

Recibido: 2026-07-20

Aceptado: 2026-08-03

Publicado: 2026-08-28

Responsabilidad profesional del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil: revisión sistemática de la evidencia clínica, ética y jurídica

Professional Responsibility of Dentists in Cases of Suspected Child Abuse: A Systematic Review of the Clinical, Ethical, and Legal Evidence

Autores

Escobar-Hernández Brayan Santiago¹

Abogado – Esp. Docencia Universitaria – Msc
Políticas Públicas - Docente de la Universidad
Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0003-3623-9590>

brayan.escobar@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

Sacaquirín-Zhunio Pablo²

Odontólogo – Esp. Periodoncia e Implantología -
Docente Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0002-8083-7198>

ablo.sacaquirin@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

Peñañiel-Maldonado, Ramón Esteban³

Abogado - Docente Universidad Católica de
Cuenca

<https://orcid.org/0009-0003-9857-3615>

ramon.penañiel@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

María Eugenia Mogrovejo Avila⁴

Odontólogo – Esp. En Rehabilitación Oral
Docente Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0005-2559-6351>

maria.mogrovejo@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

León-Rodríguez Viviana⁵

Odontóloga – Maestro en Estomatología
Docente Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0009-0006-4451-0258>

viviana.leon@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

Ortega López Miriam Fernanda⁶

Odontóloga – Esp. Odontopediatría
Docente Universidad Católica de Cuenca

<https://orcid.org/0000-0001-7736-3617>

miriam.ortega@ucacue.edu.ec

Universidad Católica de Cuenca

Ecuador

Resumen

Introducción: El maltrato infantil es un problema de salud pública en el que el odontólogo ocupa una posición importante para la detección temprana debido a la elevada frecuencia de lesiones en cabeza, cuello y cavidad oral. Sin embargo, la evidencia sobre su responsabilidad jurídica permanece dispersa entre publicaciones bioéticas y odontológico-forenses. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia científica disponible sobre la responsabilidad jurídica del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil, analizando sus obligaciones profesionales y las implicaciones derivadas de su actuación u omisión. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática conforme a la declaración PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus y ProQuest mediante estrategias basadas en términos MeSH, DeCS y palabras libres. La selección de estudios se realizó de forma independiente por dos revisores utilizando Rayyan. **Resultados:** De los 78 registros identificados, 11 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. La evidencia se organizó en tres dominios: identificación del maltrato infantil, obligaciones éticas y jurídicas del odontólogo, y barreras para la actuación profesional. Los estudios coinciden en el deber de identificar y notificar las sospechas de maltrato. No obstante, persiste una brecha entre la detección clínica y la notificación formal, relacionada principalmente con el diagnóstico y la falta de capacitación. **Conclusiones:** La responsabilidad del odontólogo comprende el tratamiento clínico y la actuación diligente para proteger integralmente al niño. Reducir la brecha entre la sospecha y la activación oportuna de los mecanismos de protección requiere fortalecer la formación jurídica, establecer protocolos institucionales y mejorar la coordinación interinstitucional.

Palabras clave: Maltrato infantil; Odontología forense; Responsabilidad legal; Ética odontológica

Abstract

Introduction: Child maltreatment often causes injuries to the head, neck, and oral cavity, placing dentists in a position to detect possible cases during clinical care. Evidence on their legal responsibilities remains dispersed across bioethics, forensic dentistry, and oral healthcare.

Objective: To synthesize the available scientific evidence on dentists' legal responsibilities in suspected cases of child maltreatment, with emphasis on professional duties and the legal consequences of acting or failing to act. **Methods:** A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 Statement. PubMed, Scopus, and ProQuest were searched using strategies based on MeSH terms, DeCS descriptors, and free-text keywords. Two reviewers independently selected the studies using Rayyan. **Results:** Of the 78 records identified, 11 studies met the eligibility criteria. The evidence was organized into three thematic domains: identification of child maltreatment, dentists' ethical and legal obligations, and barriers to professional action. The studies consistently described a duty to identify and report suspected maltreatment. However, a gap remained between clinical suspicion and formal reporting. Diagnostic uncertainty and insufficient professional training were the most common explanations. **Conclusions:** Dentists' professional responsibilities include clinical care and a diligent response that protects the best interests of the child. Reducing the gap between clinical suspicion and timely activation of child protection mechanisms requires stronger legal education, clear institutional protocols, and interinstitutional collaboration.

Keywords: Child Abuse ; Forensic Dentistry ; Liability, Legal ; Ethics Dental.

Introducción

La Declaración de los Derechos del Niño (1959) explica que debido a su falta de madurez física y mental, todo niño requiere protección y cuidados especiales antes y después del nacimiento, en esta misma línea de protección, después de varios años este principio fue adaptado mediante la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) cuyo artículo 19 impone a los Estados la obligación de adoptar medidas legislativas, administrativas y educativas para proteger a la niñez frente a toda forma de violencia física o mental, abuso, negligencia, malos tratos o explotación. Es decir, mediante este documento se incluye expresamente la identificación, notificación, investigación y seguimiento de los casos de violencia como componentes centrales de los sistemas de protección infantil, ya que el maltrato no es solo una función de los entes judiciales, sino una responsabilidad de todos los actores que participan en la atención de la población infantil.

En el ámbito regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1969) reafirma este deber de protección al reconocer que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado, incluso la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha interpretado esta disposición como una obligación de garantía, conforme a la cual los países deben organizar todo su aparato estatal para prevenir, investigar y sancionar las vulneraciones de los derechos de la niñez con la debida diligencia, por lo que esta obligación alcanza a galenos que por razón de su actividad profesional deben advertir indicadores tempranos de cualquier tipo de violencia.

Ahora bien, el maltrato infantil constituye actualmente uno de los principales problemas de salud pública y de protección de los derechos humanos a nivel mundial, pues la Organización Mundial de la Salud (2025) estima que millones de niños sufren violencia física, psicológica, sexual o negligencia siendo sus principales agresores los miembros del propio entorno familiar. La exposición temprana a estas formas de violencia se ha asociado con mayor riesgo de trastornos mentales, enfermedades crónicas, conductas de riesgo y reproducción intergeneracional de la violencia, es decir el maltrato infantil en un fenómeno cuya prevención

exige respuestas coordinadas entre los sistemas de salud, justicia y protección social (Committee on the Rights of the Child, 2011).

Dentro de ese sistema de protección, la evidencia académica acumulada demuestra que las lesiones craneofaciales, de cabeza, cuello y cavidad oral ocurren en más de la mitad de los casos de maltrato infantil, razón por la cual estas regiones son uno de los principales indicadores para la identificación temprana de signos compatibles con violencia (Sarkar et al., 2021).

De esta forma, el informe clínico de la American Academy of Pediatrics (2024) destaca que las lesiones de cabeza, cara y cuello aparecen en más de la mitad de los casos de abuso físico, mientras que traumatismos en labios, mucosas, frenillos, dientes, maxilares y tejidos blandos son lesiones que preceden formas más graves de violencia. Por lo cual se recomienda que todos los profesionales de la salud mantengan un elevado índice de sospecha clínica ante lesiones incompatibles con la historia referida o con el desarrollo psicomotor del niño.

Bajo este contexto, Ioverno & Zemel (2025) consideran que la responsabilidad del odontólogo se extrapola mas allá del reconocimiento de manifestaciones clínicas, pues la sospecha de maltrato infantil activa un conjunto de deberes éticos, deontológicos y jurídicos cuya finalidad es garantizar la protección inmediata de la víctima.

En el ordenamiento jurídico ecuatoriano, el profesional de la salud tiene el deber ético de identificar signos compatibles con maltrato y las obligaciones legales expresas frente a estos casos. En primer lugar, el artículo 72 y subsiguientes del Código de la Niñez y Adolescencia (2003) ordena a los profesionales de la salud conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba obtenidos durante el examen y rendir testimonio sobre el contenido de sus informes, a su vez establece que quienes por razón de su profesión u oficio, tengan conocimiento de hechos con características de maltrato, abuso o explotación sexual contra un niño deberán denunciarlos dentro de las veinticuatro horas subsiguientes ante las autoridades competentes.

La omisión de estas actuaciones perpetúa el proceso de victimización y genera responsabilidad administrativa, civil e incluso penal, dependiendo del contexto normativo aplicable.

A pesar del creciente número de investigaciones relacionadas con el reconocimiento clínico del maltrato infantil, la mayor parte de la literatura se ha concentrado en la descripción de las lesiones orofaciales, el nivel de conocimientos de los profesionales o la frecuencia de notificación de los casos sospechosos. En contraste, el análisis específico de la responsabilidad jurídica del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil permanece fragmentado entre publicaciones de odontología, bioética y odontología forense pero sin una síntesis que integre los fundamentos internacionales de protección de la niñez, las obligaciones legales del profesional y la evidencia clínica disponible. Es decir existen criterios muy dispersos que dificultan la implementación de protocolos basados en evidencia para la detección y notificación temprana del maltrato infantil.

En este contexto, la presente revisión sistemática tiene la intención de sintetizar la evidencia científica disponible sobre la responsabilidad jurídica del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil, analizando las obligaciones profesionales descritas en la literatura, las principales barreras para su cumplimiento y las implicaciones derivadas de la actuación u omisión del profesional.

Metodología

La presente investigación corresponde a una revisión sistemática de la literatura desarrollada en base a las disposiciones de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA (2021), con el propósito de buscar y sintetizar la evidencia académica sobre la responsabilidad jurídica del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil.

Sin embargo, debido a la naturaleza heterogénea de los estudios incluidos, que abarcan investigaciones cualitativas, cuantitativas, documentos normativos y literatura odontológico-forense, se realizó una síntesis narrativa de la evidencia, priorizando la integración de los hallazgos clínicos y jurídicos.

La pregunta de investigación se estructuró mediante el modelo PCC (Población, Concepto y Contexto) para delimitar conceptos dentro de un contexto específico, en tal virtud la población comprendió a niños, niñas y adolescentes con sospecha de maltrato infantil; el concepto abordó la

responsabilidad jurídica del odontólogo incluidas sus obligaciones legales, las barreras para cumplir el deber de notificación y las consecuencias de su actuación u omisión profesional; el contexto correspondió a la atención odontológica ante la sospecha de maltrato infantil.

A partir de estos componentes, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la evidencia científica disponible sobre la responsabilidad jurídica del odontólogo ante la sospecha de maltrato infantil en el contexto de la atención odontológica?

La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos Scopus, PubMed y ProQuest por ser las principales fuentes internacionales de literatura biomédica, odontológica y jurídica. La estrategia combinó descriptores MeSH, términos DeCS y palabras libres que guardan relación con el maltrato infantil, la odontología y la responsabilidad profesional mediante operadores booleanos (AND, OR and NOT).

La gestión de las referencias bibliográficas se realizó mediante Mendeley Reference Manager, eliminándose inicialmente los registros duplicados. Posteriormente, la selección de los estudios se desarrolló utilizando la plataforma Rayyan, donde dos revisores evaluaron de manera independiente los títulos y resúmenes conforme a los criterios de elegibilidad previamente establecidos.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de los estudios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios originales, revisiones narrativas, documentos de consenso y guías clínicas relacionadas con el maltrato infantil y responsabilidad jurídica del odontólogo.	Revisiones sistemáticas, editoriales, cartas al editor, comentarios, resúmenes de congresos, notas técnicas y publicaciones sin revisión por pares.
Investigaciones que analicen la detección clínica del maltrato infantil, las obligaciones de notificación, los aspectos éticos, deontológicos o jurídicos del ejercicio odontológico.	Estudios centrados exclusivamente en otras profesiones sanitarias sin información específica aplicable a la práctica odontológica.
Publicaciones en español o inglés.	Publicaciones en idiomas distintos al español o inglés.
Artículos publicados del 2014 en adelante	Artículos cuya publicación fue previa al 2014
Estudios realizados en población infantil o relacionados con la protección de niños, niñas y adolescentes.	Estudios enfocados exclusivamente en violencia o abuso en población adulta.
Fuentes jurídicas y doctrinarias como tratados internacionales, legislación, jurisprudencia, doctrina	Normativa o documentos sin relación con la protección de la niñez, el ejercicio profesional

especializada y documentos técnicos de organismos internacionales utilizadas para el análisis e interpretación del marco jurídico.	odontológico o la responsabilidad jurídica del profesional de la salud.
--	---

Debido a la considerable heterogeneidad observada entre los diseños de investigación, las variables analizadas y las conclusiones, los resultados fueron integrados mediante una síntesis narrativa que agrupó la evidencia en tres categorías principales: manifestaciones clínicas del maltrato infantil en la región orofacial; obligaciones éticas y jurídicas del odontólogo y consecuencias legales derivadas de la omisión profesional.

Resultados

Para la búsqueda y recuperación de estudios vinculados al tema de investigación se realizaron 3 estrategias de búsqueda con la utilización de operadores booleanos en las bases de datos: PubMed, Scopus y ProQuest debido a su alta calidad de estudios publicados.

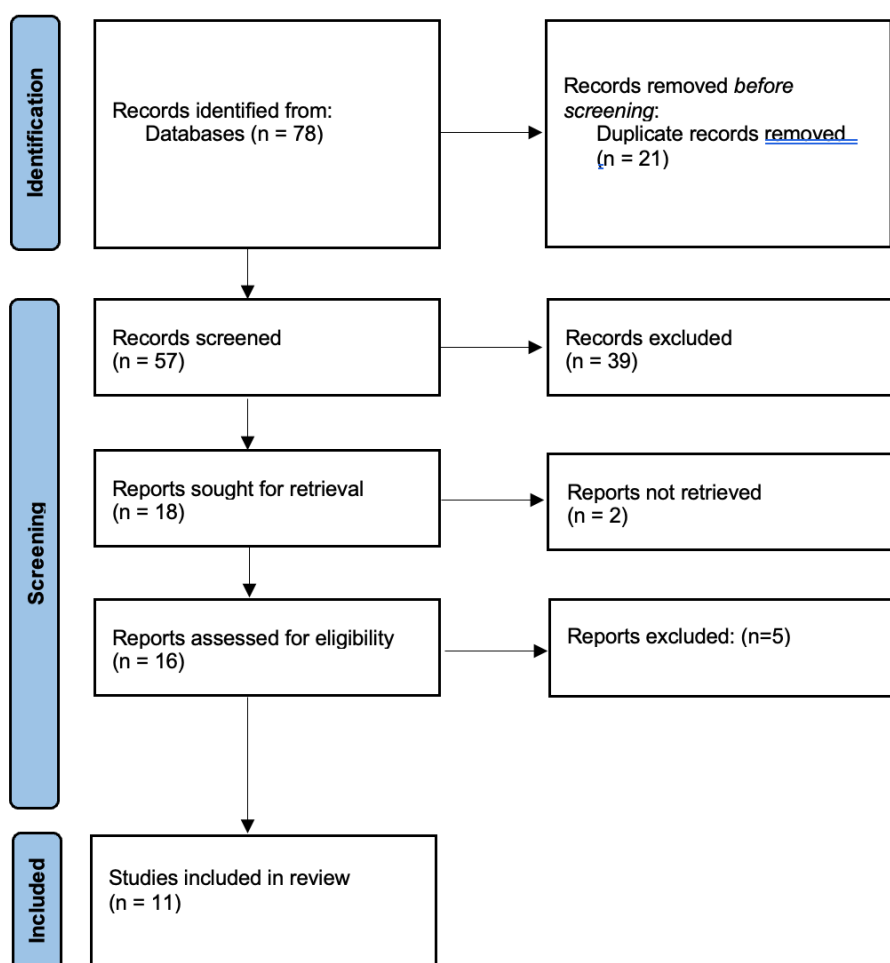
Tabla 2 Estrategias de búsqueda

Base	Estrategia de búsqueda	Resultados
PubMed	(("Child Abuse"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR "child abuse"[tiab] OR "child maltreatment"[tiab] OR "child neglect"[tiab] OR "child protection"[tiab] OR "child safeguarding"[tiab] OR "child welfare"[tiab]) AND ("Dentists"[Mesh] OR "Dentistry"[Mesh] OR "Pediatric Dentistry"[Mesh] OR "Forensic Dentistry"[Mesh] OR dentist*[tiab] OR dentistry[tiab] OR odontolog*[tiab] OR "pediatric dentist"[tiab] OR "pediatric dentists"[tiab] OR "paediatric dentist"[tiab] OR "paediatric dentists"[tiab] OR "dental professional"[tiab] OR "dental professionals"[tiab] OR "dental practitioner"[tiab] OR "dental practitioners"[tiab] OR "dental hygienist"[tiab] OR "dental hygienists"[tiab] OR "forensic dentistry"[tiab] OR "forensic odontology"[tiab]) AND ("Mandatory Reporting"[Mesh] OR "Ethics, Dental"[Mesh] OR "Professional Role"[Mesh] OR "Liability, Legal"[Mesh] OR "Malpractice"[Mesh] OR "Jurisprudence"[Mesh] OR "mandatory reporting"[tiab] OR "mandatory report"[tiab] OR report*[tiab] OR notification[tiab] OR recogn*[tiab] OR identif*[tiab] OR document*[tiab] OR diagnos*[tiab] OR responsib*[tiab] OR "professional responsibility"[tiab] OR "professional liability"[tiab] OR ethic*[tiab] OR legal[tiab] OR forensic*[tiab] OR safeguarding[tiab])) AND ("2016/01/01"[Date - Publication] : "2026/12/31"[Date - Publication]) NOT ("domestic violence"[tiab] OR "intimate partner violence"[tiab] OR "elder abuse"[tiab] OR "adult safeguarding"[tiab])	23
Scopus	TITLE-ABS-KEY (((dentist* OR odontolog* OR "pediatric dentist" OR "pediatric dentists" OR "paediatric dentist" OR "paediatric dentists" OR "dental professional" OR "dental professionals" OR "dental practitioner" OR "dental practitioners" OR "forensic dentistry") W/2 ("child abuse" OR "child maltreatment")) AND ("mandatory reporting" OR "mandatory report" OR report* OR recogn* OR identif* OR responsib* OR "professional responsibility" OR "professional liability" OR ethic* OR forensic*)) AND PUBYEAR > 2015 AND PUBYEAR < 2027 AND DOCTYPE (ar) AND NOT TITLE-ABS-KEY ("domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "elder abuse" OR "adult safeguarding")	29
ProQuest	(TI(dentist* OR dentistry OR odontolog* OR "pediatric dentist" OR "pediatric dentists" OR "paediatric dentist" OR "paediatric dentists" OR "dental professional" OR "dental professionals" OR "dental practitioner" OR "dental practitioners" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "forensic dentistry" OR "forensic odontology") OR AB(dentist* OR dentistry OR odontolog* OR "pediatric dentist" OR "pediatric dentists" OR "paediatric dentist" OR "paediatric dentists" OR	26

"dental professional" OR "dental professionals" OR "dental practitioner" OR "dental practitioners" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "forensic dentistry" OR "forensic odontology") OR SU(dentist* OR dentistry OR odontolog* OR "pediatric dentist" OR "pediatric dentists" OR "paediatric dentist" OR "paediatric dentists" OR "dental professional" OR "dental professionals" OR "dental practitioner" OR "dental practitioners" OR "dental hygienist" OR "dental hygienists" OR "forensic dentistry" OR "forensic odontology")) AND (TI("child abuse" OR "child maltreatment" OR "child neglect" OR "child protection" OR "child safeguarding" OR "child welfare") OR AB("child abuse" OR "child maltreatment" OR "child neglect" OR "child protection" OR "child safeguarding" OR "child welfare") OR SU("child abuse" OR "child maltreatment" OR "child neglect" OR "child protection" OR "child safeguarding" OR "child welfare")) AND (TI("mandatory reporting" OR "mandatory report" OR report* OR notification OR recogn* OR identif* OR document* OR diagnos* OR responsib* OR "professional responsibility" OR "professional liability" OR ethic* OR legal OR forensic* OR safeguarding) OR AB("mandatory reporting" OR "mandatory report" OR report* OR notification OR recogn* OR identif* OR document* OR diagnos* OR responsib* OR "professional responsibility" OR "professional liability" OR ethic* OR legal OR forensic* OR safeguarding) OR SU("mandatory reporting" OR "mandatory report" OR report* OR notification OR recogn* OR identif* OR document* OR diagnos* OR responsib* OR "professional responsibility" OR "professional liability" OR ethic* OR legal OR forensic* OR safeguarding)) NOT (TI("domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "elder abuse" OR "adult safeguarding") OR AB("domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "elder abuse" OR "adult safeguarding") OR SU("domestic violence" OR "intimate partner violence" OR "elder abuse" OR "adult safeguarding"))	
---	--

Posteriormente los 78 estudios recuperados fueron cargados en la plataforma Rayyan en la cual se realizó una depuración de registros duplicados y una lectura sustancial de títulos y resúmenes de 57 estudios, sin embargo en esta fase 39 de ellos fueron descartados debido a que no guardaban relación directa con la pregunta de investigación. Finalmente en la etapa del screening fueron incluidos para la síntesis narrativa 11 artículos que guardaron relación directa y contribuyeron de forma heterogénea a responder el cuestionamiento principal del estudio. A continuación se presenta el diagrama PRISMA de este proceso de tamizaje:

Figura 1 Diagrama PRISMA 2020



La síntesis narrativa finalmente integró la evidencia proveniente de once estudios desarrollados en nueve países, que incluyeron investigaciones de odontólogos generales, odontopediatras y estudiantes de odontología. En tal virtud, se observan tres dominios recurrentes que describen la actuación profesional del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil, siendo éstas:

1. la identificación de signos compatibles con violencia o negligencia
2. las obligaciones éticas y jurídicas derivadas de dicha sospecha
3. las dificultades en la notificación a las autoridades competentes

Tabla 3. Características metodológicas y hallazgos principales de los estudios incluidos

Autor (año)	País	Diseño del estudio	Muestra	Instrumento o fuente de datos	Hallazgo principal
Kvist et al. (2017)	Suecia	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo basado en registros	111 niños; 147 informes obligatorios incluidos (137 niños identificados inicialmente; 26 excluidos por investigaciones o intervenciones en curso), 2008-2014.	Expedientes del sistema BBIC (Children's Needs in Focus): informe odontológico, informes concurrentes y antecedentes de solicitudes, investigaciones e intervenciones de servicios sociales.	Los informes odontológicos se relacionaron principalmente con deficiencias parentales de cuidado, como inasistencia reiterada (n = 93), y negligencia dental (n = 52); el 86% correspondió a niños con contactos previos con servicios sociales. No se registraron informes motivados por abuso físico, psicológico o sexual.
Hashim y Al-Dallal (2018)	Emiratos Árabes Unidos (Dubái)	Estudio transversal descriptivo mediante encuesta	124 odontólogos de práctica privada con al menos un año de experiencia; tasa de respuesta reportada: 70%.	Cuestionario estructurado autoadministrado de 16 preguntas cerradas, basado en estudios previos, revisado por dos especialistas en odontopediatría y pilotado con 10 odontólogos.	De 33 odontólogos que habían sospechado abuso, solo 10 notificaron el caso. Aunque el 84% reconoció la obligación legal de reportar, predominaron la incertidumbre diagnóstica, el desconocimiento de la ruta de derivación y el temor a provocar violencia adicional contra el niño.
Pawlaczyk-Kamieńska y Borysewicz-Lewicka (2016)	Polonia	Reporte clínico de caso	Una niña de 5 años atendida en una clínica universitaria de odontopediatría.	Historia clínica y social, relato de la niña y su abuela, examen físico y bucodental, registro clínico y comunicación policial.	La presencia de equimosis perioral, el relato de la niña y los antecedentes de descuido motivaron la notificación a la policía. El caso ilustra la secuencia profesional de identificación, documentación, comunicación a la autoridad y prevención de recurrencia.
Uldum et al. (2017)	Dinamarca	Estudio transversal analítico mediante encuesta, con comparación histórica	1.438 odontólogos e higienistas dentales seleccionados aleatoriamente; 964 cuestionarios válidos (67,0%).	Versión danesa de un cuestionario de Cairns et al., adaptada, traducida, retrotraducida y pilotada; 27 preguntas sobre formación, sospecha, derivación, barreras y guías.	El 40,8% había sospechado maltrato y, entre ellos, el 50,0% había derivado su preocupación a servicios sociales. Persistieron incertidumbre clínica y procedimental; solo el 8,9% había recibido formación tanto de pregrado como de posgrado.
Jakobsen et al. (2019)	Islas Feroe (Reino de Dinamarca)	Estudio transversal descriptivo de tipo censal	Los 71 profesionales odontológicos activos de las Islas Feroe fueron invitados; 51 cuestionarios válidos (72%): 33 odontólogos y 18 higienistas dentales.	Cuestionario danés derivado de Cairns et al., traducido al feroés, retrotraducido, ajustado para preservar anonimato y probado con cinco pedagogos; 32 preguntas.	El 61% había sospechado maltrato durante su carrera, pero solo el 39% de quienes sospecharon había notificado al menos un caso. El 90% no se consideró suficientemente informado sobre el procedimiento y apenas el 4% había recibido guías institucionales.
Rønneberg et al. (2019)	Noruega (Oslo)	Estudio transversal analítico de tipo censal	131 profesionales del Servicio Público de Salud Dental de Oslo invitados; 15 excluidos por jubilación o falta de acceso al correo y 87 de 116 elegibles respondieron (75%).	Cuestionario electrónico precodificado en QuestBack, adaptado de instrumentos previos, traducido y retrotraducido; incluía antecedentes profesionales, reportes y colaboración con servicios de protección infantil.	El 71% había reportado maltrato, pero el 33% reconoció haber omitido alguna notificación pese a sospechar. El uso de guías aumentó la probabilidad de reportar durante el último año (OR = 3,6), mientras que la retroalimentación de los servicios de protección alcanzó solo el 55%.

Al-Dabaan et al. (2016)	Arabia Saudita	Estudio cuasiexperimental de un solo grupo, con pretest, posttest inmediato y seguimiento al mes	203 profesionales se registraron; 82 completaron el programa y las evaluaciones pre-post; 62 respondieron el seguimiento al mes.	Programa web de ocho módulos; cuestionario de conocimientos idéntico antes y después de la intervención y encuesta de seguimiento de 11 ítems sobre actitudes y conducta autorreportada.	El conocimiento aumentó significativamente después de la capacitación ($p < 0,001$). En el seguimiento, el 27,4% informó haber reportado una sospecha; no obstante, la elevada deserción, la autoselección, la ausencia de grupo control y el autorreporte limitan la atribución causal.
Clarke et al. (2019)	Reino Unido (Gran Manchester, Inglaterra)	Estudio transversal exploratorio mediante encuesta	Muestra de conveniencia de 100 odontólogos generales; 36 respuestas completas (36%).	Cuestionario electrónico anónimo de 32 ítems, basado en encuestas publicadas y pilotado con 25 odontólogos generales.	El 58% había sospechado abuso o negligencia, pero solo el 28% había realizado una derivación. Todos quienes identificaron preocupaciones las documentaron, aunque persistieron el temor a generar violencia, la falta de certeza diagnóstica y la baja confianza.
Sampangi Ramegowda et al. (2023)	India (Bengaluru)	Estudio transversal descriptivo-analítico mediante encuesta	400 estudiantes de odontología, odontólogos generales y odontopediatras seleccionados por conveniencia; 250 cuestionarios incluidos (62,5%).	Cuestionario estructurado autoadministrado con preguntas abiertas y cerradas, validado por expertos y pilotado en una submuestra externa al análisis.	El 15,6% había sospechado maltrato y el 8% había confirmado un caso. La respuesta predominante fue la consejería y la ampliación de la historia clínica; la notificación a las autoridades fue poco frecuente, incluso entre quienes habían identificado casos.
Gupta et al. (2023)	India	Estudio transversal analítico mediante encuesta	422 profesionales odontológicos; el artículo no reporta el número total de personas invitadas ni la tasa de respuesta.	Cuestionario autoconstruido de 30 preguntas sobre conocimiento, conciencia, actitud y barreras; no se reportan procedimientos de validación o pilotaje.	El 43,8% presentó buen conocimiento, el 44,8% una conciencia considerada regular y el 86,7% una actitud muy favorable. Sin embargo, 300 participantes identificaron la falta de conocimiento y conciencia profesional como la principal barrera para reportar.
Choubey et al. (2025)	India	Estudio transversal descriptivo mediante encuesta con técnica de incidentes críticos	300 odontólogos invitados; 186 respondieron y 150 que atendían niños fueron incluidos en el análisis.	Cuestionario digital de 10 preguntas basado en datos de la línea nacional de ayuda infantil, validado mediante piloto y modificado; las respuestas abiertas se analizaron con técnica de incidentes críticos.	El 23% había encontrado abuso y el 62% negligencia; el 52% no confiaba en su capacidad de identificación, el 83% desconocía políticas, leyes o agencias locales y el 68% consideró necesaria mayor capacitación.

Fuente: elaboración propia a partir de la verificación de los 11 artículos.

Identificación del maltrato infantil

La academia es consistente en cuanto a la posición del odontólogo para la detección temprana del maltrato infantil, pues los estudios coincidieron en que la sospecha clínica suele originarse a partir de la combinación de signos físicos, antecedentes clínicos inconsistentes y alteraciones conductuales durante la consulta. Pero también se hace hincapié en que la negligencia dental, las faltas reiteradas a las citas y la falta de tratamiento de patologías podrían ser indicadores que ameritan una valoración más a detalle.

Sin embargo, existe una importante discrepancia en cuanto a los indicadores que los profesionales reconocen teóricamente y aquellos que realmente motivan la notificación a los servicios de protección infantil, pues aunque los profesionales consideran a las lesiones traumáticas y signos de abuso físico como principales motivos de sospecha, el único estudio basado en reportes reales mostró que la mayor parte de las notificaciones se originó por negligencia dental y ausentismo, más que por lesiones traumáticas evidentes, lo que sugiere que la práctica clínica cotidiana responde a patrones tradicionalmente enfocados en la formación profesional y explica que maltrato infantil va más allá de las lesiones físicas visibles.

A pesar de este consenso sobre el papel del odontólogo como primer detector de situaciones de riesgo, fueron escasos los estudios que analizaron eventos reales de notificación, es decir aunque la literatura respalda la importancia del odontólogo en la identificación temprana, aún existen vacíos relacionados con la validación clínica de los indicadores diagnósticos y con la definición de criterios objetivos que orienten la toma de decisiones ante una sospecha razonable.

Obligaciones éticas y jurídicas del odontólogo

La evidencia mostró que la actuación del odontólogo frente a la sospecha de maltrato infantil va más allá del diagnóstico clínico y comprende un conjunto de obligaciones de naturaleza ética y jurídica, dicho esto aunque los estudios utilizaron enfoques metodológicos diferentes todos coincidieron en reconocer que el profesional no debe limitarse al tratamiento de las lesiones observadas, sino asumir un papel activo en la identificación y activación de los mecanismos estatales e institucionales para proteger al niño.

El primer componente es la sospecha razonable, que no depende exclusivamente de la presencia de lesiones orofaciales, sino de la integración de elementos como la historia clínica,

la coherencia entre el relato del acompañante y los hallazgos físicos, el comportamiento del paciente y los antecedentes de negligencia haciendo que la toma de decisiones no se sustente en un signo aislado, sino en la convergencia de varios indicios.

Una vez identificada una situación potencialmente compatible con maltrato, la evidencia académica destaca la importancia de registrar de manera precisa las lesiones, las manifestaciones del paciente y cualquier información obtenida durante la consulta.

Otro hallazgo importante fue el consenso en cuanto a la obligación de comunicar la sospecha a las autoridades competentes cuando existan elementos suficientes para considerar que el menor puede encontrarse en una situación de riesgo, es decir esta obligación fue observada en la totalidad de los estudios revisados, sin embargo existe una diferencia importante entre el número de profesionales que manifestaban haber sospechado un caso de maltrato y aquellos que finalmente realizaron una notificación formal.

De manera complementaria, se observa consultar con otros colegas experimentados o responsables institucionales es una estrategia adecuada para disminuir la incertidumbre diagnóstica sugiere que esta consulta debe entenderse como un mecanismo de apoyo y no como un requisito previo que retrase injustificadamente la activación de las rutas de protección cuando la sospecha sea razonable.

En congruencia con lo anterior, se observó que el conocimiento de la ley y de las rutas de notificación debe ser un componente central de la competencia profesional, pues se señalan importantes deficiencias en este ámbito, particularmente respecto al conocimiento de las autoridades responsables y las consecuencias derivadas de la inacción lo que conlleva a que la obligación del odontólogo es actuar de forma diligente y coordinada con los sistemas de protección infantil.

Barreras para la actuación profesional

La incertidumbre diagnóstica fue la barrera más frecuente, pues numerosos profesionales manifestaron que aunque identificaron signos compatibles con maltrato infantil, experimentaron dudas acerca de si la evidencia clínica era suficiente para justificar una notificación formal, sobre todo cuando las lesiones podían ser por accidentes o cuando los hallazgos clínicos correspondían a manifestaciones de negligencia más que a traumatismos, lo

que se traduce en que la necesidad de alcanzar una certeza absoluta antes de reportar, condujo en muchos casos a la inacción.

Otra barrera ampliamente documentada fue el desconocimiento de los procedimientos de notificación. Diversos estudios evidenciaron que un número considerable de profesionales desconocía la institución responsable de recibir el reporte o los pasos que debían seguir una vez establecida una duda razonable, incluso entre profesionales que reconocían su responsabilidad ética frente al maltrato infantil, siendo que el conocimiento del problema no siempre se conlleva a la capacidad operativa para actuar de manera adecuada.

Otra limitación es la influencia de factores emocionales como el temor a ocasionar un daño adicional al niño o enfrentar conflictos legales fue señalado repetidamente como un elemento que condiciona la denuncia del odontólogo, pues la complejidad ética que acompaña la sospecha de maltrato infantil explica por qué algunos odontólogos optan por limitar su intervención al tratamiento clínico, aun cuando existen indicios que justificarían la activación de los mecanismos de protección.

Discusión

Además del tratamiento de las enfermedades dentales, el odontólogo pediatra cumple una función social en la protección infantil, sin asumir competencias propias de la investigación penal o de la administración de justicia, ocupa una posición de garantía ante signos orofaciales, inconsistencias en los relatos o indicadores conductuales compatibles con maltrato.

El desafío consiste en transformar una sospecha clínica razonable en documentación adecuada y en la activación efectiva del sistema estatal de protección. Desde una perspectiva jurídica, la práctica odontológica pediátrica forma parte del sistema de respuesta frente a las distintas formas de violencia y debe articularse con las instituciones responsables de proteger a la niñez.

El interés superior del niño exige que la incertidumbre inicial no paralice la actuación profesional cuando existen señales razonables de riesgo. En Ecuador, diversas normas vinculan la protección de la niñez con los deberes de actuación y denuncia de los profesionales que, durante el ejercicio de sus funciones, detectan indicios de violencia.

Sin embargo, la evidencia académica no es suficiente para afirmar categóricamente que el odontólogo es garante la protección posterior del niño, porque no se miden desenlaces de intervenciones tras la notificación. Su deber es más preciso: valorar la sospecha y comunicarla conforme al marco institucional aplicable.

En cuanto al concepto de maltrato en odontología, se observa que las lesiones orofaciales son el eje central del diagnóstico pero los reportes demuestran que la activación del sistema estatal de protección puede originarse en negligencia dental, más que en abuso físico o sexual evidente (Kvist et al., 2016), lo cual desde la protección integral es decisivo: el daño infantil puede manifestarse como trayectoria de omisión de cuidado o abandono terapéutico.

La brecha entre sospecha y notificación como problema jurídico

Los resultados observan que este es uno de los principales problemas actuales en referencia a este tema, pues aunque los profesionales reconocen signos y reconocen la responsabilidad ética, no siempre comunican la sospecha a la autoridad competente, es decir el problema no es cognitivo, es decisional.

En el ejercicio profesional rara vez se dispone de certeza sobre el origen de una lesión, lo cual interpretado desde la *lex artis* y la protección integral, lo esperable debería ser: registrar hallazgos, valorar consistencia clínica, consultar cuando el protocolo lo permita y notificar cuando se alcanza el umbral de preocupación. Ante esto, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Observación General No. 13 justifican este estándar ya que se debe migrar la respuesta desde la reacción tardía hacia la prevención, incluso en el marco ecuatoriano, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley Orgánica de Salud y el COIP elevan a obligatoria la acción profesional ante hechos vinculados con violencia, maltrato o delitos contra niños.

Por consiguiente, una interpretación doctrinal jurídica explicaría que la omisión puede ocurrir cuando se superponen: el deber de actuar, conocimiento, capacidad material de activar la ruta, previsibilidad del riesgo y ausencia de justificación suficiente. Cualquier imputación concreta dependería de la norma aplicable, el daño, el nexo causal, la culpabilidad, el estándar profesional exigible y las condiciones institucionales disponibles.

Las barreras documentadas muestran que la brecha responde a factores distintos de la voluntad profesional. La incertidumbre diagnóstica, el temor a perjudicar al niño y la

preocupación por posibles consecuencias legales o profesionales pueden inhibir la actuación (Clarke et al., 2019; Gupta et al., 2023; Jakobsen et al., 2019; Uldum et al., 2017).

Esto conlleva a la certeza de que es imperativo construir condiciones institucionales que lo hagan practicable, pues no se pretende un heroísmo individual, sino definir umbrales de sospecha, documentación mínima y notificación protegida.

Formación profesional y responsabilidad institucional

La formación aparece como condición imperativa pero insuficiente, esta perspectiva no exonera al odontólogo, pero impide comprender la omisión como un acto puramente individual, ante lo cual las universidades deben incorporar el maltrato infantil como competencia transversal y no como contenido periférico, lo cual se encuentra en la misma línea discursiva de Al-Dabaan et al. (2015) y Clarke et al. (2019). Se propone por tanto, un pènsum académico basado en semiología orofacial, negligencia dental, entrevista clínica no sugestiva, ética y deberes jurídicos mínimos.

Los hospitales, clínicas universitarias y públicas y consultorios privados requieren procedimientos operativos claros, pues la academia sugiere que las guías pueden asociarse con mayor reporte y que su ausencia favorece respuestas reactivas o a limitarse al tratamiento dental (Rønneberg et al., 2019; Uldum et al., 2017).

Implicaciones estatales para las políticas públicas

El Estado sigue siendo el epicentro de la responsabilidad estructural, pues las normas internacionales y ecuatorianas no se materializan con mandatos de denuncia si el sistema no provee capacitación, protocolos y coordinación.

La distancia entre el mandato normativo y la práctica clínica explica la brecha entre sospecha y notificación. La evidencia disponible no permite afirmar que la capacitación obligatoria, por sí sola, mejore la protección efectiva del niño. La respuesta institucional debe centrarse en competencias verificables y mecanismos de retroalimentación interinstitucional (Clarke et al., 2019; Uldum et al., 2017).

Las políticas públicas deben intervenir en la transición entre la sospecha clínica y la activación del sistema de protección. Una primera medida consiste en adoptar un protocolo nacional que defina los signos clínicos, conductuales y contextuales, establezca criterios de negligencia dental y fije un umbral de notificación basado en la sospecha razonable, sin exigir

certeza probatoria. Esta propuesta coincide con los hallazgos de Kvist et al. (2016) y Rønneberg et al. (2019).

La segunda implicación es establecer rutas claras específicas pues el profesional necesita saber ante quién reportar, con qué formato, qué información incluir y cómo actuar cuando el cuidador puede estar implicado, pues tomando en cuenta el desconocimiento procedimental observado por Hashim & Al-Dallal (2018) y Choubey et al. (2025), se tiene que el deber jurídico está formalmente vigente pero operativamente debilitado.

La tercera implicación consiste en que la notificación no debe ser un acto unilateral sin retorno, sino parte de una red que confirme recepción y permita consulta dentro de límites de confidencialidad, pues la evidencia noruega muestra comunicación incompleta con servicios de protección aumenta la posibilidad de que el subreporte pueda persistir aun cuando el deber formal exista (Rønneberg et al., 2019).

Fortalezas y limitaciones

La perspectiva jurídico-odontológica constituye la principal fortaleza del estudio. Su aporte se centra en la brecha entre sospecha y notificación: la dificultad radica en convertir los indicios de maltrato en una actuación documentada, diligente y articulada con las instituciones de protección.

Los estudios también emplean categorías distintas, como abuso físico, maltrato en sentido amplio y negligencia dental. Esta heterogeneidad exige interpretar los resultados con cautela. Las recomendaciones sobre capacitación, protocolos y rutas de actuación se sustentan en su coherencia conceptual y necesidad práctica. Su impacto sobre la protección infantil todavía requiere evaluación empírica.

La ausencia de estudios latinoamericanos y ecuatorianos limita la aplicación de los hallazgos al contexto nacional. La pertinencia de la discusión normativa para Ecuador debe complementarse con evidencia sobre el conocimiento del Código de la Niñez y Adolescencia y del COIP, las rutas de protección, las prácticas de documentación clínica y las barreras institucionales.

La investigación futura deberá examinar el conocimiento jurídico, la frecuencia de las sospechas, las prácticas de documentación, las rutas efectivas de notificación y la coordinación con los organismos de protección.

Conclusiones

La evidencia revisada muestra que la responsabilidad del odontólogo ante la sospecha de maltrato infantil comprende la atención clínica, los deberes éticos y las obligaciones de protección de niños, niñas y adolescentes. Los estudios coinciden en que el profesional debe identificar los signos de maltrato y activar los mecanismos de protección. A pesar de este consenso, la notificación a las autoridades competentes no ocurre de manera sistemática, por lo que persiste una brecha entre el juicio clínico y la actuación profesional.

En tal virtud se concluye que esta brecha responde a factores institucionales y procedimentales como la incertidumbre diagnóstica, el desconocimiento de las rutas de notificación y la insuficiente formación en aspectos médico-legales. Lo que se traduce en la imperante necesidad de fortalecer las competencias jurídicas del odontólogo, incorporar protocolos estandarizados de actuación y promover la coordinación con los sistemas de protección infantil para mejorar la respuesta profesional frente a estos casos.

En el cierre de esta revisión se pone de manifiesto la ausencia de investigaciones empíricas en América Latina, particularmente en Ecuador, sobre el cumplimiento de las obligaciones legales del odontólogo y las consecuencias derivadas de su omisión.

En este sentido se propone la apertura de nuevas líneas de investigación que estudien la aplicación del marco jurídico vigente y la eficacia de los protocolos institucionales, con el fin de generar evidencia que sustente políticas públicas y procesos de actualización normativa acordes con la realidad regional.

Referencias Bibliográficas

- Al-Dabaan, R., Asimakopoulou, K., & Newton, J. T. (2015). Effectiveness of a web-based child protection training programme designed for dental practitioners in Saudi Arabia: a pre- and post-test study. *European Journal of Dental Education*, 20(1), 45–54. <https://doi.org/10.1111/eje.12141>
- American Academy of Pediatrics Section on Oral Health. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 140(2), e20171487.
- Choubey, S., Thakur, S., Mathur, S., & Joshi, S. (2025). Responses and perceived barriers to reporting child abuse and neglect using critical incidence techniques. *Journal of Dental Specialities*, 13(2), 275–278. <https://doi.org/10.18231/j.jds.48050.1759136125>
- Clarke, L., Chana, P., Nazzal, H., & Barry, S. (2019). Experience of and barriers to reporting child safeguarding concerns among general dental practitioners across Greater Manchester. *British Dental Journal*, 227(5), 387–391. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0663-2>
- Committee on the Rights of the Child. (2011). *General Comment No. 13 (2011): The Right of the Child to Freedom from All Forms of Violence*.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia CONA*.
- Gupta, S., Devi, A., Kamboj, M., Hooda, A., & Narwal, A. J. (2023). Knowledge, awareness and attitude of dental professionals regarding child maltreatment. *The Journal of Forensic Odonto-Stomatology*, 41(2), 10–20. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10473458/>
- Hashim, R., & Al-Dallal, S. (2018). Child physical abuse: Perception and responsibility of dentists living in the United Arab Emirates. *European Journal of General Dentistry*, 7(2), 31–34. https://doi.org/10.4103/ejgd.ejgd_38_18
- Ioverno, L., & Zemel, M. (2025). Rol del odontopediatra en la detección del maltrato infantil: revisión sistemática. *Methodo Investigación Aplicada a Las Ciencias Biológicas*, 10(1), 15–17. [https://doi.org/10.22529/me.2025.10\(1\)04](https://doi.org/10.22529/me.2025.10(1)04)
- Jakobsen, U., Fjallheim, A. S., Gislason, H., Gudmundsen, E., Poulsen, S., & Haubek, D. (2019). Dental professionals' experience with and handling of suspicion of child maltreatment in a small-scale society, the Faroe Islands. *Clinical and Experimental Dental Research*, 5(2), 145–150. <https://doi.org/10.1002/cre2.164>
- Kvist, T., Cocozza, M., Annerbäck, E.-M., & Dahllöf, G. (2016). Child maltreatment: prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/ipd.12230>

- Organization of American States. (1969). *American Convention on Human Rights. Pact of San José, Costa Rica*.
- Page, M., McKenzie, J., & Bossuyt, P. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Springer Nature*.
- Pawlaczyk-Kamieńska, T., & Borysewicz-Lewicka, M. (2016). Diagnosis of Child Abuse in Pediatric Dentistry: a Case Report. *Dental and Medical Problems*, 53(2), 296–298. <https://doi.org/10.17219/dmp/62337>
- Rønneberg, A., Nordgarden, H., Skaare, A. B., & Willumsen, T. (2019). Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(6), 684–691. <https://doi.org/10.1111/ipd.12507>
- Sampang, A. B., Kumar, V. D., Bhatnagar, S., Chandregowda, K. Y., & Anandkumar, A. H. (2023). Awareness and Professional Responses in Managing Cases of Child Abuse and Neglect (CAN) among Dental Students, General Dentists, and Pedodontists of Bengaluru City, India. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 16(4), 619–625. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2638>
- Sarkar, S., & others. (2021). Orofacial manifestations of child abuse and neglect: a systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(9), 3204–3212.
- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Haubek, D. (2017). How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(5), 332–337. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1307448>
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*.
- United Nations General Assembly. (1959). *Declaration of the Rights of the Child*.
- World Health Organization. (2025). *Child Maltreatment*.



Contribuciones de los autores:

- **Brayan Santiago Escobar-Hernández:** Conceptualización, metodología PRISMA, redacción del manuscrito, vinculación de los datos médicos con las políticas públicas y coordinación global de la investigación.
- **Pablo Sacaquirín-Zhunio:** Validación de la interpretación clínica de las lesiones y tejidos orales.
- **Ramón Esteban Peñafiel-Maldonado:** Revisión del análisis jurídico y revisión médico-jurídica del manuscrito.
- **Viviana León-Rodríguez:** Validación del contenido estomatológico de las lesiones.
- **María Eugenia Mogrovejo Ávila:** Validación del contenido relacionado con las secuelas funcionales de las lesiones orofaciales asociadas al maltrato infantil
- **Miriam Fernanda Ortega López:** Validación del contenido odontopediátrico y revisión final del manuscrito.

Agradecimiento: Agradecemos a nuestro divino creador por darnos la responsabilidad de generar conocimiento, guiar a nuestros estudiantes y ser instrumentos de su voluntad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés

Anexos

Anexo 1

Matriz de evaluación crítica MMAT 2018

Autor	Diseño MMAT	C1	C2	C3	C4	C5
Definición de criterios	Cuantitativo descriptivo	Muestreo pertinente	Muestra representativa	Mediciones apropiadas	Bajo sesgo por no respuesta	Análisis apropiado
Definición de criterios	Cuantitativo no aleatorizado	Participantes representativos	Mediciones apropiadas	Resultados completos	Confusores considerados	Intervención según lo previsto
Kvist et al. (2017)	Cuantitativo descriptivo	✓	?	✓	✗	✓
Hashim y Al-Dallal (2018)	Cuantitativo descriptivo	✓	✗	✓	?	✓
Pawlaczyk-Kamieńska y Borysewicz-Lewicka (2016)	Reporte de caso: no evaluable	NA	NA	NA	NA	NA
Uldum et al. (2017)	Cuantitativo descriptivo	✓	✓	✓	?	✓
Jakobsen et al. (2019)	Cuantitativo descriptivo	✓	✓	✓	✓	✓
Rønneberg et al. (2019)	Cuantitativo descriptivo	✓	✓	✓	?	✓
Al-Dabaan et al. (2016)	Cuantitativo no aleatorizado	✗	✓	✗	✗	✓
Clarke et al. (2019)	Cuantitativo descriptivo	✓	✗	✓	✗	✓
Sampangi Ramegowda et al. (2023)	Cuantitativo descriptivo	✓	✗	✓	✗	✓
Gupta et al. (2023)	Cuantitativo descriptivo	?	✗	✗	?	✓
Choubey et al. (2025)	Cuantitativo descriptivo	?	✗	✓	✗	✓

Símbolos: ✓ = sí cumple; ✗ = no cumple; ? = no se puede determinar con la información reportada; NA = no aplicable.

Las dos primeras filas de la matriz definen los criterios C1-C5 aplicables a cada categoría metodológica; por ello, un mismo código no tiene idéntico significado en todos los diseños.

Las preguntas de cribado S1-S2 se consideraron satisfechas en los diez estudios empíricos. El reporte de caso se excluyó de la valoración porque no corresponde a ninguna categoría MMAT 2018.

El perfil final resume respuestas por categoría (Sí | No | ?); no constituye una puntuación global ni una clasificación ordinal de calidad.