

MALTRATO INFANTIL: DESAFÍO Y OPORTUNIDADES DEL ODONTOPEDIATRA EN MÉXICO

CHILD ABUSE: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR PEDIATRIC DENTISTS IN MEXICO

Hernández Contreras Tayra Stephanie,¹ Benavides García Yessica Dayani,¹ Pérez Quintero María Teresa,¹ Rangel Padilla Eyra Elvyra,¹ Martínez González Gustavo Israel,¹ Nakagoshi Cepeda María Argelia Akemi,¹ Díaz Cárdenas Shyrley,² Montes Villarreal Marcela.^{1*}

1. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Eduardo Aguirre Pequeño, Col. Mitras Centro Monterrey, Nuevo León. CP 64460

2. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la Salud, Calle 6 #572, Zaragocilla, Cartagena de Indias, Bolívar.

Resumen

Introducción: El maltrato infantil (MI) constituye una emergencia de salud pública que abarca agresión física, sexual, psicológica y negligencia. Debido a la frecuencia de manifestaciones orofaciales, el odontopediatra desempeña un papel clave en su identificación temprana, por lo que la detección, diagnóstico y notificación oportuna resultan fundamentales.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de odontopediatras mexicanos frente al MI en la consulta odontológica.

Metodología: Estudio descriptivo en 175 odontopediatras mexicanos en el que se indagó a partir de un cuestionario de auto-reporte variables sociodemográficas y CAP frente al

MI. Se realizó estadística descriptiva a partir de frecuencias y proporciones.

Resultados: 53,7 % de los odontopediatras refirió haber sospechado en algún momento de MI en sus pacientes; 86,9 % se ubicó en un nivel alto de conocimientos frente al MI, 95,4 % una actitud favorable y solo el 15,3 % reportó prácticas adecuadas indicando el 80,6 % no contar con un protocolo institucional frente al reporte.

Conclusión: A pesar de que los odontopediatras mexicanos presentan buenos conocimientos y actitudes favorables frente a casos sospechosos de MI, sus prácticas no son adecuadas al no contar con protocolos de notificación y reporte de casos. Es imperativo desarrollar y socializar protocolos claros que permitan la atención rápida y oportuna y la protección de los niños, niñas y adolescentes.

Palabras clave: maltrato a los niños, odontopediatra, conocimientos, actitudes, prácticas.

Abstract

Introduction: Child abuse (CA) is a public health emergency that includes physical, sexual, and psychological aggression, as well as neglect. Due to the frequency of orofacial manifestations, pediatric dentists play a key role in its early identification, making timely detection, diagnosis, and reporting essential.

Objective: To evaluate the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of Mexican pediatric dentists regarding CA in dental consultations.

Methodology: A descriptive study was conducted with 175 Mexican pediatric dentists. Sociodemographic variables and KAP regarding CA were collected using a self-report questionnaire. Descriptive statistics were performed using frequencies and proportions.

Results: 53.7% of pediatric dentists reported having suspected CA in their patients at some point; 86.9% demonstrated a high level of knowledge, 95.4% showed a favorable attitude, and only 15.43% reported adequate practices. Additionally, 80.6% indicated a lack of institutional protocols for reporting.

Conclusion: Although Mexican pediatric dentists possess good knowledge and favorable attitudes toward suspected CA, their practices are inadequate due to the lack of case notification and reporting protocols. It is imperative to develop and disseminate clear protocols that allow for timely care and protection of children and adolescents.

Keywords: Child abuse; pediatric dentists; knowledge; attitudes; clinical practice; case reporting.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2026

*Envío de correspondencia: marcela.montesvl@uanl.edu.mx

El maltrato infantil (MI) constituye una grave vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes, con repercusiones en su desarrollo físico, psicológico y social.¹ Debido a la alta prevalencia de las lesiones asociadas al MI que se localizan en la región orofacial 50 % -70 %, los odontopediatras desempeñan un papel clave en la detección temprana y tienen la responsabilidad ética, legal y profesional de identificar y notificar casos sospechosos.¹ En la práctica odontológica persisten deficiencias en la detección, documentación y reporte del MI.² La caries dental, además de asociarse con negligencia dental, puede ser un marcador clínico de otras formas de maltrato, como el abuso físico, emocional, sexual y el abandono, con importantes repercusiones en la salud y calidad de vida infantil.³ El desconocimiento por parte del odontopediatra, de las manifestaciones del MI, limita su identificación y reporte, evidenciando la necesidad de fortalecer la formación profesional. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del odontopediatra frente al MI en México y estimar la prevalencia de sospecha de casos en la consulta odontológica.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La población estuvo conformada por 175 odontopediatras mexicanos con ejercicio profesional activo, egresados de diversas instituciones públicas y privadas del país, quienes participaron de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. La invitación se realizó de forma presencial durante eventos científicos organizados por academias y asociaciones profesionales.

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario electrónico de 48 ítems, previamente validado en Colombia⁴ y adaptado lingüística y culturalmente para México, conservando su equivalencia semántica. Los puntajes se obtuvieron conforme a los criterios establecidos en el estudio original⁴ (Anexo 1). El cuestionario incluyó variables sociodemográficas (sexo, edad, universidad de egreso: pública o privada y antigüedad en el ejercicio profesional). Los conocimientos y prácticas se evaluaron mediante preguntas de opción múltiple, asignando dos puntos a cada respuesta correcta y cero a las incorrectas. Las actitudes se evaluaron mediante una escala tipo Likert, con opciones de respuesta que oscilaron entre "totalmente en desacuerdo" y "totalmente de acuerdo". El instrumento presentó una con-

sistencia interna de 84,11 % y 86,48 %, y un coeficiente alfa de Cronbach global de $\alpha = 0.8529$, lo que indica un alto nivel de confiabilidad.

El cuestionario se aplicó mediante Google Forms de forma voluntaria, anónima y confidencial, utilizando códigos alfanuméricos para proteger los datos personales, en apego a la Declaración de Helsinki. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, mediante frecuencias absolutas y relativas, utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 26.

Resultados

Participaron 175 odontopediatras, de los cuales el 86,86 % corresponden al sexo femenino, en su mayoría de 24 a 34 años y el 80,57 % son egresados de universidades públicas. **Prevalencia de sospecha de MI:** 53,7 % refirió haber sospechado en alguna ocasión de MI en sus pacientes; 34,9 % reportó 1–2 casos y 18,9 % reportó tres o más. **Conocimiento sobre MI:** 86,86 % presentó nivel alto de conocimientos (Tabla 1). Más del 90 % identificó lesiones orofaciales de maltrato físico, como moretones en mejilla, mordeduras en cuello y avulsiones dentales repetidas, asimismo, se identificó como negligencia la caries de infancia temprana severa; 73 % y 90 % reconoció manifestaciones de abuso sexual, y 98,9 % coincidió en que los relatos de los niños sobre daño por adultos deben ser atendidos de manera inmediata. Sin embargo, 78,3 % desconocía la existencia de protocolos específicos para su abordaje y 57,1 % reconoció la obligación de reportar a las autoridades como su responsabilidad profesional.

Tabla 1. Nivel de Conocimientos, actitudes y práctica de los Odontopediatras de México frente al maltrato infantil.

Nivel de CAP		Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos	Alto	152	86,86
	Bajo	23	13,14
Actitudes	Favorable	168	96
	Desfavorable	7	4
Prácticas	Adecuada	27	15,43
	Inadecuada	67	38,29
	Ausencia de sospecha	81	46,29

Conocimiento sobre maltrato infantil:
Alto (Puntaje de 24-35)
Bajo (Puntaje menor a 23)

Actitud frente al maltrato infantil:
Favorable (Puntaje de 20-30)
Desfavorable (Puntaje menor a 19)

Prácticas frente al maltrato infantil
Adecuada (Puntaje de 11-20)
Inadecuado (Puntaje a -10)

Actitudes frente al MI: 96 % mostró actitud favorable ante la sospecha de MI (Tabla 1); 52,6 % manifestó estar de acuerdo en reportar a las autoridades, 64 % brindar la atención integral y digna a los pacientes afectados y 69 % manifestó estar en desacuerdo con limitar la atención exclusivamente al tratamiento de la cavidad oral.

Prácticas clínicas frente al MI: Entre los odontopediatras que han sospechado MI, solo el 15,43 % reportó prácticas adecuadas (Tabla 1). El 75,5 % no registró la sospecha en la historia clínica, 68,1 % no exploró factores de riesgo de MI. El 13,8 % realizó notificación ante la instancia correspondiente, evidenciando una brecha significativa entre conocimiento y práctica clínica.

Formación y percepción sobre MI: El 69,6 % refirió no sentirse preparado para diagnosticar MI y 69,1 % consideró insuficiente su capacitación. El 98,9 % reconoció la necesidad de mayor formación y el 96 % consideró obligatorio realizar el reporte de casos sospechosos, aunque el 80,6 % señaló no contar con protocolo institucional.

Discusión

En el presente estudio, desde el punto de vista sociodemográfico, la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres y adultos jóvenes, hallazgo consistente con estudios previos realizados en América Latina,⁴ aunque contrastante con reportes europeos, donde predomina el sexo masculino,⁵ lo que sugiere variaciones regionales en la composición profesional de la odontopediatría.

Los odontopediatras mexicanos mostraron altos niveles de conocimiento sobre maltrato infantil (MI), particularmente en la identificación de signos clínicos y negligencia dental, superiores a los reportados en Australia y Turquía,^{6,7} lo que podría relacionarse con la formación de posgrado o una mayor sensibilización regional. Sin embargo, este conocimiento no se reflejó en una práctica clínica efectiva.

Aunque más de la mitad de los participantes refirió haber sospechado al menos un caso de MI, cifra comparable a Escocia y Estados Unidos y superior a Brasil,^{8,9} la notificación formal fue baja, en concordancia con la literatura internacional,^{10,11} evidenciando una desconexión persistente entre conocimiento, actitud y práctica.

Este patrón sugiere que las limitaciones no se originan en el nivel de conocimiento, sino en fallas estructurales en los sistemas de reporte y en la implementación de protocolos institucionales. La principal barrera fue la incertidumbre diagnóstica, seguida del desconocimiento de los canales de notificación y el temor a repercusiones negativas.

En conjunto, estos hallazgos reflejan una brecha sostenida entre formación teórica y aplicación clínica, similar a lo reportado en Nueva Zelanda, donde se ha documentado baja confianza profesional en el rol de protección infantil.¹² Se evidencia la necesidad de fortalecer no solo la capacitación, sino también la existencia de protocolos claros, operativos y de fácil acceso que respalden la toma de decisiones clínicas y la notificación obligatoria en casos sospechosos de MI.

Conclusión

A pesar de que los odontopediatras mexicanos cuentan con adecuados conocimientos y actitudes favorables frente a casos sospechosos de MI, sus prácticas son deficientes al no conocer protocolos de notificación y reporte de casos. Es indispensable desarrollar y socializar lineamientos claros que permitan la atención rápida y oportuna que garanticen la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

Agradecimientos

Agradecemos a los autores del instrumento original, desarrollado y validado en Colombia, cuyo uso fue fundamental para la presente investigación.

De manera especial agradecemos a la Dra. Tatiana del Pilar Ávila, Directora de Primera Infancia de la Secretaría de Igualdad e Inclusión del Estado de Nuevo León y su equipo de trabajo por su valiosa colaboración al impartirnos cursos especializados sobre el tema.

Referencias

1. Murphy JM, Welbury RR. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 1 The child protection system. Br Dent J. 1998;184(1):7–10. doi: 10.1038/sj.bdj.4809528.
2. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? Br Dent J. 2009;206(9):465–470. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.356.
3. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents: a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. Dent Traumatol. 2010;26(2):149–153. doi:10.1111/j.1600-9657.2009.00859.x.
4. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. Rev Clin Med Fam. 2014;7(2):103–111. doi:10.4321/S1699-695X2014000200004.
5. Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. Br Dent J. 2009;206(8):409–414. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.307.
6. Kuganathan S, Nguyen T, Patel J, Anthonappa RP. Knowledge, experiences and attitudes of dental health professionals towards reporting child abuse in Western

- Australia. Aust Dent J. 2021;66(4):404–413. doi:10.1111/adj.12823.
7. Manea S, Favero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. J Clin Pediatr Dent. 2007;32(1):19–25. doi:10.17796/jcpd.32.1.f920721252jx3614.
8. Nunes KM, Silva L, Farias IAP, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Knowledge and attitudes of dentists regarding child abuse and neglect. Braz Dent J. 2021;32(2):52–59.
9. Hussein AS, Abu-Hassan MI, Schroth RJ, Ghanim AM. Dentists' knowledge and attitudes about child abuse and neglect in Malaysia. J Forensic Odontostomatol. 2016;34(1):19–27.
10. Mele F, Introna F, Santoro V. Child abuse and neglect: oral and dental signs and the role of the dentist. J Forensic Odontostomatol. 2023;41(2):21–29.
11. Bjørknes R, Iversen AC, Nordrehaug Åstrøm A, Vaksdal Brattabø I. Why are they reluctant to report? A study of the barriers to reporting to child welfare services among public dental healthcare personnel. Health Soc Care Community. 2019;27(4):871–879. doi:10.1111/hsc.12703.
12. Han H, Koziol-McLain J, Diesfeld K, Carrington SD, Morse Z, Lees AB. Protecting children in Aotearoa New Zealand: a review on legal and professional frameworks for oral health practitioners. J R Soc N Z. 2025;55(6):1418–1431. doi:10.1080/03036758.2024.2430597.

Anexo 1. Instrumento original. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos. Rev Salud Pública. 2017;19(2):220-226

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN ODONTÓLOGOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

Dr. (a) : Este cuestionario es anónimo y confidencial sólo se utilizará con fines investigativos; diligenciarlo de la manera más correcta posible MARCANDO CON UNA X la respuesta que más se acerque a la situación, previa firma del consentimiento informado.

1. Edad: _____ 2. Sexo: F _____ M _____ 3. Tiempo de egresado : _____ 4. Procedencia: Urbana _____ Rural _____
 5. Estrato socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 6. Facultad de egreso: pública _____ privada _____

7. ¿Qué entiende usted por maltrato infantil?

A. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte 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.
 B. El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional y abuso sexual, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño.
 C. El abuso o maltrato infantil de menores a abarca abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud y la supervivencia.
 D. El abuso o maltrato infantil de menores abarca explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte 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.
 E. Ninguna de las anteriores.

8. Cuales signos, o patologías que indicarían que un niño ha sido maltratado?

A. Lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espaldas y glúteos o cualquier fractura.
 B. Hematomas localizados en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido)
 C. Si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
 D. Todas las anteriores
 E. Ninguna de las anteriores

9. A que se le llama Negligencia Dental?

A. Índice alto de caries y presencia de enfermedades periodontales
 B. Múltiples fracturas dentales asociadas a golpes o caídas.
 C. Succión labial
 D. A y B son ciertas
 E. Todas las anteriores

10. Cuál es la responsabilidad de los odontólogos con respecto al maltrato infantil?

A. Notificar el caso a las autoridades competentes
 B. Resolver el problema mediante el diálogo con los padres.
 C. Prestarle poca importancia debido a que no es mi área.
 D. A y B
 E. Ninguna de las anteriores

11. Durante su pregrado como Odontólogo, en Cual(es) de esta (s) asignatura(s) hicieron énfasis en el manejo del maltrato infantil?

A. Salud familiar B. Ética para el odontólogo. C. proyección social. D. Odontopediatría E. Educación en salud F. Otras asignaturas cuales _____

12. Conoce usted algún protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil desde la consulta odontológica? Si _____ No _____
 Cual _____

13. Según su criterio cuál es la primera institución donde se debe reportar la sospecha de maltrato infantil desde la consulta odontológica? A. Bienestar familiar B. Comisarias de Familia C. Policía D. Fiscalía E. No se debe reportar.

14. En caso de sospechar sobre un caso de maltrato infantil desde la consulta odontológica lo más adecuada sería reportar a las autoridades?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

15. En caso de sospecha de maltrato infantil se debe Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño, mantener la calma y garantizar ayuda en la medida de las posibilidades.

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

16. Cuando se realiza la historia clínica se debe realizar la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

17. En caso de detectar un caso de maltrato infantil en la consulta odontológica solo se limitaría a realizar el tratamiento a nivel de la cavidad oral sin brindarle una atención integral, por miedo a represión por parte del agresor?

A. Totalmente en desacuerdo
 B. En desacuerdo
 C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 D. De acuerdo
 E. Totalmente de acuerdo

1

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL MALTRATO INFANTIL EN ODONTÓLOGOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

19. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación e intervenir en el caso?

- A. Totalmente en desacuerdo
- B. En desacuerdo
- C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- D. De acuerdo
- E. Totalmente de acuerdo

20. Sospecha usted actualmente que alguno de sus pacientes es víctima de maltrato infantil? A. Si B. No

21. Ha sospechado alguna vez con base a su experiencia clínica de algún caso de maltrato infantil?

A. Si B. No C. Cuantas veces ha sospechado _____

Si su anterior respuesta es negativas pase a la pregunta 26

22. Su primera conducta cuando sospechó del caso de maltrato infantil fue:

- A. Habló con los padres del niño.
- B. Buscó ayuda de un pediatra
- C. Llamó a la policía
- D. Se quedó callado

23. En caso de haberse quedado callado su razón fue:

- A. No estar seguro del diagnóstico.
- B. Miedo a que se tomaran represalias contra el niño.
- C. No sabe a dónde recurrir
- D. Miedo a represalias en contra suya
- E. Miedo a perder el paciente y que este no vuelva más
- F. Emplear mucho tiempo en realizar trámites y denuncias
- G. No está seguro de lo que dice el niño.

24. Anotó la sospecha de maltrato infantil en la Historia Clínica? A. Si B. No

25. Cuáles fueron los indicios para su sospecha?

- A. Trauma del menor
- B. Comportamiento temeroso del niño
- C. Intento del niño por ocultar alguna lesión
- D. Lesión a nivel facial o cervical sospechosa de maltrato
- E. Indicios de descuido como desaseo, malnutrición
- F. Todas las anteriores

26. Preguntó usted durante la atención odontológica o en la visita domiciliar por conductas sospechosas de maltrato infantil a los padres o acudientes del niño? A. Si B. No

27. Cuando realiza la historia clínica de Odontopediatría realiza la inspección y anamnesis haciendo un enfoque de riesgo hacia el maltrato infantil? A. Si B. No

Marque con V si es verdadero o F si es falso el enunciado:

- 28. Los moretones en la mejilla pueden indicar bofetadas o pellizcos en la cara. _____
- 29. Repetidas lesiones en la dentición que den como resultado dientes avulsionados o dientes con cambios de color pueden indicar un trauma repetido de abuso. _____
- 30. Los moretones observados alrededor del cuello generalmente están asociados con un trauma accidental. _____
- 31. Las mordidas observadas en el cuello de un niño o en zonas menos accesibles debe ser investigadas, ya que marcas de mordidas son con frecuencia un componente de abuso infantil _____
- 32. Existe una fuerte correlación entre el descuido dental y la presencia de abandono físico. _____
- 33. Problemas psicómicos por parte del niño pueden indicar abuso sexual. _____
- 34. Comportamientos seductores de un niño hacia el personal odontológico pueden ser un indicativo de previo abuso sexual del niño. _____
- 35. La imposibilidad del niño para mirar a los ojos y responder al personal odontológico, puede ser un signo de abuso sexual. _____
- 36. El maltrato de menores se asocia principalmente a las tensiones de la pobreza y rara vez ocurren entre personas con ingresos medios o altos. _____
- 37. Los niños que han sido víctimas de abusos suelen decirle a alguien poco después del abuso. _____
- 38. Si un niño con facilidad afirma que un adulto le ha causado daño, se le debe prestar atención a la acusación _____
- 39. El maltrato infantil puede estar presente si un padre describe lesiones de su niño como un auto-infligida _____
- 40. El maltrato infantil puede estar presente si un padre informa que las lesiones del niño fueron infligidas por el hermano del niño. _____
- 41. El maltrato infantil puede estar presente cuando se nota un retraso por parte de los padres en la búsqueda de atención médica para tratar lesiones del niño. _____
- 42. En su último nivel de formación profesional cual fue la intensidad horaria destinada a la educación sobre el maltrato infantil
 - A. 0 horas
 - B. 1 -2 horas
 - C. 3 -4 horas
 - D. 5-6 horas
 - E. 7-8 horas
 - F. Más de 8 horas
- 43. Considera que está recibiendo una buena preparación sobre el tema del Maltrato infantil en la Facultad? A. Si B. No
- 44. Se considera preparado para poder detectar y proceder correctamente ante un caso de maltrato infantil? A. Si B. No
- 45. En una escala de 1 a 5 que tan apto se considera usted para el diagnóstico maltrato infantil? _____
- 46. Cree que éste debería ser un tema que merece más capacitación en su formación profesional?
 - A. Si
 - B. No
 - C. Me da igual
- 47. Existe en su consultorio un protocolo o guía de atención para el niño con maltrato infantil? A. Si B. No
- 48. Considera usted obligatorio reportar las sospechas de Maltrato Infantil desde la consulta Odontológica? A. Si B. No