia donde vive el menor de edad

ANALISIS: En la tabla 1. Figura 4, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados, el 55.74%(68) manifestó como ninguna empleabilidad, el 25.41%(31) manifestó un empleo informal y el 18.85%(23) manifestó tener un empleo formal.

INTERPRETACION: Se observa que un poco más de la mitad de los responsables de la familia se encuentran en la calidad de desempleado, siendo su fuente de ingreso posiblemente algún trabajo eventual que puedan tener o los que puedan obtener de la agricultura familiar. Mientras la empleabilidad mayoritaria en las familias es informal dedicándose al transporte local, comercio informal o ambulatorio.

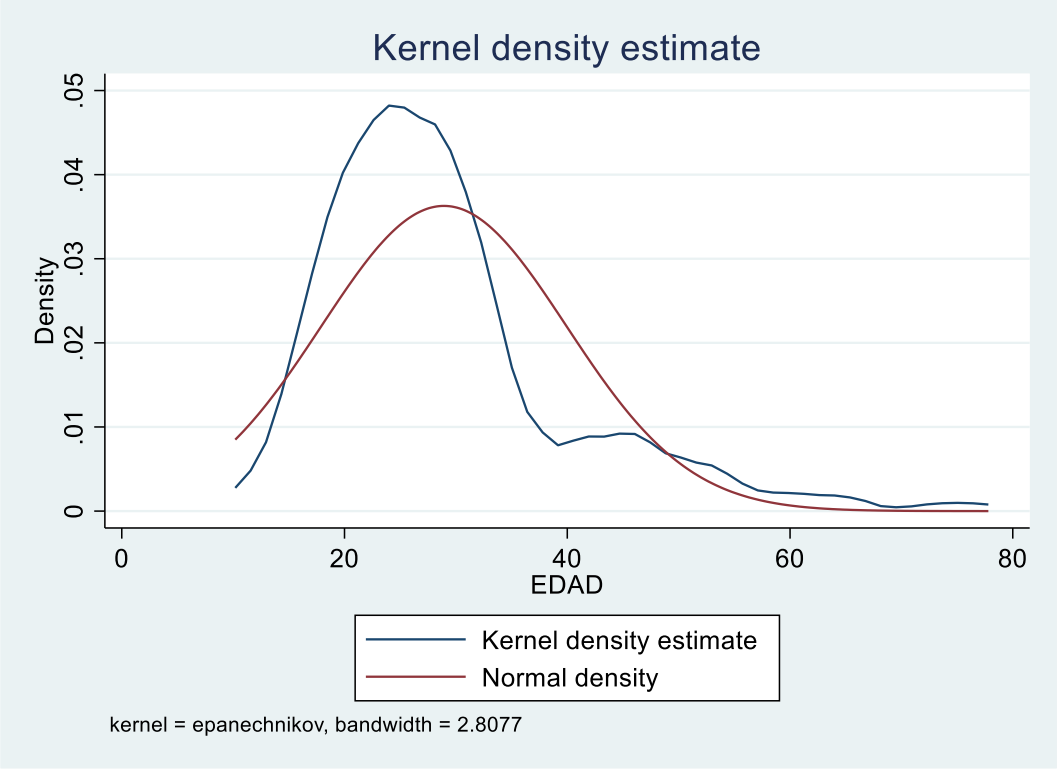

Figura 5. Edad de los responsables de familia entrevistados

ANALISIS: En la tabla 1 y figura 5, se observa el promedio de edad de los entrevistados como responsables del menor de edad se obtuvo una media de 28.92623 y una desviación estándar de 10.99449.

INTERPRETACION: Respecto a la edad, las medidas de tendencia central indican una población con media etaria de 28 años, pero cuyo rango de dispersión es de 10, es decir la población entrevistada comprendía mayoritariamente entre 18 a 38 años de edad.

Tabla 2. Indicadores de conocimiento sobre maltrato y negligencia infantil odontológica de las familias del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis Huánuco 2021

Preguntas	Categorías	frecuencia	Porcentaje
Tabla N°2.1. P1	Bueno	18	14.75%
	Regular	79	64.75%
	Malo	25	20.49%
Tabla N°2.2. P2	Lesiones	8	6.56%
	Hematomas	32	26.23%
	Secreciones sangrado	34	27.87%
	Todas las anteriores	48	39.34%
Tabla N°2.3. P3	Ninguna importancia	1	0.82%
	Poca importancia	19	15.57%
	Mucha importancia	102	83.61%
Tabla N°2.4. P4	Ninguna importancia	2	1.64%
	Poca importancia	8	6.56%
	Mucha importancia	112	91.8%
Tabla N°2.5. P5	Temeroso	9	7.38%
	Desconfiado	12	9.84%
	Triste o melancólico	1	0.82%
	Alegre y despierto	100	81.97%
Tabla N°2.6. P6	Ninguno	42	34.43%
	Dolor dental	58	47.54%
	Caries de inicio temprano	19	15.57%
	Infecciones Orofaciales	3	2.46%
Tabla N°2.7. P7	Ninguno	119	97.54%
	Gingivitis	1	0.82%
	Periodontitis	2	1.64%
Tabla N°2.8. P8	Ninguno	59	48.36%
	Remanente radiculares	45	36.89%
	Fractura por golpe	3	2.46%
	Fractura Caída	15	12.3%
Tabla N°2.9. P9	Sin acompañamiento	78	63.93%
	Con acompañamiento	44	36.07%
Tabla N°2.10. P10	Nunca	6	4.92%
	A veces	49	40.16%
	Casi siempre	30	24.59%
	Siempre	37	30.33%
Tabla N°2.11. P11	Nunca	1	0.82%
	A veces	11	9.02%
	Casi siempre	27	22.13%
	Siempre	83	68.03%

Fuente: Elaboración propia

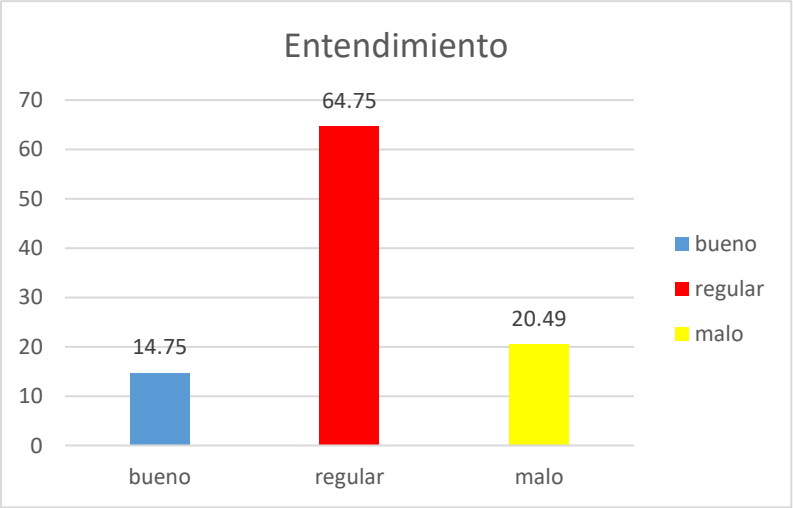

Figura 6. Entendimiento sobre maltrato infantil

ANALISIS: En la tabla 2. figura 6 se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto al entendimiento sobre maltrato infantil, el 64.75%(79) de los entrevistados presenta un entendimiento regular, el 20.49%(25) presenta un entendimiento malo y el 14.75%(18) presenta un entendimiento bueno.

INTERPRETACION: Se observa como principal hallazgo que 6 de cada 10 personas entrevistadas tiene un entendimiento regular y 2 de cada 10 tiene un entendimiento malo, lo que refleja la poca información del conocimiento de lo que es el maltrato infantil en sus diferentes formas de manifestación.

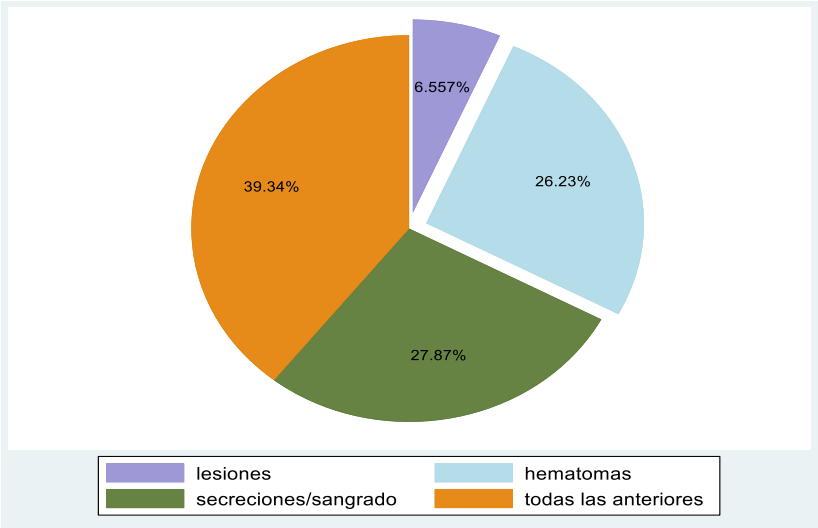

Figura 7. Reconocimiento de maltrato infantil

ANALISIS: En la tabla N°2. figura 7 se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto al reconocimiento del maltrato infantil, el 39.34%(48) reconoce todas las alternativas propuestas como maltrato infantil, el 27.87%(34) reconoce a las secreciones o sangrado como maltrato infantil, el 26.23%(32) reconoce a la presencia de hematomas como maltrato infantil y el 6.56%(8) reconoce a las lesiones como maltrato infantil.

INTERPRETACIÓN: Se observa que aproximadamente solo 4 de cada 10 entrevistados conoce como pueden reconocer las diferentes formas de maltrato infantil del tipo físico que son la presencia de lesiones en el cuerpo, la presencia de hematomas en el cuerpo o la presencia de secreciones o sangrado en los menores de edad.

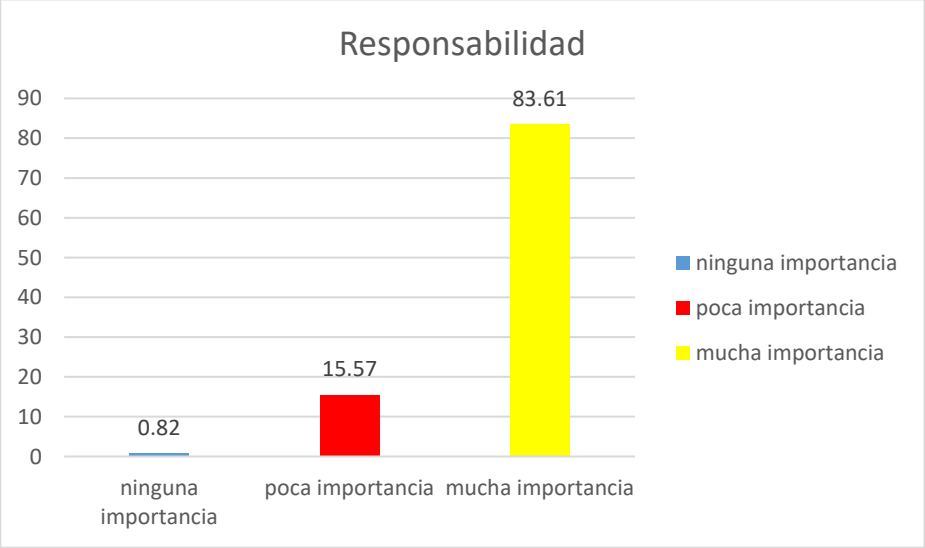

Figura 8. Responsabilidad para el cuidado del menor de edad.

ANALISIS: En la tabla 2. figura 8., se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados, el 83.61%(102) respondió que le da mucha importancia al cuidado del menor de edad, el 15.57%(19) respondió que le da poca importancia y el 0.82%(1) respondió que no le da ninguna importancia.

INTERPRETACIÓN: Se observa que un poco más de 8 de 10 de los entrevistados considera de mucha importancia el cuidado del menor de edad mientras que casi 2 de 10 no considera de importancia el cuidado del menor de edad, este último dato es una alerta de lo que pueda suceder con el cuidado y atención al menor de edad.

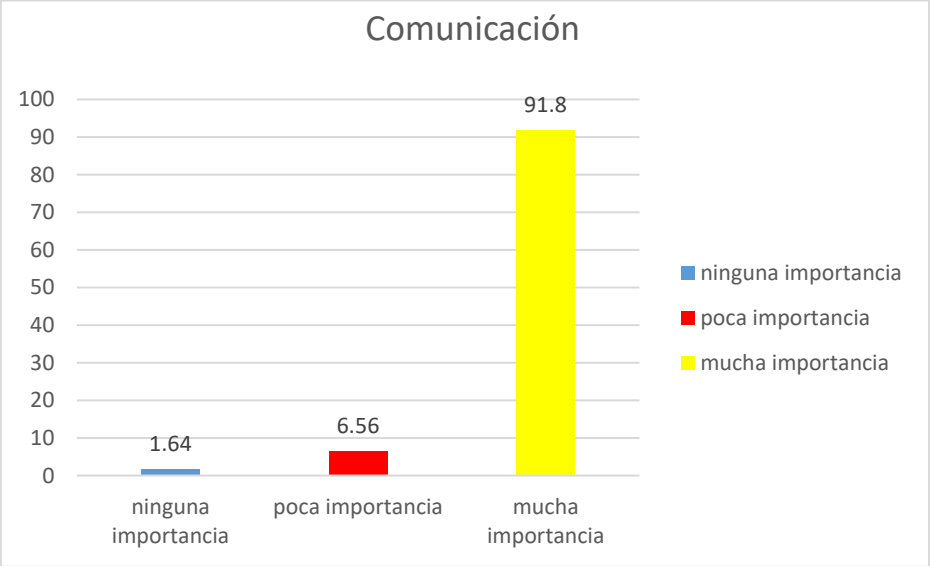

Figura 9. Comunicación con el menor de edad.

ANALISIS: En la tabla 2. figura 9., se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto a la importancia sobre la comunicación con el menor de edad, el 91.8%(112) respondió que le da mucha importancia a la comunicación, el 6.56%(8) respondió que le da poca importancia a la comunicación y el 1.64%(2) respondió que no le da ninguna importancia.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 9 de 10 entrevistados considera de mucha importancia la comunicación con el menor de edad, hecho vital para saber lo que siente o le pasa al menor, pero 1 de 10 no lo considera así lo que también sería una señal de alerta de maltrato infantil.

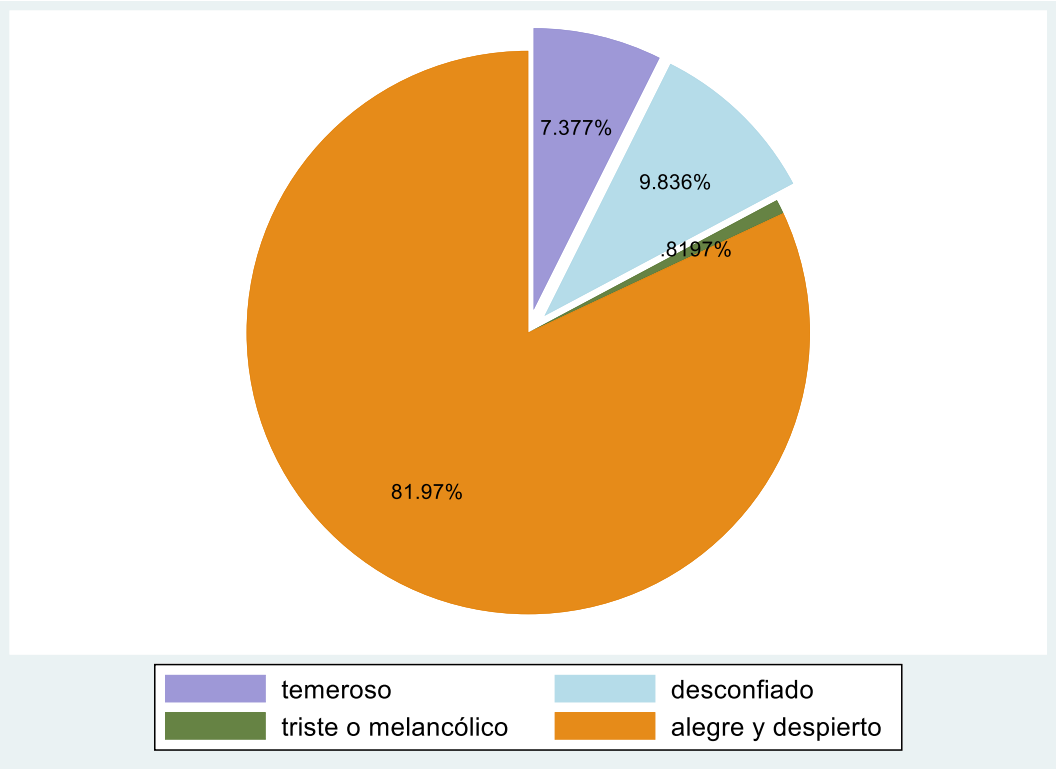

Figura 10. Comportamiento del menor de edad

ANALISIS: En la tabla 2. figura 10, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados, el 81.97%(100) respondió que el menor de edad a su cargo es alegre y despierto, el 9.84%(12) respondió que el menor es desconfiado, el 7.38%(9) respondió que el menor es temeroso y el 0.82%(1) respondió que el menor es triste o melancólico.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 8 de 10 entrevistados respondieron que el menor de edad a su cargo se muestra alegre y despierto, indicativo de su salud mental en el hogar y sus capacidad de relacionarse, por otro lado 2 de 10 respondieron que el menor de edad es temeroso, triste o melancólico o desconfiado lo que podría suponer alteraciones emotivas en su salud mental que lo limitan en su relación personal en su familia y la sociedad.

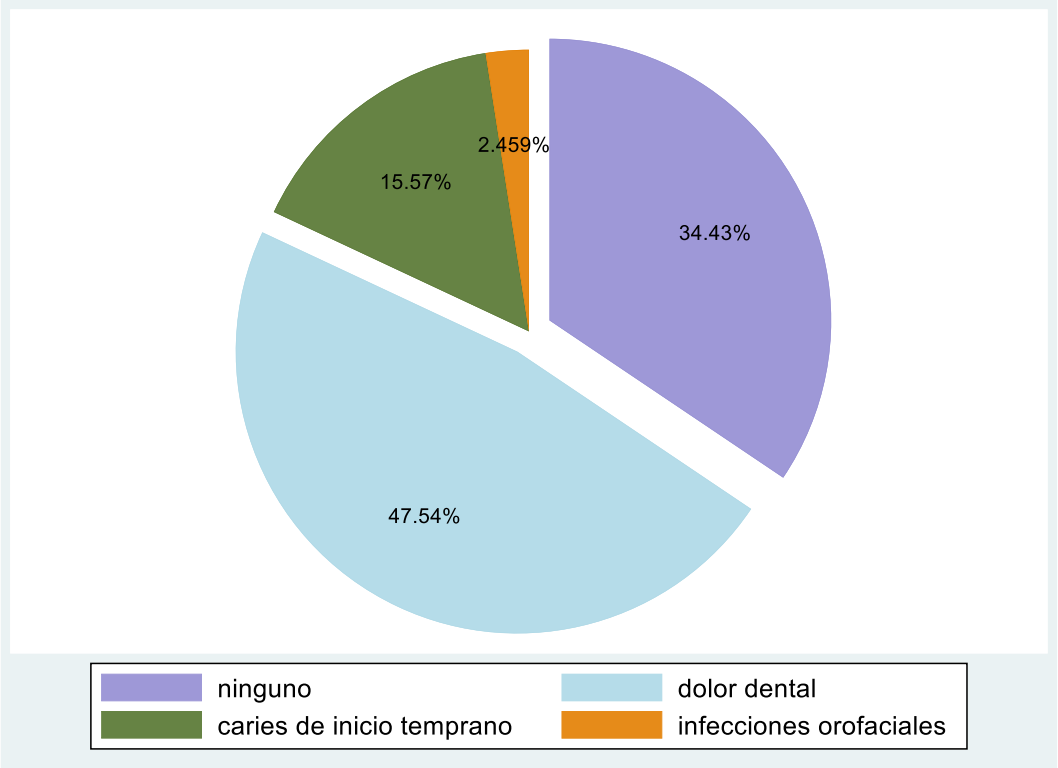

Figura 11. Negligencia odontológica, identificación de problemas de caries dental

ANALISIS: En la tabla 2, figura 11, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados sobre la identificación de problemas de caries dental en el menor de edad, el 47.54%(58) indicó episodios de dolor dental en el menor, el 34.43%(42) indicó como ninguno, el 15.57%(19) indicó haber notado en el menor caries de inicio temprano y el 2.46%(3) indicó infecciones orofaciales originadas por piezas dentarias cariadas.

INTERPRETACIÓN: Se observa que casi 5 de 10 entrevistados manifestó que el menor de edad tuvo algún episodio de dolor dental, y casi 2 de 10 entrevistados manifestó que el menor presento lesiones cariosas de inicio temprano y que en algunos casos evolucionaron a procesos infecciosos orofaciales.

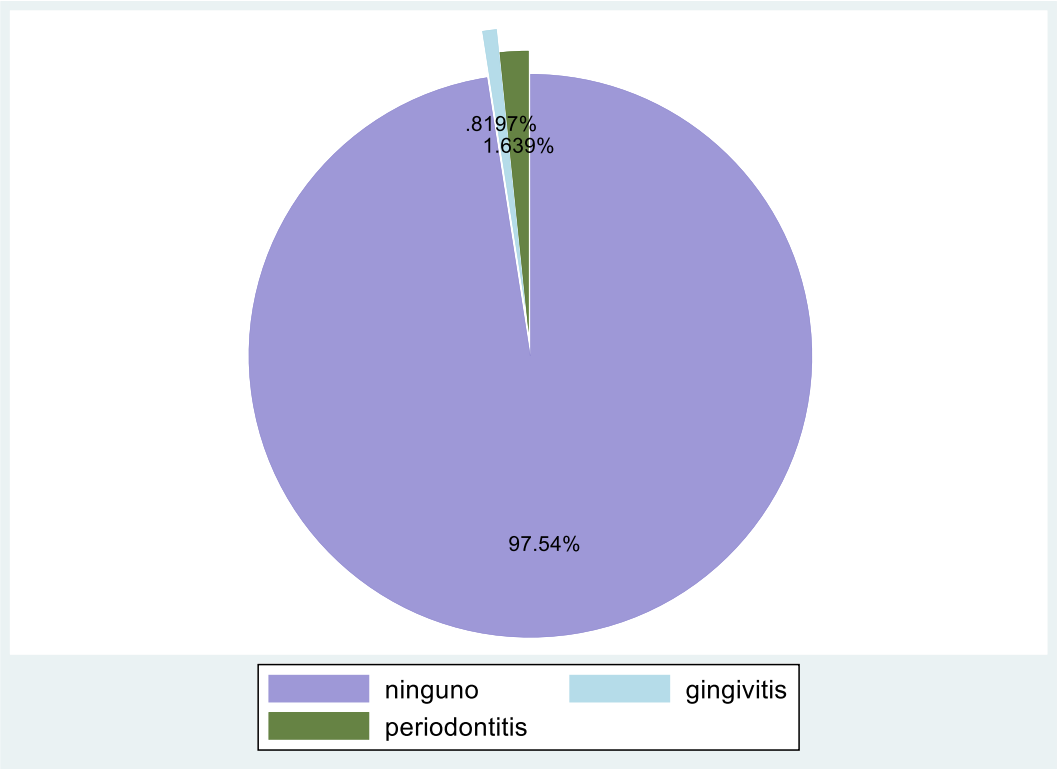

Figura 12. Negligencia odontológica, identificación de problemas periodontales

ANALISIS: En la tabla 2. figura 12, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto a la identificación de problemas periodontales en el menor de edad, el 97.54%(119) indicó que ninguno, el 1.64%(2) indicó periodontitis y el 0.82%(1) indicó gingivitis.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 9 de cada 10 entrevistados no logro identificar ningún problema periodontal en el menor de edad, mientras 1 de 10 indicó que presento periodontitis o gingivitis, dato obtenido de su odontólogo tratante o como ellos indican episodios de acumulación de sarro y sangrado de encías.

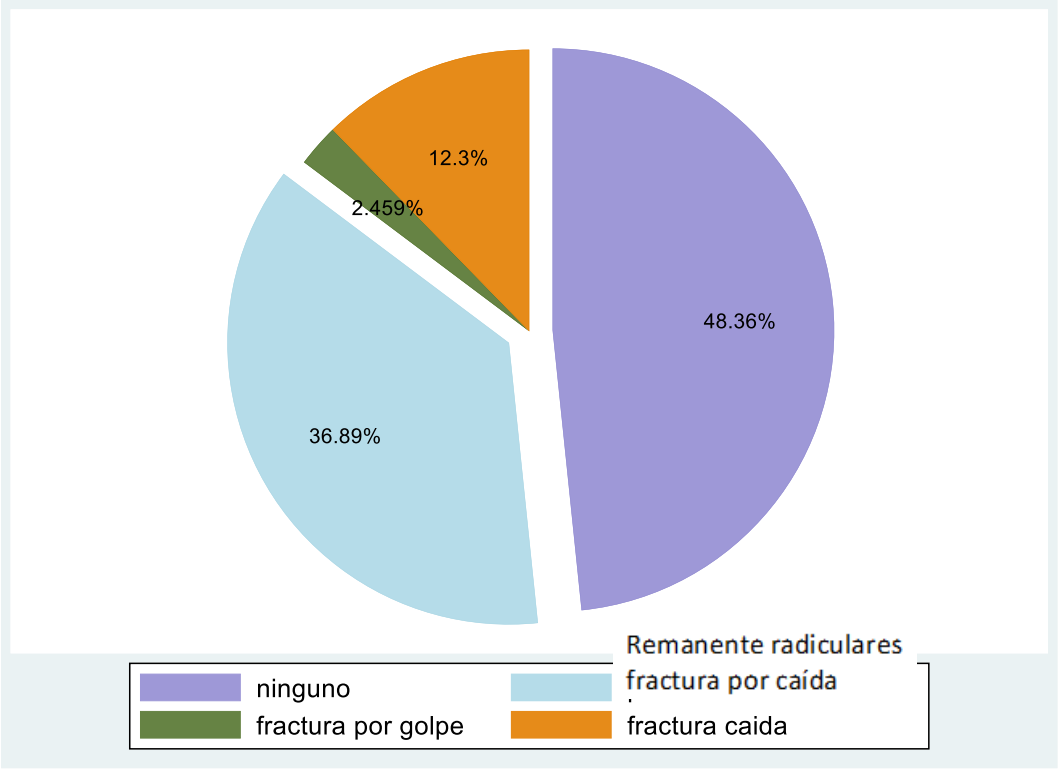

Figura 13. Negligencia odontológica, identificación de fracturas dentales en el menor de edad.

ANALISIS: En la tabla 2., figura 13, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto a la identificación de fracturas dentales en el menor de edad, el 48.36%(59) indicó como ninguno, el 36.89%(45) indicó la presencia de remanentes radiculares en el menor, el 12.3%(15) indicó episodio de fractura por caída y el 2.46%(3) indicó episodio de fractura por golpe.

INTERPRETACIÓN: Se observa que un poco más de 3 de cada 10 entrevistados indico que el menor de edad a su cargo presenta remanentes radiculares producto de la caries dental previa que sufrió el menor de edad y que fue desatendida, por otro lago también hay un grupo que indica episodios de fractura den tal producto de las caídas o golpes sufridos por el menor de edad. En el caso de remanentes radiculares son casos prevenibles que no fueron acudidos por los encargados del cuidado del menor edad.

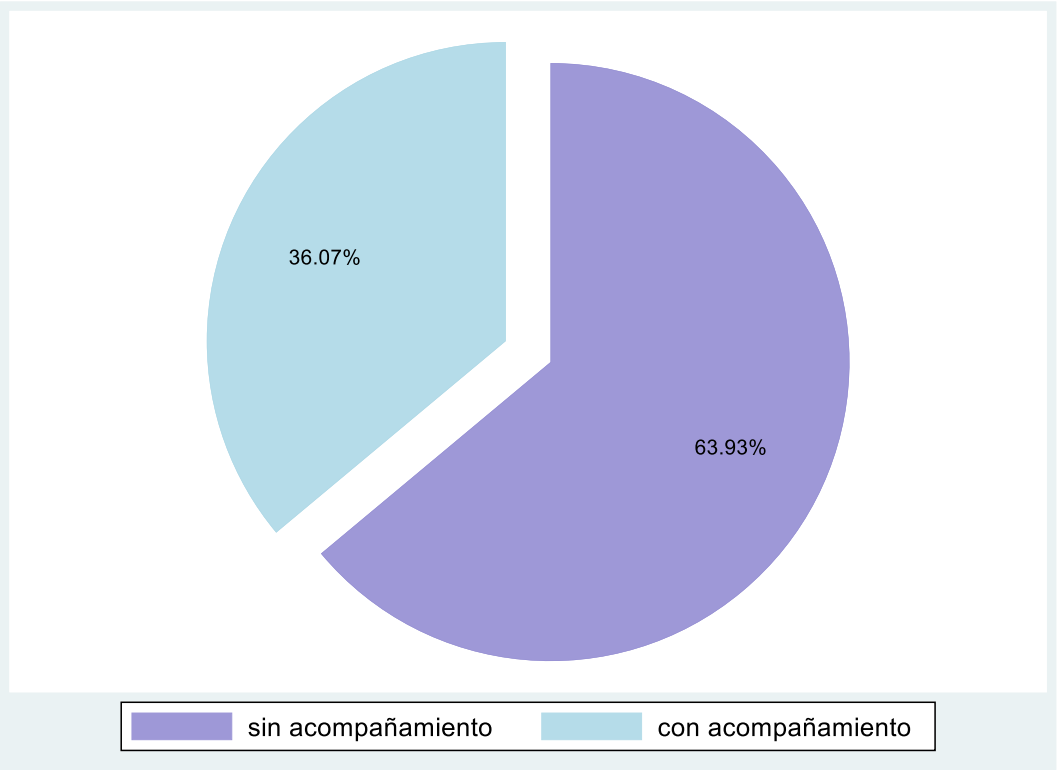

Figura 14. Negligencia odontológica, acompañamiento en la higiene oral del menor de edad.

ANALISIS: En la tabla0 2 figura 14, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados sobre si realizan el acompañamiento a la higiene oral del menor de edad, el 63.93%(78) respondió sin acompañamiento y el 36.07%(44) respondió con acompañamiento.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 6 de 10 entrevistados responsables del cuidado del menor de edad no realiza el acompañamiento de la higiene oral del menor de edad, lo que implica la falta de enseñanza, control, seguimiento y compromiso en generar un habito de cuidado saludable y así evitar complicaciones.

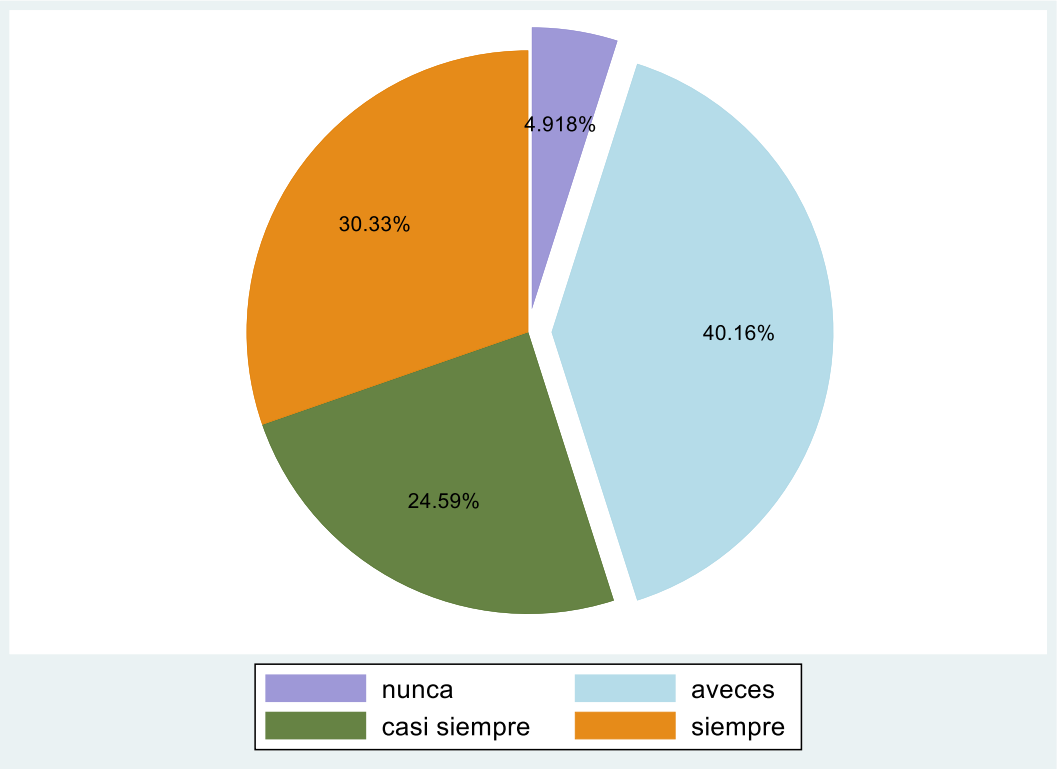

Figura 15. Negligencia odontológica, búsqueda de ayuda profesional para el menor de edad

ANALISIS: En la tabla 2 figura 15 se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto a la búsqueda de ayuda profesional para los problemas de salud oral del menor de edad, el 40.16%(49) respondió que lo hace a veces, el 30.33%(37) respondió que lo hace siempre, el 24.59%(30) respondió que lo hace casi siempre y el 4.92%(6) respondió que nunca.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 4 de cada 10 entrevistados solo a veces busca ayuda profesional para los problemas de salud oral del menor de edad sumándose un pequeño grupo que no lo hace; actitud que podría generar deterioro o complicaciones mayores en la salud del menor de edad.

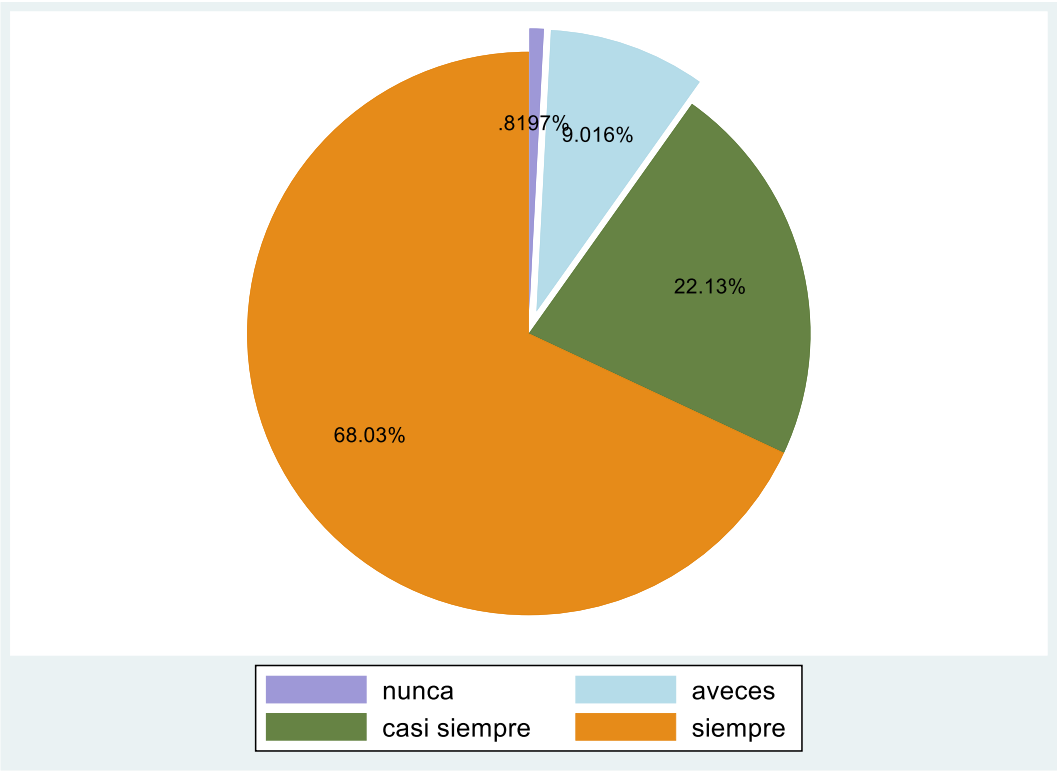

Figura 16. Cumplimiento del control del peso y talla del menor de edad

ANALISIS: En la tabla 2. figura 16**,** se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto al cumplimiento del control de peso y talla del menor de edad, el 68.03%(83) respondió que lo hace siempre, el 22.13%(27) respondió que lo hace casi siempre, el 9.02%(11) respondió que lo hace a veces, y el 0.82%(1) respondió que nunca lo hace.

INTERPRETACIÓN: Se observa que 9 de 10 entrevistados regularmente lleva al menor de edad para realizar sus controles de peso y talla a los establecimientos de salud y 1 de 10 lo hace a veces, las causas no se identifican pero seguramente estaría asociado a sus horas de trabajo, la falta de interés o información.

Tabla 3. Conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico de los padres de familia del Centro Poblado de La Esperanza, Distrito de Amarilis, Huánuco 2021

Variables	Categoría	frecuencia	Porcentaje
Tabla N°3.1. Conocimiento maltrato	Malo	8	6.56%
	Regular	95	77.87%
	Bueno	19	15.57%
Tabla N°3.2. Conocimiento negligencia	Malo	40	32.79%
	Regular	69	56.56%
	Bueno	13	10.66%

Fuente: Elaboración propia

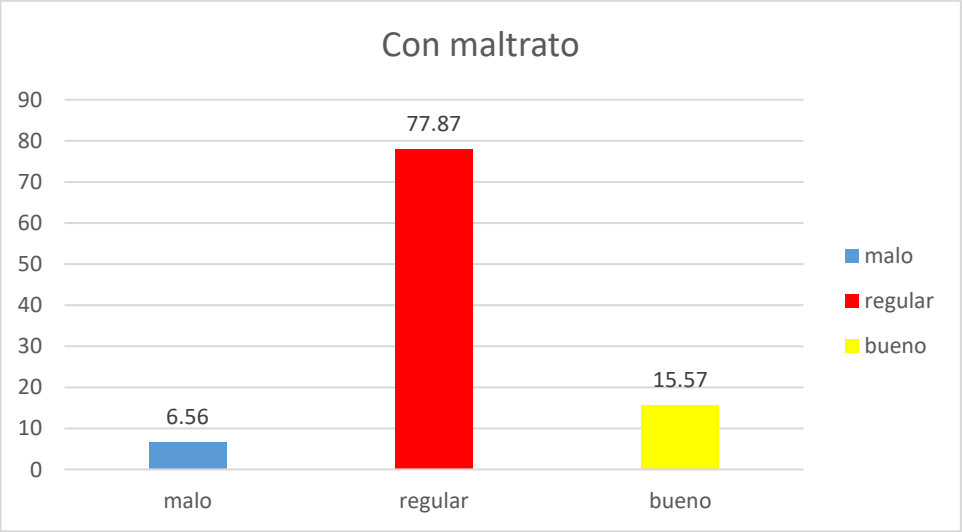

Figura 17. Conocimiento sobre maltrato infantil

ANALISIS: En la tabla 3., figura 17, se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados respecto a su conocimiento sobre maltrato infantil, el 77.87%(95) presenta un conocimiento regular, el 15.57%(19) presenta un conocimiento bueno y el 6.56%(8) presenta un conocimiento malo.

INTERPRETACIÓN: se observa que el conocimiento regular es el predominante con un 77.87%, no quedando claro para los padres de familia o tutores la totalidad de signos de maltrato infantil o las formas de su manifestación en el menor de edad.

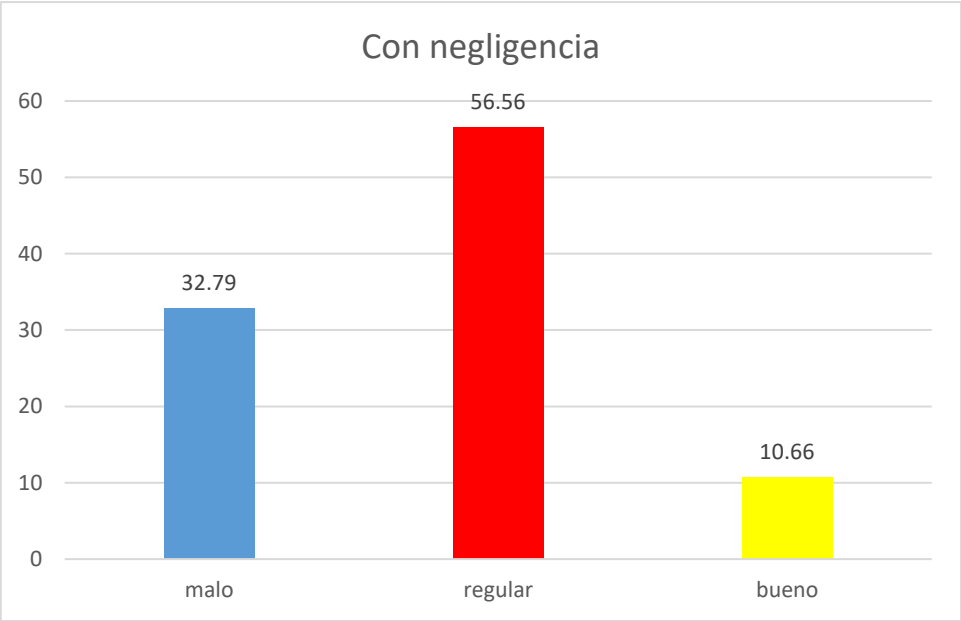

Figura 18. Conocimiento sobre negligencia

ANALISIS: En la tabla 3. figura 18 se observa que del 100.00%(122) de los entrevistados sobre el conocimiento de negligencia, el 56.56%(69) presenta un conocimiento regular, el 32.79%(40) presenta un conocimiento malo y el 10.66%(13) presenta un conocimiento bueno.

INTERPRETACIÓN: Se observa que solo el 10,66% tiene un conocimiento bueno sobre a negligencia en cuanto a sus actos y decisiones en el cuidado del menor de edad, un 56,56% tiene un conocimiento regular no teniendo claro que sus omisiones o decisiones podrían generar daño en el menor, un 32.79% tiene un conocimiento malo, pues la salud oral del menor se ve comprometida porque no es consciente de las enfermedades orales del menor y no genera acción para la atención oportuna de esas necesidades.

4.2. Prueba de hipótesis

Se realizó la prueba de hipótesis para saber si ambas mediciones eran concordantes al conocimiento que manifestaron los entrevistados o existía diferencias para cada indicador, para ello se empleó la prueba de Chi cuadrado para categorías cualitativas.

Tabla 4. Prueba de hipótesis

Variables	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Chi	P valor
Negligencia con Maltrato	**Malo**	40	32.79	9.3893	0.052
	Regular	69	56.56		
	Bueno	13	10.65		

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°3, aplicado el estadístico de prueba sobre la muestra de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico.

Al contrastar la hipótesis con un valor chi 9.3893 con 122 observaciones, con un valor (p >0.05); indica con un error estimado de 0.05 y un nivel de confianza de 95.0%. Se toma la decisión de verificar la hipótesis nula. Ho: "No existe diferencia en el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021". Conclusión: No difieren el grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis, Huánuco 2021.

INTERPRETACIÓN: La resultante de la prueba de hipótesis indica que el conocimiento para la negligencia y maltrato infantil odontológico es homogénea, no difiere en la resultante mayoritaria que es regular

DISCUSIÓN

Cuando al iniciar el trabajo de investigación se propuso saber si las familias de un sector de la población sabían lo que es el maltrato infantil en sus diferentes formas y saber identificarlos en caso de que estos episodios estaban sucediendo en el entorno de la familia o cercanos a ellos; por otro lado si conocían que sus actos o sus omisiones podrían considerarse formas de negligencia cuando el menor de edad requiere atención odontológica, desde un sentido valorativo teniendo en cuenta que los indicadores de salud bucal en niños no siempre son los mejores. Es un hecho cada vez más cotidiano que afecta a todas las poblaciones sin barrera socioeconómica como lo señala Cifuentes, H. C.; Contreras, R. C.; Torres, M. A. & Gonzales, A. S. (13) o que es un problema de alto impacto social como lo señala Doria AM; Navarro MI. (16) incluso en nuestro país como indica la revisión que realizaron Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. (20)

El maltrato infantil cada vez es vista desde una concepción más amplia y no solamente cuando el padre de familia o tutor del menor ejerce violencia física, sino también sexual o psicológica; problemática desatendida porque un adulto descuida muchas veces las atenciones y cuidados del menor. Esta situación se repite probablemente en hogares disfuncionales o en aquellas que las relaciones interpersonales de la familia no son las más adecuadas. La negligencia odontológica vista como un acto de omisión a los requerimientos de salud es frecuente, el padre no es consiente que este hecho atenta contra la integridad y desarrollo integral del menor, se hace cotidiano encontrar menores de edad con piezas dentarias con caries dental múltiples, remanentes radiculares, presencia de focos infecciosos en la cavidad oral del menor; que por más que se implementen acciones de prevención y promoción parecen ser insuficientes porque se realiza un trabajo aislado individual con el menor pero no en una real intervención a la familia donde se desarrolla, pues al retornar a casa vuelve a convivir en el entorno de violencia o descuido. Los aspectos señalados muchas veces no son incluidos en los planes de estudio de la carrera de odontología en el Perú o en nuestra región, muy distinto a lo que sucede en otros países como España, como se tiene en la investigación

de López I. M; Leyda A; Ribelles M. (12) que encontraron que un 96.4% de los alumnos de odontología encuestados recibieron formación sobre maltrato infantil, hecho que motivaría a involucrarse en la protección de los menores de edad; aunque resulte dificultoso en el diagnóstico, la documentación y la denuncia de caso sospechoso como lo advierte Cifuentes, H. C.; Contreras, R. C.; Torres, M. A. & Gonzales, A. S. (13) o que su nivel de conocimiento como lo identifico en deficiente según el estudio de Arrieta K; Díaz S; Ramos K. (15) por que no recibió ninguna formación como señalan Fierro, M. C.; Salazar, S. E.; Ruiz, S. L.; Luengo, M. L. & Pérez, F. A. (18), pero no quita el interés probablemente de los profesionales como lo evidenció Chofré T. (14) que indica que el 96% de los odontólogos desea tener más conocimiento sobre el tema.

Las características del grupo entrevistado fue que predominantemente fue femenino con un 92.62%, a las que se puedo acceder mayormente fue a las madres en un 70.49%, en una población que es entre urbano marginal, urbano y rural, mayoritariamente sin empleo con un 55.74%.

Es así que lo primero que se identificó es el conocimiento sobre maltrato infantil plasmado en un cuestionario producto de una encuesta, obteniéndose los siguientes resultados en cuanto a la concepción de maltrato el conocimiento fue regular con un 64.75%, solo un 39.34% reconoce los diferentes tipos de lesiones producidas por maltrato, lo que en una consulta odontológica podría ser identificado evidenciando en la cara o en la boca los hematomas, escoriaciones, laceraciones, lesiones en labio, fracturas óseas o dentarias entre otros como menciona Doria AM; Navarro MI. (16), el 83.61% le da mucha importancia al cuidado del menor de edad, el 91.8% le da mucha importancia a la comunicación con el menor, el 81.97% indica que el menor de edad es alegre y despierto. Pero lo preocupante lo constituyen las cifras negativas que fueron por ejemplo el 15.57% le da poca importancia al cuidado del menor, el 6.56% le da poca importancia a la comunicación con el menor, el 9.84% indicaron que el menor de edad es desconfiado, temeroso con 7.38% y triste o melancólico con 0.82%.

Cuando se entrevistó sobre el conocimiento de la negligencia del padre o responsable respecto a la atención odontológica del menor de edad se obtuvo que el 47.54% indican que el menor tuvo episodios de dolor dental, el 15.57% indicaron la situación de caries de inicio temprano que también podría ser identificado por el odontólogo cuando realiza el examen clínico pues en España un 88% de los odontólogos lo reconocen como negligencia dental según Chofré T. (14) o Doria AM; Navarro MI. (16) u otros que no encontraron relación de caries con negligencia en el cuidado dental por parte de los padres como lo indica Tello-Guerrero YG, Perona-Miguel de Priego GA. (19) y el 2.46% indico episodios de infecciones orofaciales, el 97.54% indicó que no tiene ningún problema periodontal. El 36.89% indicó que el menor tiene remanentes radiculares, el 12.3% presento fracturas por caída. El 63.93% manifestó no realizar acompañamiento en la higiene oral del menor. El 40.16% manifestó que solo a veces busca ayuda profesional odontológica y en cuanto a llevar al menor a los controles de peso y talla el 68.03% lo hace siempre.

Cuando se buscó hacer la prueba de hipótesis para saber si los conocimientos sobre maltrato infantil y negligencia son homogéneos o diferentes se obtuvo un Chi Cuadrado de 9.3893 con un p valor de 0.052, por lo que no existen diferencias entre ambos conocimientos, pues son de la categoría regular.

Es importante por ello considerar el conocimiento sobre la negligencia y maltrato infantil odontológico para evitar posibles complicaciones en mediano o largo plazo, lo que repercute en la salud bucal y general del menor de edad como también concluye Requena, M.A; Robles, B. N. L. & Lara, C. E. (17) aun que un estudio realizado en nuestro país no tuvo claro ello por la deficiencia en la metodología de buscar una relación entre la negligencia en el cuidado dental y la calidad de vida en pre escolares que es lo que halló Tello-Guerrero YG, Perona-Miguel de Priego GA. (19).

CONCLUSIONES

1. El grado de conocimiento sobre negligencia y maltrato infantil odontológico es regular en los padres de familia del Centro Poblado de la Esperanza del Distrito de Amarilis Huánuco 2021.

2. El grado de conocimiento sobre negligencia odontológica fue regular, pues según la declaración de los padres o responsables del menor de edad presentaron episodios de dolor dental en un 47.54%, presencia de remanentes radiculares en un 36.89%, higiene bucal sin acompañamiento en 63.93%, solo a veces buscan ayuda profesional odontológica en un 40.16%.

3. El grado de conocimiento sobre maltrato infantil fue regular, pues según la declaración de los padres de familia o responsables del menor de edad tienen una concepción de maltrato regular con 64.75%, solo el 39.34% reconoce los diferentes signos de maltrato, el 15.57% le da poca importancia al cuidado del menor, el 6.56% le da poca importancia a la comunicación con el menor y el 9.84% indicaron que el menor es desconfiado y el 7.38% que es temeroso.

4. Para ambas mediciones de conocimiento no existen diferencias, pues aplicado la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad presento un p valor de 0,052.

RECOMENDACIONES

- Considerar la información obtenida para que se incluya dentro de la enseñanza de la odontopediatria capítulos o tópicos sobre negligencia y maltrato infantil odontológico, en nuestra Universidad.

- Compartir los datos obtenidos con el establecimiento de salud de la Esperanza para generar medidas de intervención preventiva en las familias.

- Realizar otras investigaciones en poblaciones diferentes para identificar la magnitud de la negligencia y el maltrato infantil.

- Realizar trabajos de investigación con intervención en la promoción y prevención de la salud de las familias y verificar los resultados a mediano y largo plazo, mediante estudios longitudinales.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Fernández, J.; De Vicente, I.; Torralba, J. M.; Munté, A.; Quiroga, V.; Duran, P y Novellas, A. (2016) *La intervención con familias desde el trabajo social*. Madrid: Editorial Grupo 5.

2. Micolta, A.; Escobar, M. C, y Betancourt, L. J. (2013). La investigación y la intervención con familias. *Prospectiva,* 18, 349-381.

3. Barg, L. *La intervención con familias. Una perspectiva desde el Trabajo Social.* (2009) Buenos Aires: Espacio.

4. Gilbert R, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009; 373: 68-80. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7

5. Loredo-Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Ciudad de México: Editores de Textos Mexicanos, 2004.

6. Morante CA, Kanashiro CA. El odontólogo frente al maltrato infaltil. Rev estomatol Herediana. 2009; 19 (1): 50-4.

7. Saliba O, Garbin CA, Garbin AJ, Dossi AP. Responsabilidade do profesional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. 2007; 41 (3): 472-7.

8. Sherham A, Tsakos G, Abanto J, Bonecker M. Epidemiología de la caries dental e impacto en la calidad de vida. En: Bonecker M, Abanto J, Salete N, Petorosi J, Guedes Pinto A. (editores). Problemas bucales en odontopediatría. Madrid: Ripano; 2014.

9. Bonecker M, Abanto J, Tello G, Butini L. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. Braz Oral Res. 2012; 26 (1): 103-7.

10. Fischer-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, AAP American Academy of Pediatrics, Section Oral Health Committee on child abuse and neglect, American Academy of Pediatric Dentistry, council of clinical affairs, council

on scientific affairs, ad hoc work group on child abuse and neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 2017; 140 (2): e20171487.

11. Markovic N, Arslanagic A, Kovaslija S, Bajric E, Selimovic-Dragas M et al. Knowledge and attitudes regarding child abuse and neglect. Mater Sociomed. 2015; 27 (6): 372-5.

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

13. Cifuentes, H. C.; Contreras, R. C.; Torres, M. A. & Gonzales, A. S. Maltrato infantil: conocimiento y actitud del cirujano dentista. Marco legal y revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat., 14(2):*160-166, 2020.

14. Chofré T. Maltrato Infantil: Actitud y conocimiento de los dentistas. Tesis Doctoral Universidad de Valencia España 2019.

15. Arrieta K; Díaz S; Ramos K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia) Salud Uninorte. Barranquilla (Col) 2017;33(2):129-138

16. Doria AM; Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Universitas Odontológica, vol. 35, núm. 74, enero-julio, 2016, pp. 1-39 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

17. Requena, M.A; Robles, B. N. L. & Lara, C. E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil. Reporte de caso. *Int. J. Odontostomat., 8(1)*:167-173, 2014.

18. Fierro, M. C.; Salazar, S. E.; Ruiz, S. L.; Luengo, M. L. & Pérez, F. A. Maltrato infantil: actitud y conocimiento de odontólogos en Concepción, Chile. *Int. J. Odontostomat., 6(1)*:105-110, 2012.

19. Tello-Guerrero YG, Perona-Miguel de Priego GA. Calidad de vida y su asociación con la negligencia en el cuidado dental en preescolares. Rev Cient Odontol (Lima). 2019; 7 (1): 89-102.

20. Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(1):50-54.

21. Ferro, M; Maldonado, A; Montiel, Y; Rivas, M. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Venezuela. En: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2010; Edición electrónica. P. 1-7.

22. Casado, J; Diaz, J; Martinez, C. Niños maltratados. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1997. p 10.

23. Comité De Maltrato Infantil Sociedad Chilena De Pediatría. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer? Chile. En:RevChil Pediatr.2007; vol 78, n0 1, p. 85-95.

24. DADIS. Programa de vigilancia en salud pública departamento administrativo distrital de salud, Cartagena de Indias D. T. Y C. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, Bolívar – año 2009.

25. Escalante, M; Uribe, R. Maltrato infantil. Perú. En: Rev Peruana Pediat. 2001; vol 54 n0 2, p. 48-50.

26. Fernández, G; Perea, J. Síndrome del maltrato infantil. Cuba. En: Rev Cubana Pediatr. 2004; vol 76, n o 3, p. 45

27. Lago, G; Rojas, G; Posada, A; Montúfar, M. Síndrome de maltrato infantil. Colombia. En: Recop SCP, Ascofame. 2005; vol 2, n 0 1, p. 35.

28. Gallegos, L; Miegimolle, M; Planells, P. ―Manejo de la Conducta del Paciente Maltratado‖. Venezuela.En: Acta Odontológica Venezolana. 2002; vol 40, nº 3, p.14

29. Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. American academy of pediatric dentistry

30. Jessee, S. Child abuse and neglect curricula in North American dental schools. USA. En: JDentEduc. 1995; vol 59, no. 8, p. 841–843.

31. Jessee, S; Martin, R. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. USA. En: ASDC J Dent Child. 1998; vol 65, no. 1, p. 21- 24.

32. Kellogg, N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. USA. En: American Academy of Pediatrics. 2005; vol. 116, No. 6, p. 1565-1568.

33. Kenney, J. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. USA. En: ForensicScience International. 2006; vol 7, no1, p.121–125.

34. Lago, G; Rojas, G; Posada, A; Montúfar, M. Síndrome de maltrato infantil. Colombia. En: Recop SCP, Ascofame. 2005; vol 2, n 0 1, p. 35.

35. LD, Mouden. DC, Bross. Am Dent Assoc Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect

36. Loredo, A; Reynes, J; De Martínez, C; Carbajal, L; Vidales, C; Villaseñor, J. El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Mexico. Bol MedHospInfantMex. 1986; vol 43, n01, p. 425-434.

37. Manea; S.; Favero, G.A.; Stellini, E.; Romoli; L.; Mazzucato, M.& Facchin, P. Dentists perceptions, attitudes, knowledge,and experience about child abuse and neglect northeast Italy.J.Clin Pediatr. Dent., 32 (1): 19-25,2007

38. Mariño, J; Sieira M. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. CadAtenPrimaria.2009; vol16, n01, p. 28-36.

39. Medrano, G; Perona, G. —Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?‖. Perú. En: OdontolPediatr. 2010; vol 9 nº 1, p. 78-93

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE NEGLIGENCIA Y MALTRATO INFANTIL ODONTOLOGICO

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD……. SEXO……. RELACION CON MENOR:……

PROCEDENCIA:

- Urbano -Urbano marginal - Rural

EMPLEABILIDAD:

- Ninguna -Informal - Formal

CONOCIMIENTO:

MALTRATO INFANTIL

ENTENDIMIENTO DEL CONCEPTO DE MALTRATO:

Bueno -Regular -Malo

RECONOCIMIENTO DE SEÑALES DE MALTRATO:

Lesiones -Hematomas -Secreciones/sangrado

Todas las anteriores -Lesiones auto infringidas

VALORACION DE LA RESPONSABILIDAD PARA EVITAR EL MALTRATO:

Ninguna importancia - Poca importancia - Mucha importancia

VALORACION DE LA COMUNICACIÓN CON EL MENOR DE EDAD:

Ninguna importancia - Poca importancia - Mucha importancia

COMPORTAMIENTO DEL MENOR:

Temeroso -Desconfiado - Triste o melancólico

Alegre y despierto

NEGLIGENCIA ODONTOLOGICA

EL MENOR TUVO O TIENE PROBELMAS DE CARIES DENTAL

Ninguno- Dolor dental - Caries de inicio temprano

Infecciones periapicales - Infecciones orofaciales

EL MENOR TUVO O TIENE PROBELMAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Ninguno - Gingivitis - Periodontitis

EVIDENCIA DE FRACTURAS DENTALES

Ninguno - Remanentes radiculares - Fracturas por golpe

Fractura por caída

APOYO EN LA HIGIENE BUCAL DEL MENOR

Sin acompañamiento - Con acompañamiento

CUANDO EL MENOR ENFERMA DE LOS DIENTES BUSCA AYUDA PROFESIONAL

Nunca - A veces - Casi siempre -Siempre

LLEVA AL MENOR A REALIZAR SU CONTROL DE PESO Y TALLA

Nunca - A veces - Casi siempre -Siempre

ANEXO 02

Don't worry
drink
COLA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

En la ciudad de Huánuco, a los **31** días del mes de **marzo** del año **dos mil veintidós**, siendo las **9:00 horas** con **00 minutos**, y de acuerdo al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL y la Directiva de Asesoría y Sustentación Virtual de Prácticas Pre profesionales, trabajos de Investigación y Tesis en programas de Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan – Huánuco, aprobado mediante la Resolución Consejo Universitario N°0970-2020-UNHEVAL; se reunieron de modo virtual mediante la Plataforma Cisco Webex – epodontologia@unheval.edu.pe, link, los miembros del Jurado calificador de tesis, nombrados con **RESOLUCION N°083-2022-UNHEVAL-FM-D de fecha 22.MARZO.2022** y **RESOLUCIÓN DE DECANATO N°0088-2022-UNHEVAL-FM de fecha 28.MARZO.2022**, para proceder con la Evaluación de la Tesis Titulada "**CONOCIMIENTOS SOBRE NEGLIGENCIA Y MALTRATO INFANTIL ODONTOLÓGICO DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO DE LA ESPERANZA, DISTRITO DE AMARILIS HUÁNUCO 2021** ", elaborado por el Bachiller en Odontología **RAMOS RIOS, Mosh Ronal**, para obtener el **TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA,** estando conformado el jurado por los siguientes docentes:

- Mg. BALLARTE BAYLON, Antonio Alberto **PRESIDENTE**
- Mg. CÁRDENAS CRIALES, Jesús Omar **SECRETARIO**
- Mg. GONZALES SOTO, Cesar Lincoln **VOCAL**
- Mg. CHAVEZ LEANDRO, Miguel Nino **ACCESITARIO**

Habiendo finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica al sustentante y a los presentes retirarse de la sala de sustentación virtual - videoconferencia por un espacio de cinco minutos aproximadamente para deliberar y emitir la calificación final, quedando el sustentante **APROBADO** con el calificativo de **MUY BUENO** con la nota equivalente a **18 ;** con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis Virtual a horas **10:45 a.m.** en fe de lo cual firmamos.

Mg. CHAVEZ LEANDRO, Miguel Nino
PRESIDENTE

Mg. CÁRDENAS CRIALES, Jesús Omar
SECRETARIO

Mg. GONZALES SOTO, Cesar Lincoln
VOCAL

Observaciones:

-Excelente (19 y 20)
-Muy Bueno (17,18)
-Bueno (14,15 y 16)

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

La que suscribe:

Mg. María Cecilia Galimberti Oliveira

HACE CONSTAR que:

La Tesis titulada **"CONOCIMIENTOS SOBRE NEGLIGENCIA Y MALTRATO INFANTIL ODONTOLÓGICO DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO DE LA ESPERANZA, DISTRITO DE AMARILIS HUÁNUCO 2021"** realizada por el Bachiller en Odontología:

- RAMOS RÍOS, Mosh Ronal

Cuenta con un **índice de similitud del 24%** verificable en el Reporte de Originalidad del software antiplagio **Turnitin.** Luego del análisis se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio, por lo expuesto la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud menor al 30% establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Huánuco, 20 de marzo del 2022

Mg. María Cecilia Galimberti Oliveira

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECLARACIÓN JURADA

ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES

YO, Mosh Ronal, RAMOS RIOS, con DNI. 72125394, con domicilio en URB.SR.DE LOS MILAGROS Mz.C-Lt.2 - Pillco Marca, **declaro bajo juramento que no registro antecedentes policiales, penales ni judiciales.**

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en la ley N° 27444 – Ley de procedimientos administrativos general (LPAG) y sus normas modificatorias, concordada con el decreto legislativo N° 1246 que aprobó diversas medidas de simplificación administrativa; a asumo, de corresponder la responsabilidad administrativa; y asumo de corresponder la responsabilidad administrativa civil y/o penal cuando por cualquier acción de verificación se compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada.

Huánuco 12 de Abril 2022

.....

DNI. 72125394

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)**

Apellidos y Nombres: Ramos Ríos Mosh Ronal

DNI: 72125394 **Correo electrónico:** m3rona@gmail.com

Teléfonos: Casa_____ **Celular** 999688669 - Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa_____ Celular _____ Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa_____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	Medicina
E. P. :	Odontología

Título Profesional obtenido:

Cirujano Dentista

Título de la tesis:
"CONOCIMIENTOS SOBRE NEGLIGENCIA Y MALTRATO INFANTIL ODONTOLÓGICO DE LOS PADRES

DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO DE LA ESPERANZA, DISTRITO DE AMARILIS HUÁNUCO 2021"

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web **repositorio.unheval.edu.pe**, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año
( ) 2 años
( ) 3 años
( ) 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: **08/04/2022**

Firma del autor y/o autores: