

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE PROCESOS DE GRADUACIÓN POSGRADO**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA**

**“NEGLIGENCIA DENTAL EN NIÑOS SALVADOREÑOS DE 2
A 4 AÑOS ASOCIADA AL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
DE PADRES O CUIDADORES, AÑO 2023.”**

**AUTORA
DOCTORA NELY ARELY GARCÍA DE BATRES**

**DOCENTE ASESOR
DDS. MPH GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR**

CIUDAD UNIVERSITARIA DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, FEBRERO DE 2026.

AUTORIDADES

RECTOR
MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICE-RECTOR ACADÉMICO
MSC. ROGER ARMANDO ARIAS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO
DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

DECANO
DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

VICEDECANA
DRA. KARINA LISSETH JUÁREZ DE AQUINO

SECRETARIA
DRA. LISSETH MARGARITA LÓPEZ SERRANO

DIRECTOR DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA
DR. ROLANDO ALBERTO MENDOZA MAYORGA

COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADUACIÓN POSGRADO
DR. CARLOS ROBERTO MORÁN FRANCO

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a:

Mi familia, por su amor y apoyo incondicional durante todo mi camino académico, a mis papás que desde el cielo guían mi vida y cuidan mis pasos.

La Facultad de Odontología por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

Mi docente tutor por su paciencia, su dedicación y pasión por la enseñanza.

Mis compañeras de promoción por su apoyo emocional y brindarme su amistad sincera; por enseñarme que la resiliencia es la oportunidad más grande de florecer ante la adversidad.

Mi maestra, Rita Espinoza, cuya pasión, sabiduría y dedicación han sido una fuente de inspiración constante en mi vida profesional, gracias por creer en mí y por inspirarme a especializarme en odontopediatría; su apoyo incondicional me dio la fuerza y la motivación para culminar incluso en los momentos más desafiantes esta etapa académica. Su influencia en mi vida ha sido invaluable y siempre estaré agradecida.

Finalmente, a mi esposo, por su amor, apoyo incondicional y comprensión durante los momentos más estresantes de mi carrera académica. Este trabajo es también su logro. Te amo.

DEDICATORIA

A mis papás, cuyo amor y sabiduría me han guiado a lo largo de mi vida. Este trabajo está dedicado a ellos; su legado de perseverancia y determinación, por quien he logrado tanto en mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. Objetivos	8
1.1. Objetivo General	8
1.2. Objetivos Específicos.....	8
2. HIPÓTESIS	9
3. MARCO TEÓRICO.....	10
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
4.1. Tipo de investigación o estudio	14
4.2. Tiempo y lugar	14
4.3. Variables e Indicadores	14
4.4. Diseño de Estudio	17
4.5. Población y Muestra	18
4.6. Recolección y análisis de los datos	19
4.7. Almacenamiento y análisis de los datos	20
4.8. Recursos humanos, materiales y financieros	21
5. ALCANCES Y LIMITACIONES	21
6. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	22
7. RESULTADOS	23
8. DISCUSIÓN	31
9. CONCLUSIONES	35
10. RECOMENDACIONES	36
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	44

RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación entre negligencia dental, conocimientos, actitudes, prácticas en salud bucal y perfil sociodemográfico de padres de familia o cuidadores en población salvadoreña de 2 a 4 años del área rural y urbana.

Metodología: Investigación epidemiológica, descriptiva transversal de asociación de variables, la muestra se estableció en 212 niños de 2 a 4 años. La negligencia dental fue la variable dependiente y el perfil sociodemográfico de padres o cuidadores se estableció como variable independiente. La negligencia se dimensionó según escala de Thomson, tipo según escala ECAP y severidad según escala FOUES/PUFA, el diagnóstico de caries se basó en criterios ICDAS. Los datos, recolectados mediante entrevistas estructuradas y examen clínico, fueron analizados con pruebas de Chi-cuadrado y modelos de regresión logística para determinar la asociación e influencia entre las variables.

Resultados: Se estableció una prevalencia de negligencia dental del 43.30%, de la cual un 86.2% fue de tipo activa. Clínicamente, un 32.59% de los niños presentó negligencia severa, asociándose de manera altamente significativa con el nivel de escolaridad del cuidador ($p=0.001$). según el análisis de regresión el rol del cuidador, el estado civil, el área de residencia y la ocupación también mostraron ser predictores significativos ($p<0.05$) en el análisis de regresión.

Conclusiones: La negligencia dental es predominantemente activa, originada por una brecha entre el conocimiento del cuidador y la acción. Esta omisión resulta en una alta proporción de casos severos y se asocia significativamente con el nivel de escolaridad. El problema es, por tanto, conductual, y requiere intervenciones prácticas, no solo informativas.

SUMMARY

Objective: To establish the association between dental neglect, knowledge, attitudes, oral health practices, and the sociodemographic profile of parents or caregivers in Salvadoran children aged 2 to 4 years in rural and urban areas.

Methodology: This was a cross-sectional, descriptive epidemiological study of the association of variables. The sample consisted of 212 children aged 2 to 4 years. Dental neglect was the dependent variable, and the sociodemographic profile of parents or caregivers was the independent variable. Neglect was assessed using the Thomson scale, the type using the ECAP scale, and severity using the FOUES/PUFA scale. Cavity diagnosis was based on ICDAS criteria. Data, collected through structured interviews and clinical examination, were analyzed using Chi-square tests and logistic regression models to determine the association and influence between the variables.

Results: A prevalence of dental neglect of 43.30% was established, of which 86.2% was active. Clinically, 32.59% of the children presented with severe neglect, which was highly significantly associated with the caregiver's level of education ($p=0.001$). According to regression analysis, the caregiver's role, marital status, area of residence, and occupation also proved to be significant predictors ($p<0.05$).

Conclusions: Dental neglect is predominantly active, stemming from a gap between the caregiver's knowledge and action. This omission results in a high proportion of severe cases and is significantly associated with the level of education. The problem is, therefore, behavioral and requires practical, not merely informational, interventions.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como toda acción u omisión que comprometa la salud, el desarrollo o la dignidad del niño, siendo la negligencia la forma más prevalente a nivel mundial, caracterizada por la omisión de cuidados básicos por parte de padres o cuidadores.¹ Esta condición vulnera los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y se asocia a consecuencias adversas en el desarrollo físico y cognitivo a largo plazo.

En El Salvador, la entrada en vigor de la Ley “Crecer Juntos” en 2023 fortaleció el marco de protección integral de la niñez, al tipificar el maltrato como cualquier acción u omisión que afecte la integridad física o psicológica, incluyendo el abandono y el incumplimiento de las obligaciones familiares.² No obstante, la negligencia dental, definida como la falta intencional del tutor para procurar y mantener un nivel esencial de salud bucal, continúa siendo subestimada frente a otras formas de maltrato.³ El odontólogo cumple un rol clave en su detección temprana debido a la frecuencia de manifestaciones orofaciales; sin embargo, su identificación se ve limitada por la escasa formación específica y la ausencia de normativas locales que obliguen al reporte de casos sospechosos. La negligencia dental se expresa mediante la ausencia de medidas preventivas, la interrupción de tratamientos y el desinterés por la salud bucal infantil, constituyendo un problema de salud pública de origen predominantemente conductual.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la asociación entre la negligencia dental, los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, y el perfil sociodemográfico de padres o cuidadores de niños de 2 a 4 años de zonas rurales y urbanas. Mediante evaluación clínica basada en criterios ICDAS,⁴ instrumentos validados y análisis estadístico, se determinó la influencia de variables sociodemográficas en la presencia de esta condición. Los resultados evidenciaron una prevalencia de negligencia dental del 43.3%, predominantemente de tipo activa (86.2%), a pesar de niveles elevados de conocimiento en los cuidadores. Estos hallazgos aportan evidencia científica actualizada sobre la negligencia dental en El Salvador y constituyen una base para el desarrollo de nuevas investigaciones cuyos resultados permitan el diseño de intervenciones orientadas al cambio conductual y a la garantía efectiva del derecho a la salud bucal infantil.

Las limitantes se presentan en que la información no puede ser extrapolada a toda la población, por lo cual se sugiere realizar estudios más amplios que otorguen información poblacional extrapolable.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación entre negligencia dental, conocimientos, actitudes, prácticas en salud bucal y perfil sociodemográfico de padres de familia o cuidadores en población salvadoreña de 2 a 4 años del área rural y urbana.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Caracterizar la población infantil y a los padres de familia o cuidadores según variables sociodemográficas.
- 1.2.2 Determinar la presencia o ausencia de negligencia dental según escala de Thomson.
- 1.2.3 Clasificar el tipo de negligencia dental en activa o pasiva en niños según escala de Conocimientos, actitudes y Prácticas de salud bucal del padre o cuidador.
- 1.2.4 Clasificar la severidad de la negligencia dental según signos, síntomas y evolución del proceso de caries en boca del paciente.
- 1.2.5 Asociar las variables sociodemográficas de los padres o cuidadores y la presencia, tipo y severidad de negligencia dental.

2. HIPÓTESIS

Ho1: No existe asociación entre la negligencia dental y la edad de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ha1: existe asociación entre la negligencia dental y la edad de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ho2: No existe asociación entre la negligencia dental y el estado civil de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ha2: existe asociación entre la negligencia dental y el estado civil padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ho3: No existe asociación entre la negligencia dental y el nivel de escolaridad de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ha3: existe asociación entre la negligencia dental y el nivel de escolaridad de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ho4: No existe asociación entre la negligencia dental y la ocupación principal de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ha4: existe asociación entre la negligencia dental y la ocupación principal de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ho5: No existe asociación entre la negligencia dental y el lugar de residencia de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

Ha5: existe asociación entre la negligencia dental y el lugar de residencia de los padres en niños salvadoreños de 2 a 4 años

3. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil (MI) como cualquier acción u omisión que pueda causar daño a la salud, desarrollo o dignidad de un menor de 18 años, en un contexto de responsabilidad y confianza.¹ Este fenómeno global no solo afecta el bienestar de las víctimas, sino que también tiene repercusiones en la sociedad en su conjunto.⁵ La negligencia se identifica como la forma más común de MI, caracterizada por la falta de atención adecuada por parte de los padres o cuidadores, lo que puede resultar en daños a la salud del niño.⁶

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño subraya la importancia de proteger a todos los niños de cualquier forma de maltrato y de garantizar su acceso a servicios de salud.⁷ En El Salvador, la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), que estuvo vigente hasta el 1 de enero de 2023, definía el maltrato infantil (MI) como cualquier acción u omisión que pudiera causar daño a la integridad o salud de un menor.⁸ A partir de esa fecha, la ley "Crecer Juntos" ha entrado en vigor, aplicándose a todos los niños y adolescentes en el país. Esta nueva legislación establece en su artículo 64 que "se entiende por maltrato toda acción u omisión que provoque o pueda provocar dolor, sufrimiento o daño a la integridad o salud física, psicológica, moral o sexual de una niña, niño o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus padres, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado, sin importar los medios utilizados. Además, el maltrato incluye el abandono, el incumplimiento de las obligaciones familiares y la utilización de los menores en la mendicidad o cualquier otra forma de explotación." ²

La negligencia infantil, entendida como la omisión de conductas de cuidado necesarias, es la forma más prevalente de maltrato reportada en la actualidad, según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.⁹ La Real Academia Española (RAE) define la negligencia como descuido o falta de cuidado,¹⁰ y se reconoce como una entidad nosológica dentro de los síndromes de maltrato infantil, clasificada bajo el código T74.0 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).¹¹

La detección del MI depende de los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud, siendo el odontólogo un actor clave, ya que los síntomas del maltrato a menudo se manifiestan en la región orofacial.¹²⁻¹⁴ La negligencia dental, un subtipo de negligencia física, puede ser el primer indicio de sospecha para el odontólogo. Sin embargo, la identificación de estos casos es complicada, ya que no son fácilmente detectables por otros profesionales de la salud.¹⁵ A pesar de la importancia de la odontología en la detección del MI, muchas instituciones educativas no abordan este tema en sus planes de estudio, lo que limita la preparación de los profesionales para ofrecer soluciones efectivas.¹⁶ En varios países, la ley exige a los odontólogos informar sobre

sospechas de negligencia infantil, pero El Salvador no se encuentra entre ellos, lo que restringe la acción práctica y legal en este ámbito.¹⁷ El descuido dental puede reflejar una falta de valoración de la salud bucal y actitudes negativas hacia ella. La omisión de tratamientos dentales por parte de los padres ya sea por desconocimiento o intencionalmente, se considera negligencia. Este descuido se manifiesta en la falta de interés de los padres por informarse sobre tratamientos odontológicos, la ausencia de medidas preventivas en el hogar, como a higiene bucal, y la falta de programación de tratamientos.

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica describe la negligencia dental (ND) como “la falta intencional del padre o tutor, a pesar de tener acceso adecuado a la atención, para buscar y seguir el tratamiento necesario que garantice un nivel esencial de salud bucal”.¹⁸ Este enfoque resalta la responsabilidad de los cuidadores en la salud dental de los menores, subrayando la necesidad de una educación adecuada sobre la importancia de la atención odontológica.

El abuso y la negligencia infantil impactan negativamente en el desarrollo físico, psicosocial y cognitivo de los niños, con repercusiones que pueden extenderse a su vida adolescente y adulta.^{6,15,19} Por lo tanto, es crucial abordar la negligencia dental como un problema de salud pública que requiere atención y acción coordinada entre profesionales de la salud, educadores y legisladores. La falta de un marco legal que obligue a los odontólogos a reportar casos de negligencia en El Salvador es un vacío que debe ser atendido para garantizar la protección de los derechos de los niños y adolescentes, así como su bienestar integral.

La negligencia dental, tiene una alta prevalencia, entre el 34% y el 56% en niños, y su diagnóstico es complejo.²⁰ Aunque las lesiones cariosas no tratadas son comunes, es crucial considerar otros factores como el dolor no tratado, infecciones, historial de tratamientos no finalizados y la conciencia de los padres sobre las necesidades de salud bucal de sus hijos.¹⁶ Para evaluar la presencia de ND, se utilizará la escala de Thomson, que considera la falta de continuidad en el tratamiento dental, la omisión de cuidados básicos y la falta de finalización del tratamiento para su clasificación.^{21,22}

El estudio también evaluará variables sociodemográficas de los niños, como edad y sexo, para categorizar la población infantil. La severidad de la negligencia dental se determinará mediante un examen clínico que evaluará signos como pulpa expuesta, úlceras y abscesos, así como síntomas de dolor y la evolución de la caries dental, utilizando el Sistema Internacional de Detección y Diagnóstico de Caries (ICDAS) para clasificar la severidad en: sin severidad y con severidad.^{4,23} Además, se incorporará la Escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los padres (ECAP) para clasificar la negligencia en activa o pasiva, según la puntuación obtenida por el padre o cuidador.²⁴

En el año 2015 el equipo de investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) desarrolló una escala para clasificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (ECAP) de los padres o cuidadores en relación con la salud bucal. Esta escala categoriza los niveles bajos de ECAP sin negligencia, niveles medios como negligencia pasiva, atribuida a factores como falta de conocimiento, recursos financieros, enfermedad o desconocimiento del apoyo comunitario y niveles altos en negligencia activa definida por la desidia voluntaria de los padres en cumplir con sus responsabilidades.^{17,25}

El papel de los padres en la educación sobre salud bucal es crucial para prevenir enfermedades, especialmente en las primeras etapas de la vida. Sin embargo, no todos los padres muestran interés en fomentar hábitos saludables, lo que resalta la necesidad de determinar su perfil y su relación con la negligencia dental (ND). Según Caridad M et al. (2018),²⁶ la ND puede presentarse en cualquier contexto social y nivel socioeconómico.

Estudios han identificado factores de riesgo asociados a la ND. Sarri G y Stiefel (2013)²⁷ señalaron que la última visita al odontólogo, el lugar de residencia y el nivel educativo son significativos, mientras que McGrath C (2012)²⁸ destacó la edad, educación e ingresos del padre. Un estudio en Japón por Yukiko Asaka et al. (2016)²⁹ reveló que el 3,2% de los escolares presentaba caries no tratadas, y el 34,9% no había asistido a una clínica dental a pesar de las recomendaciones, siendo la ND más prevalente en familias de bajos recursos.

En India, un estudio en la Facultad de Odontología Saveetha (2016)³⁰ con 478 padres e hijos utilizó la escala de Thomson para evaluar la relación entre la negligencia dental de los padres y la salud bucal de los niños. Asimismo, en la Universidad de Wonkwang, Corea (2018),²² se encontró que el 52,7% de las madres presentaban ND, con factores demográficos como la edad de la madre y los ingresos familiares influyendo en la negligencia. Un estudio adicional en India por Aniyó R et al. (2019)³¹ con 1,000 escolares mostró que la ND era significativamente mayor entre padres de áreas suburbanas y aquellos con educación secundaria que solo visitaban al dentista tras la aparición de síntomas en sus hijos.

Una revisión sistemática realizada por Ghazal Jalid et al. (2021)²⁰ en Alemania analizó 10 estudios sobre la prevalencia de negligencia dental (ND) en niños y adolescentes de 0 a 19 años, encontrando que la prevalencia de ND oscilaba entre el 34% y el 56%, mientras que la caries no tratada variaba del 38,9% al 99%. Se destacó que el nivel educativo y las actitudes de los padres hacia la salud dental influyen significativamente en la salud bucal de los niños, siendo los niños bajo tutela y los hijos refugiados los más vulnerables.

En Usaquén, Bogotá, un estudio de Gonzalez Martínez et al. (2011)³² reveló que el 80% de los padres conocían las causas de la caries y su prevención mediante el cepillado dental, y el 66% inició la higiene bucal de sus hijos al aparecer los

dientes. En contraste, un estudio en Mumbai, India, realizado por R. Jain et al. (2011)³³ con 422 madres de niños de 3 a 5 años, mostró que el 60% de las madres tenían poco conocimiento sobre salud bucal, el 53,8% presentaban malas actitudes y el 36,7% exhibían prácticas inadecuadas.

En Colombia, González-Martínez et al. (2011)³² encontraron que el 58,9% de los padres tenía un buen nivel de conocimiento y el 74,5% mostraba actitudes favorables hacia la salud bucal. Sin embargo, solo el 50,6% de los niños se cepillaban los dientes antes de dormir. Franco et al. (2014)³⁴ en Medellín, evaluaron la prevalencia de caries en niños menores de seis años, encontrando tasas del 48,4% en estratos medio-altos y del 58,3% en estratos bajos. Aunque el 97% de las madres consideraba importante cuidar los dientes de leche, un porcentaje significativo no había recibido información sobre cuidado bucal.

En México, Guizar et al. (2019) realizaron un estudio con 292 preescolares de 3 a 6 años, identificando que el 87% de los cuidadores eran madres con un nivel educativo medio. Se observó que la severidad de las caries era mayor en familias con ingresos inferiores a dos salarios mínimos, y que factores como la edad y actitud del responsable, así como la dieta cariogénica, estaban relacionados negativamente con la salud bucal de los niños. Estos hallazgos subrayan la importancia de la educación y las actitudes de los padres en la prevención de la caries dental en la infancia.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Investigación o estudio

El diseño corresponde a una investigación epidemiológica, descriptiva transversal de asociación de variables, que evaluará la influencia del perfil sociodemográfico de los padres con la negligencia dental de los niños salvadoreños de 2 a 4 años.

4.2 Tiempo y Lugar

El estudio se realizará en comunidades del área occidental, paracentral y oriental que pertenezcan a la fundación EDUCO.

Se realizó un estudio piloto en noviembre de 2022, seguido de la recolección de datos en junio y julio de 2023, mediante entrevistas estructuradas a los padres y guías de observación para evaluar la salud bucal de los niños. Se utilizó la escala de Thomson para medir la negligencia dental y criterios ICDAS para el diagnóstico de caries.

4.3 Variables e indicadores

VARIABLE INDEPENDIENTE.

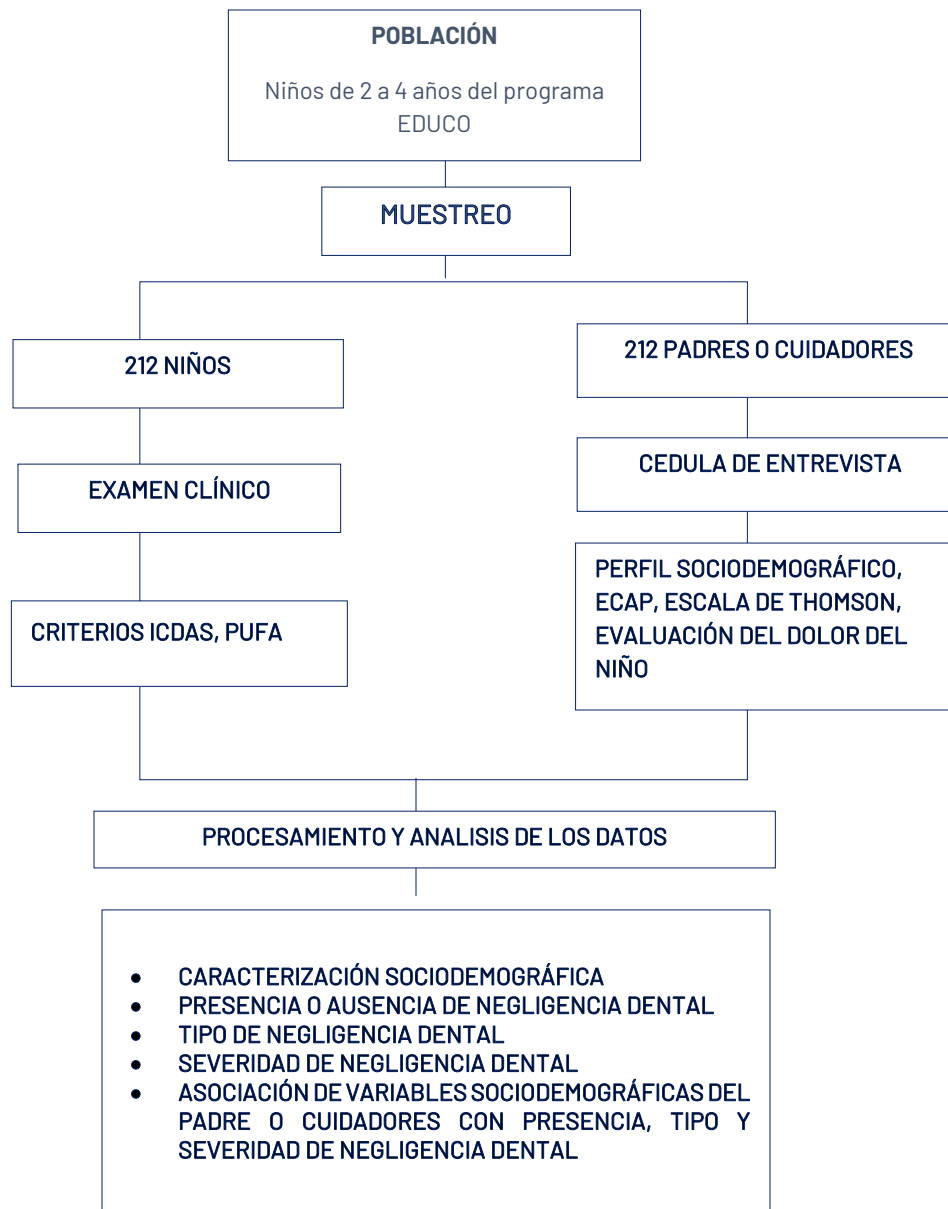
Perfil sociodemográfico del niño				
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Características sociales y demográficas del niño	Se ha calculado según la fecha de ingreso y fecha de nacimiento del niño establecida según el instrumento.	Edad 1. Clasificar según edad al rango al que pertenecen los niños y establecer porcentualidad de grupos.	1.a) 2 a 3 años 2.b) 3 a 4 años	Entrevista
	Identificación de personas como hombre y mujer según sexo biológico.	Sexo 2. Registrar el sexo de los niños y establecer porcentualidad de grupos	2.a) Femenino 2.b) Masculino	
	Se establecerá la etapa de escolarización del niño según lo registrado por el padre.	Escolaridad 3. Clasificar según grado académico de los niños y establecer porcentualidad de grupos.	3.a) Sin escolarización 3.b) Educación inicial	

Perfil sociodemográfico de padres o cuidadores.				
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Características sociales y demográficas del padre o cuidador	Identificación de una persona según edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación principal, estado civil, lugar de residencia según lo registrado por el padre en la entrevista.	1. Clasificar según edad al rango al que pertenecen los padres o encargados. y establecer porcentualidad de grupos.	1.a) menor a 18 años 1.b) 19- 23 años 1.c) 24 – 29 años 1.d) 30- 35 años 1.e) mayor a 35 años	Entrevista
		2. Registrar el sexo de la persona responsable de los cuidados de salud bucal del menor y establecer porcentualidad de grupos	2.a) Femenino 2.b) Masculino	
		3. Determinar el parentesco de la persona responsable con el niño(a) al momento de la investigación y establecer porcentualidad de grupos	3.a) Padre 3.b) Madre 3.c) Abuelos 3.d) Otro	
		4. Clasificar según grado académico de los padres o encargados al momento de la investigación y establecer porcentualidad de grupos.	4.a) Sin escolarización 4.b). Parvularia 4.c). Primer ciclo 4.d) Segundo ciclo 4.e) Tercer ciclo 4.f.) Bachillerato	
		5. Clasificar la ocupación principal o según estado de trabajo de los padres o encargados y establecer porcentualidad de grupos.	5.a) no estudia ni trabaja 5.b) estudiante 5.c) trabajo en casa 5.d) trabajo informal 5.e) trabajo formal (asalariado o propio) 5.f) jubilado 5.g) recibe remesas	
		6. Clasificar el estado civil de padres o encargados y establecer porcentualidad de grupo.	6.a) Soltero(a) 6.b) Casado(a) 6.c) Divorciado(a) 6.d) Acompañado(a) 6.e) Viudo (a)	
		7. Determinar el lugar de residencia de los padres o cuidadores y establecer porcentualidad de grupo.	7.a) Urbano 7.b) Periurbano 7.c) Rural	

VARIABLE DEPENDIENTE

NEGLIGENCIA DENTAL				
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Falta intencional del padre o tutor, a pesar del acceso adecuado a la atención, para buscar y seguir el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucal esencial para el funcionamiento diario adecuado y libre de dolor e infección	Descuido o falta intencional de los padres o cuidadores de proveer atención odontológica permanente y oportuna a sus hijos.	a. Identificar la negligencia según escala de Thomson.	No negligente: valores iguales o menores a 11 puntos. Negligente: valores de 12 a 35 puntos.	Entrevista
		b. Clasificar el tipo de negligencia dental según ECAP modificado FOUES.	Sin negligencia ECAP bajo Negligencia Pasiva ECAP medio Negligencia Activa ECAP alto	Entrevista
		c. Clasificar la severidad negligencia dental según escala FOUES la evolución, signos y síntomas del proceso de caries en boca del niño y presencia de pulpa expuesta, úlcera, fístula, absceso /PUFA ³⁵	Sin severidad: Presencia de lesiones cariosas, estadios 03 sin historia de dolor. Con severidad: Presencia de lesiones cariosas, estadios 04, 05 y 06 con historia de dolor moderado o severo, presencia de pulpa expuesta, úlcera, fístula, absceso /PUFA9, pérdidas prematuras, afectación en funciones masticatorias, estéticas, fonéticas, del niño.	Guía de observación

4.4 Diseño de estudio



4.5 Población y Muestra

4.5.1 Población

La población total estuvo conformada por 425 niños de 2 a 4 años del programa EDUCO durante el año 2023, distribuidos en 103 en occidente, 124 en paracentral y 198 en oriente.

4.5.2 Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la calculadora de tamaño muestral GRANMO, determinando que una muestra aleatoria de 212 individuos es suficiente para estimar, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de ± 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional presumido del 56.1%, considerando un 10% de reposición (ver anexo 1). Se aplicó un muestreo estratificado por afijación proporcional para establecer la cantidad de niños a seleccionar en cada zona (ver tabla 1), utilizando la fórmula:

$$nl = \frac{Nl}{N} \cdot n$$

Donde:

nl: Tamaño de la muestra que se seleccionará del estrato l (en este caso, de cada zona).

Nl: Tamaño de la población del estrato l (número total de niños(as) en esa zona).

N: Tamaño total de la población (número total de niños(as) en todas las zonas combinadas).

n: Tamaño total de la muestra que se desea obtener (en este caso, 212 niños(as)).

Tabla 1: muestreo estratificado por afijación proporcional

$nl = \frac{103}{425} \cdot 212 = 51$	$nl = \frac{124}{425} \cdot 212 = 62$	$nl = \frac{198}{425} \cdot 212 = 98$
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

1 Reflejándose de la siguiente manera:

Estrato	NL	NI
1. Occidente	103	51
2. Paracentral	124	62
3. Oriente	198	99
	425	212

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

1. Niños(as) en el rango de edad establecido en el estudio, con consentimiento firmado por el padre o encargado.
2. Niños(as) que asistan a comunidades del área occidental, paracentral y oriental que participan en la fundación educación y cooperación EDUCO en el año 2023.
3. Disponibilidad del padre o encargado para completar la entrevista.

Criterios de Exclusión:

1. Niños con compromisos sistémicos.
2. Padres o encargados que no deseen participar y no firmen el consentimiento informado.

4.6 Recolección y análisis de datos

Antes de iniciar la investigación, se llevó a cabo una calibración supervisada para diagnosticar lesiones cariosas según los criterios ICDAS, logrando un índice de concordancia Kappa del 81.3%. Se realizó una prueba piloto para validar los instrumentos y organizar la logística del estudio.

Etapas de Recolección de Datos:

1. Etapa I: Coordinación

Se realizó una reunión con la Unidad de Proyección Social, CIFOUES y la directora de la fundación educación y cooperación EDUCO para presentar el estudio y sus objetivos. Se explicó que el diagnóstico bucal no representaría riesgos y se discutieron los beneficios de la participación. Se aclararon dudas y se firmó el consentimiento informado. Se obtuvo la aprobación de EDUCO para el desarrollo de la investigación y se coordinó la logística y cronograma para la recolección de datos.

2. Etapa II: Recolección de Datos

Los instrumentos fueron codificados y la evaluación de los niños se realizó en dos momentos. Primero, se saludó al padre o cuidador, se explicó el estudio y se leyó el consentimiento informado. Luego, se registraron los datos generales del padre y del niño. En la segunda intervención, se realizó un examen clínico utilizando criterios ICDAS, con el niño en posición adecuada y con el equipo odontológico necesario.

3. Etapa III: Educación en Salud Oral

Se proporcionaron indicaciones sobre el cuidado bucal y un estuche de higiene oral al niño. Se utilizó la técnica de refuerzo positivo, ofreciendo un premio a cada niño por su participación, colaboración y buen comportamiento durante la evaluación clínica. Se agradeció a los participantes por su ayuda.

4. Etapa IV: Entrega de Resultados

Se entregaron los resultados del estado de salud dental de los niños a los padres o cuidadores mediante un documento escrito "Hoja de notificación

de necesidades de tratamiento y referencia odontológica” (ver anexo 6), junto con referencias para el establecimiento de salud más cercano para tratamientos necesarios para prevenir y limitar el daño por caries dental.

4.7 Almacenamiento y análisis de datos

Posterior a cada jornada de trabajo, los instrumentos fueron resguardados en sobres de papel manila, debidamente etiquetados con sus fechas correspondientes. Para el análisis de los datos, se utilizó una base de datos en Microsoft Excel (S-Dent), desarrollada por el Centro de Investigación de la FOUES, con el fin de facilitar el procesamiento de la información y los estudios epidemiológicos sobre caries dental. Posteriormente, se empleó el programa estadístico SPSS (V25.0 de IBM). Para el análisis de los datos, se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado para asociar las variables sociodemográficas de los padres con la presencia, tipo y severidad de la negligencia dental. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión logística multinomial para evaluar la influencia de las variables independientes en la presencia de negligencia dental.

4.8 Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos Humanos	Cargo
Dra. Nely Arely García de Batres	Investigador
DDS. PHD. Guillermo Alfonso Aguirre	Asesor especialista y epidemiológico.
Licda. Aida Marisela Gómez	Asesor estadístico
Dra. Wendy González	Operador clínico
Br. Josué Antonio Colorado Belloso	Asistente
Br. Javier Ernesto Valiente Pacheco	Asistente

Concepto	Costo unitario	Costo total
EQUIPOS VARIOS		
1 computadora laptop (Personal)	N/P	N/P
1 impresora	N/P	N/P
1 módulo portátil (trofy)	N/P	N/P
MATERIALES E INSTRUMENTAL PARA EXAMEN CLÍNICO		
10 equipos básicos (espejo, pinza)	\$ 7.00	\$ 70.00
10 sondas OMS	\$ 7.00	\$ 70.00
3 cajas de guantes de látex	\$10.00	\$30.00
3 bolsas de 100 gorros	\$ 8.00	\$24.00
25 mascarillas KN95	\$0.25	\$6.25
1 careta	\$50.00	\$50.00
600 cepillos dentales + pasta fluorada	\$ 1.00	\$600.00

3 libras de piedra pómez	\$ 1.25	\$ 3.75
600 brochitas para profilaxis	\$ 0.25	\$150.00
600 copitas para profilaxis	\$ 0.25	\$150.00
1000 rodetes de algodón	\$ 0.02	\$ 20.00
1 rollo de algodón	\$ 5.00	\$ 5.00
600 Campos operatorios	\$ 0.046	\$ 27.60
6 bolsas de eyectores	\$ 5.00	\$ 30.00
1 caja de baja lenguas	\$ 5.00	\$ 5.00
1 galón de glutaraldehído	\$19.00	\$ 19.00
50 bolsas negras para basura mediana	\$ 2.00	\$ 4.00
50 bolsas rojas para desechos bioinfecciosos	\$ 2.50	\$ 5.00
1 galón de lejía	\$ 4.00	\$ 4.00
200 bolsas para esterilización de instrumentos.	\$ 25.00	\$ 50.00
INSUMOS DE OFICINA		
1 engrapadora	\$3.50	\$ 3.50
2 resmas de papel bond tamaño carta	\$6.00	\$12.00
1 caja de grapas	\$ 1.50	\$1.50
25 sobres manila	\$ 0.25	\$ 3.00
1 tirro	\$ 1.50	\$1.50
Total		\$1.345.10

**N/P: No presupuestado por ser patrimonio del investigador.*

5. ALCANCES Y LIMITACIONES

5.1. Alcances

Con esta investigación se buscó conocer la influencia del perfil de los padres en la negligencia dental, evaluando los conocimientos en salud bucal por parte de los padres o cuidadores, determinando si existe asociación con la negligencia dental, clasificándose según tipo y severidad.

Los beneficiados de este estudio fueron los niños, quienes obtuvieron la evaluación de su condición de salud bucal, así como la respectiva referencia con los tratamientos más complejos requeridos para prevenir y limitar el daño por la caries dental.

Los resultados de esta investigación sirvieron para sentar un precedente sobre el cual se desarrollen futuras investigaciones, a partir de los datos obtenidos, esto permitirá la formulación de políticas de salud pública en beneficio de la niñez salvadoreña y sus padres.

5.2 Limitaciones

El examen clínico se realizó únicamente a través de criterios visuales cuya utilización se encuentran ampliamente respaldados por la evidencia científica. La falta de colaboración de los padres, madres o cuidadores para participar. Los resultados de la investigación no podrán ser extrapolados a toda la población.

6. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Por tratarse de niños menores de edad, se solicitó la autorización del padre o encargado a través de un consentimiento informado (anexo N° 5) Este documento incluyó los objetivos de la investigación, descripción de la intervención a la que sería sometido, los beneficios por participar en el estudio, garantía de confidencialidad y el derecho a negarse a participar.

Así mismo para esta investigación se tomarán en cuenta los siguientes aspectos bioéticos:

1. El cumplimiento de los principios de Beneficencia y no Maleficencia, Autonomía y Justicia.
2. La selección de los sujetos de estudio fue realizada al azar, de una forma objetiva y sin ningún tipo de preferencia o discriminación.
3. La participación de los niños no representó ningún riesgo y las acciones clínicas a realizar no fueron invasivas.
4. Se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por los padres o cuidadores, razón por la cual los instrumentos fueron debidamente codificados para no conocer la identidad de los participantes.
5. Se proporcionó toda la información referente al estudio (objetivos, examen clínico, entrevista)
6. Se garantizó la utilización de protocolos y medidas de bioseguridad que la investigación requería.
7. Se explicó a los participantes los beneficios que obtendrían al participar en el estudio (Técnicas de Higiene Oral, diagnóstico del estado de salud bucal, Kit de higiene bucal) y su respectiva referencia con los tratamientos requeridos para prevenir y limitar el daño por la caries dental.

Todos los participantes (padres o cuidadores) debían firmar en consentimiento de participación en la investigación, aquellos participantes que no podían firmar utilizaron la huella dactilar como registro de aceptación.

7. RESULTADOS

TABLA 1. Caracterización de población en estudio según grupo etario y nivel de escolaridad.

		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Grupo etario		Grupo etario	
		2 a 3 años	4 años	2 a 3 años	4 años
		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Región EDUCO	Educo Paracentral	66 (83.54)	13 (16.46)	49 (81.67)	11 (18.33)
	Educo Oriente	22 (73.33)	8 (26.67)	20 (86.96)	3 (13.04)
	Educo Occidente	15 (78.85)	4 (21.05)	11 (84.62)	2 (15.38)
Nivel de Escolaridad	Sin Escolarización	97 (82.20)	21 (17.80)	74 (85.06)	13 (14.94)
	Educación inicial	6 (60.00)	4 (40.00)	6 (66.67)	3 (33.33)

La Tabla 1 muestra correlaciones en el grupo de 2 a 3 años, la mayoría son niñas, especialmente en Educo Paracentral (83.54%), mientras que en el grupo de 4 años predominan los niños, con un 86.96% en Educo Oriente. Esta variación podría estar influenciada por factores culturales o sociales. Además, un alto porcentaje de niños de 2 a 3 años no están escolarizados, alcanzando el 82.20% en el caso de las niñas y el 85.06% en el de los niños, lo que limita su acceso a información sobre salud y educación, afectando su desarrollo. En contraste, en el grupo de educación inicial, la proporción de niños con padres educados es menor en los diferentes grupos etarios y para ambos sexos. Esta variación en la distribución de género y el nivel de escolaridad sugiere que factores culturales y sociales pueden influir en la percepción y el registro de los géneros, así como en el acceso a información sobre salud y educación.

TABLA 2. Caracterización sociodemográfica de los padres, madres o cuidadores.

		F	%
Sexo del padre, madre o cuidador	Femenino	220	98.21
	Masculino	4	1.79
Responsable de niño/niña	Papá	2	0.89
	Mamá	186	83.04
	Abuelo	0	0
	Abuela	17	7.59
	Otro	19	8.48
¿Quién responde la entrevista?	Papá	2	0.89
	Mamá	185	82.59
	Abuelo	0	0
	Abuela	17	7.59
	Otro	20	8.93
Rango de edad	Menor de 18 años	2	0.89
	19-23 años	45	20.09
	24-29 años	83	37.05
	30-35 años	53	23.66
	Mayor a 35 años	41	18.3
Estado civil	Soltero	54	24.11
	Casado	68	30.36
	Acompañado	100	44.64
	Divorciado	1	0.45
	Viudo	1	0.45
Nivel de escolaridad del padre/encargado	Sin escolarización	7	3.13
	Parvularia	0	0
	Primer Ciclo	20	8.93
	Segundo Ciclo	40	17.86
	Tercer Ciclo	53	23.66
	Bachillerato	93	41.52
	Universitario	11	4.91
Sabe leer y escribir	Si	217	96.43
	No	7	3.13
Lugar de residencia	Urbano	44	19.64
	Periurbano	65	29.02
	Rural	115	51.34
Ocupación principal	No estudia ni trabaja	61	27.23
	Estudiante	3	1.34
	Trabajo en casa no remunerado	129	57.59
	Trabajo informal	23	10.27
	Trabajo formal (asalariado o propio)	8	3.57
	Jubilado	0	0
	Recibe remesas	0	0

La tabla 2 muestra que el 83.04% de los niños tiene a sus madres como principales responsables de su cuidado. La mayoría de los padres se encuentra en el rango de 24 a 29 años (37.05%), lo que sugiere que son jóvenes adultos en la etapa de formación de sus familias. Además, un 96.43% de los padres sabe leer y escribir, lo que indica un nivel educativo que puede facilitar el acceso a información sobre salud y crianza. Sin embargo, el 57.59% de los padres trabaja en casa de manera no remunerada, lo que podría reflejar limitaciones económicas, mientras que el 51.34% reside en áreas rurales, pudiendo estar relacionado con el acceso a servicios de salud y educación. Esta combinación de factores sugiere que, aunque los padres, madres o cuidadores tienen un nivel de escolaridad (bachillerato) relativamente alto con un 41.52, su situación laboral y el entorno rural en el que viven pueden influir negativamente en el bienestar y desarrollo de los niños. Resaltando la necesidad de intervenciones que aborden estas dinámicas.

TABLA 3. Determinación de negligencia dental según escala de Thomson.

	F	%
CLASIFICACIÓN NEGLIGENCIA DENTAL SEGÚN ESCALA DE THOMSON	Negligente	43.30%
	No negligente	56.70%

La tabla 3 presenta la determinación de la negligencia dental según la escala de Thomson, revelando que el 56.70% de los padres encuestados no presenta negligencia dental, mientras que el 43.30% sí es clasificado como negligente. Estos resultados indican que, aunque la mayoría de los padres se preocupa por la salud dental de sus hijos, una proporción significativa exhibe comportamientos que podrían afectar el bienestar bucal infantil.

TABLA 4. Resultado de escala de Thomson según criterios para evaluar la negligencia dental.

	Si, siempre	Creo que si	En algunas ocasiones	No se	No
1 Su hijo tiene un cuidado dental en casa	204 (91.07)	2 (0.89)	13 (5.8)	0 (0)	5 (2.23)
2 Su hijo recibe la atención odontológica que necesita	168 (75)	3 (1.34)	12 (5.36)	0 (0)	41 (18.3)
3 Su hijo necesita cuidado dental, pero usted no ha consultado	131 (58.48)	2 (0.89)	9 (4.02)	2 (0.89)	80 (35.71)
4 Su hijo necesita cuidado dental, pero el niño con su consentimiento lo pospone por temor o no faltar a la escuela	129 (57.59)	3 (1.34)	9 (4.02)	3 (1.34)	80 (35.71)
5 Usted se da cuenta cuándo su hijo se cepilla adecuadamente los dientes	192 (1.34)	3 (5.36)	12 (0.45)	1 (6.7)	15 (0.45)
6 Usted sabe si su hijo come algo después del desayuno, almuerzo o cena.	203 (90.63)	1 (0.45)	9 (4.02)	2 (0.89)	9 (4.02)
7 Le ha dicho su hijo que la salud dental es importante o usted la considera importante.	203 (90.63)	2 (0.89)	8 (3.57)	1 (0.45)	10 (4.46)

La tabla 4 muestra que el 91.07% de los padres considera que sus hijos mantienen un cuidado dental adecuado en casa, lo que refleja el compromiso con la higiene bucal infantil. Sin embargo, solo el 75% de los encuestados cree que sus hijos reciben la atención odontológica necesaria, sugiriendo una brecha en el acceso a servicios de salud dental. Además, un 58.48% reconoce que sus hijos requieren cuidado dental, pero no han consultado a un odontólogo. También, el 57.59% de los padres indica que sus hijos posponen la atención dental por temor o para no faltar a la escuela. A pesar de estas preocupaciones, el 90.63% de los padres se percata de cuándo sus hijos se cepillan adecuadamente y también considera que la salud dental es importante.

TABLA 5. Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los padres o cuidadores.

CLASIFICACIÓN		F	%
CONOCIMIENTOS	Bajo	6	2.68
	Medio	35	15.63
	Alto	183	81.70
ACTITUDES	Bajo	12	5.36
	Medio	12	5.36
	Alto	200	89.29
PRACTICAS	Bajo	7	3.13
	Medio	24	10.71
	Alto	193	86.16

La tabla 5 refleja el nivel de conocimientos (81.70%), actitudes (89.29%) y prácticas (86.16%) de los padres o cuidadores es alto, en concordancia con la negligencia activa lo que sugiere una falta deliberada de cumplimiento con las responsabilidades de cuidado dental.

TABLA 6. Clasificación del tipo de negligencia dental según escala de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de salud bucal del padre o cuidador.

		F	%
CLASIFICACIÓN NEGLIGENCIA DENTAL	Sin negligencia	7	3.1
	Negligencia activa	197	86.2
	Negligencia pasiva	24	10.7

Los resultados en la tabla 6 indican que un 86.2% de los encuestados presenta negligencia activa, lo que sugiere una falta deliberada de cumplimiento con las responsabilidades de cuidado dental. Un 10.7% muestra negligencia pasiva, caracterizada por la falta de acción sin intención. Solo un 3.1% de los padres no presenta negligencia, lo que resalta una preocupante tendencia hacia la desatención en la salud bucal infantil.

TABLA 7. Parámetros clínicos evaluados en los sujetos de estudio clasificados con severidad.

		F	%
Código: 04 ó 05 ó 06 (ICDAS) más presencia de fístula, absceso tumefacción	Si	9	4.02
Pérdida prematura dientes primarios	Si	5	2.23
Código: 04 ó 05 ó 06 (ICDAS) más dientes anteriores que afecten la estética del niño.	Si	22	9.82
Código: 04 ó 05 ó 06 (ICDAS)	Si	37	16.52
		73	32.59

En la tabla 7 se observa 3 signos clínicos (fístula, pérdida prematura y estética) utilizados para clasificar la severidad de la negligencia dental. Se observa que la presencia de fístula, absceso o tumefacción se registró en el 4.02% de la población estudiada. Además, la pérdida prematura de dientes primarios se reportó en un 2.23%, mientras que el 9.82% de los casos mostró dientes anteriores que comprometen la estética dental. Al sumar las frecuencias de estos signos, se obtiene un total de 73, lo que representa el 32.59% de la población con negligencia dental severa, como se detalla en la tabla 7. Este porcentaje resalta la preocupación por la salud bucal de los niños, evidenciando que una proporción significativa de la población estudiada presenta signos clínicos que indican una falta de atención adecuada.

		F	%
NEGLIGENCIA DENTAL según signos y síntomas de la caries dental	Con severidad	73	32.59
	Sin severidad	151	67.41

TABLA 8. Clasificación de severidad de la negligencia dental según escala FOUES. (signos, síntomas y evolución del proceso de caries dental en boca del paciente)

La tabla 8 clasifica la severidad de la negligencia dental según la escala FOUES, mostrando que el 32.59% de los niños presentan negligencia dental con severidad, lo que indica la necesidad de atención inmediata para evitar complicaciones dentales graves. En contraste, el 67.41% no presenta severidad, lo que sugiere un manejo adecuado de la salud bucal en esta población, aunque esto no descarta la posibilidad de negligencia pasiva.

TABLA 9. Asociación de variables sociodemográficas de la población en estudio; presencia, tipo y severidad de negligencia dental.

		CLASIFICACIÓN NEGLIGENCIA DENTAL				SEVERIDAD NEGLIGENCIA DENTAL				TIPO DE NEGLIGENCIA DENTAL					
		Negligente		No negligente		Con severidad		Sin severidad		Sin negligencia		Negligencia activa		Negligencia pasiva	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo del padre	Femenino	95	42.41	125	55.8	70	31.25	150	66.96	3	1.34	193	86.16	24	10.71
	Masculino	2	0.89	2	0.89	3	1.34	1	0.45	0	0	4	1.79	0	0
Responsable de niño/niña	Papá	1	0.45	1	0.45	1	0.45	1	0.45	0	0	2	0.89	0	0
	Mamá	71	31.7	115	51.34	58	25.89	128	57.14	1	0.45	168	75	17	7.59
	Abuelo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Abuela	13	5.8	4	1.79	7	3.13	10	4.46	1	0.45	15	6.7	1	0.45
Rango de edad	Otro	12	5.36	7	3.13	7	3.13	12	5.36	1	0.45	12	5.36	6	2.68
	Menor de 18 años	0	0	2	0.89	1	0.45	1	0.45	0	0	2	0.89	0	0
	19-23 años	16	7.14	29	12.95	13	5.8	32	14.29	1	0.45	36	16.07	8	3.57
	24-29 años	36	16.07	47	20.98	28	12.5	55	24.55	0	0	77	34.38	6	2.68
	30-35 años	22	9.82	31	13.84	17	7.59	36	16.07	0	0	48	21.43	5	2.23
E estado civil	Mayor a 35 años	23	10.27	18	8.04	14	6.25	27	12.05	2	0.89	34	15.18	5	2.23
	Soltero	24	10.71	30	13.39	17	7.59	37	16.52	1	0.45	47	20.98	6	2.68
	Casado	31	13.84	37	16.52	22	9.82	46	20.54	1	0.45	63	28.13	4	1.79
Nivel de escolaridad del padre/encargado	Acompañado	40	17.86	60	26.79	33	14.73	67	29.91	1	0.45	86	38.39	13	5.8
	Divorciado	1	0.45	0	0	0	0	1	0.45	0	0	0	0	1	0.45
	Viuudo	1	0.45	0	0	1	0.45	0	0	0	0	1	0.45	0	0
Lugar de residencia	Sin escolarización	3	1.34	4	1.79	1	0.45	6	2.68	1	0.45	5	2.23	1	0.45
	Parvularia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Primer ciclo	9	4.02	11	4.91	10	4.46	10	4.46	1	0.45	14	6.25	5	2.23
	Segundo ciclo	23	10.27	17	7.59	20	8.93	20	8.93	0	0	35	15.63	5	2.23
	Tercer ciclo	20	8.93	33	14.73	19	8.48	34	15.18	1	0.45	43	19.2	9	4.02
	Bachillerato	33	14.73	60	26.79	21	9.38	72	32.14	0	0	90	40.18	3	1.34
Ocupación principal	Universitario	9	4.02	2	0.89	2	0.89	9	4.02	0	0	10	4.46	1	0.45
	Urbano	19	8.48	25	11.16	12	5.36	32	14.29	1	0.45	40	17.86	3	1.34
	Periurbano	11	4.91	54	24.11	24	10.71	41	18.3	2	0.89	53	23.66	10	4.46
	Rural	67	29.91	48	21.43	37	16.52	78	34.82	0	0	104	46.43	11	4.91
Ocupación principal	No estudia ni trabaja	48	21.43	13	5.8	20	8.93	41	18.3	0	0	58	25.89	3	1.34
	Estudiante	1	0.45	2	0.89	1	0.45	2	0.89	0	0	3	1.34	0	0
	Trabajo en casa	32	14.29	97	43.3	40	17.86	89	39.73	3	1.34	108	48.21	18	8.04
	Trabajo informal	9	4.02	14	6.25	10	4.46	13	5.8	0	0	22	9.82	1	0.45
	Trabajo formal (asalariado o propio)	7	3.13	1	0.45	2	0.89	6	2.68	0	0	6	2.68	2	0.89
	Jubilado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Recibe remesas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La Tabla 9 presenta un análisis exhaustivo de la asociación entre las variables sociodemográficas de los padres o cuidadores y la presencia, tipo y severidad de la negligencia dental en los niños. Se observa que el 42.41% de los casos de negligencia dental se encuentra asociado al sexo femenino, de estas el 31.7% de los niños están bajo la responsabilidad de sus madres. En términos de edad, el grupo más afectado corresponde a padres de 24 a 29 años, representando el 16.07% de los casos. Además, el estado civil "acompañado" se asocia con un 17.86% de negligencia, y el nivel educativo de bachillerato se relaciona con un 14.73% de los casos. En cuanto al lugar de residencia, el 29.91% de los padres reside en áreas rurales, y un 21.43% de los encuestados no estudia ni trabaja, lo que podría influir en la atención dental de sus hijos. Estos datos sugieren que la negligencia dental es más prevalente en contextos donde las características sociodemográficas, como el sexo del padre, la responsabilidad parental, la edad, el estado civil, el nivel educativo y el lugar de residencia, juegan un papel crucial en la salud bucal infantil, destacando la necesidad de intervenciones específicas que aborden estas variables para mejorar la atención dental en la población infantil.

TABLA 10. Resultados del modelo de regresión multinomial* para asociar el perfil sociodemográfico de los padres o cuidadores y la negligencia dental.

Pruebas de la razón de verosimilitud				
Efecto	Criterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de verosimilitud -2 de la de modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	94.052 ^a	0.000	0	
Sexo del padre, madre o cuidador.	96.406 ^b	2.353	2	0.308
Responsable de niño/niña	116.683 ^b	22.630	6	0.001
Rango de edad	101.042 ^b	6.990	8	0.538
Estado civil	110.837 ^b	16.785	8	0.032
Nivel de escolaridad del padre/encargado	124.851 ^b	30.799	10	0.001
Sabe leer y escribir	94.206 ^b	0.154	4	0.997
Lugar de residencia	105.350 ^b	11.298	4	0.023
Ocupación principal	110.025 ^b	15.973	8	0.043

* $R^2 = 91.1\%$

El análisis de regresión multinomial reveló que las variables sociodemográficas de los padres o cuidadores tienen un impacto significativo en la negligencia dental infantil. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con la identidad del responsable del niño ($p = 0.001$), el estado civil ($p = 0.032$), el nivel de escolaridad del padre o encargado ($p = 0.001$), el lugar de residencia ($p = 0.023$) y la ocupación principal ($p = 0.043$). En contraste, el sexo del padre, el rango de edad y la capacidad de leer y escribir no mostraron una relación significativa. Estos resultados sugieren que factores como la educación y la estructura familiar son cruciales para abordar la negligencia dental, destacando la necesidad de intervenciones específicas que consideren el contexto sociodemográfico de las familias.

8. DISCUSIÓN

La negligencia dental en pacientes pediátricos representa un problema relevante para la salud pública, especialmente en países vulnerables como El Salvador, donde diversos factores sociodemográficos desempeñan un papel crucial en el acceso a la atención bucal. A pesar de los esfuerzos gubernamentales, el acceso a la atención se ve limitado por diversos motivos, tales como el nivel educativo, el interés de la población, las distancias geográficas y otros factores, lo que complica aún más esta problemática. Este fenómeno no solo afecta el bienestar físico y emocional de los niños, sino que también tiene repercusiones a largo plazo en su desarrollo integral.

En este contexto, el perfil sociodemográfico de los padres o cuidadores emerge como un factor determinante en la prevalencia de la negligencia dental, dado que aspectos como el nivel educativo, la situación económica y el conocimiento sobre la importancia de la salud bucal influyen directamente en los hábitos de higiene y en la toma de decisiones relacionadas con la atención dental infantil.³⁶

En el presente estudio, se incluyó una población de 212 niños cuyas edades varían entre 2 y 4 años. Los datos fueron obtenidos mediante una guía de observación de las características clínicas de los niños y una encuesta dirigida a los padres o cuidadores. En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se observó que, en el grupo de 2 a 3 años, el 83.54% eran niñas, mientras que en el grupo de 4 años predominaban los niños, con un 86.96%. Además, un alto porcentaje de niños de 2 a 3 años no había iniciado la escolarización, alcanzando el 82.20% en las niñas y el 85.06% en los niños. Esto se debe a que, en El Salvador, la escolarización es obligatoria a partir de los 4 años, siendo las etapas de educación inicial opcionales para los padres o responsables.³⁷

En cuanto a los cuidadores, el 83.04% de los niños tiene a sus madres como principales responsables de su cuidado, dato que coincide con el estudio de Rahul S. y colaboradores realizado en la India³⁸ quienes informan que el 88% de los niños en su muestra estaban bajo el cuidado de sus madres, subrayando la importancia del rol materno en la crianza; de igual manera, Aniyo y colaboradores,³¹ en su estudio mostraron que el cuidado bucal de los niños estaba en su mayoría a cargo de las madres. La mayoría de los padres en este estudio se encuentra en el rango de 24 a 29 años (37.05%), lo cual coincide con los datos de Rahul S. y colaboradores, quienes indican que el 59.2% de los cuidadores se encuentra entre 25 y 34 años.³⁸

En cuanto al nivel educativo, Benavente y colaboradores en un estudio analítico transversal que incluyó una muestra de 143 madres señalan que el nivel más frecuente de escolaridad entre las madres en su estudio en un 60% es hasta la secundaria.³⁹ En contraste, los resultados de este estudio revelan que el 96.43%

de los padres sabe leer y escribir, y que el 41.52% tiene estudios de bachillerato, lo que sugiere un nivel educativo que podría facilitar el acceso a información sobre salud y crianza. Sin embargo, en la investigación de Benavente y colaboradores, se menciona que el 72% de las madres realizan trabajo doméstico,³⁹ mientras que, en este estudio, el 57.59% de los padres trabaja en casa de manera no remunerada, lo que podría reflejar limitaciones económicas.

En cuanto a la negligencia dental, Peris Celikel en un estudio transversal realizado en Turquía en el 2024 en una población de 215 niños, encontraron que la puntuación de negligencia dental fue alta con un puntaje de 16.24 ± 4.72 ,⁴⁰ en contradicción con este estudio, el cual se determinó que la negligencia dental según la escala de Thomson fue del 43.30% los resultados sugirieron que un mayor número de padres no están tomando las medidas adecuadas para cuidar la salud dental de sus hijos. Por su parte, Hyun-Jeong Ju y cols en un estudio realizado Corea evaluaron a 431 madres y sus hijos a través de un cuestionario, sostienen que la negligencia fue de 52.7%,²² coincidiendo con los resultados de esta investigación, al igual que en una revisión sistemática realizada por Ghazal Jalid y cols, en el 2021 donde reportaron rango estimado de prevalencia de ND del 34% al 56% en siete de los diez estudios incluidos.²⁰

Sharma et al.⁴¹ aplican la escala de Thompson, mediante la cual evalúan una serie de ítems para determinar el tipo de negligencia dental. Según sus resultados, solo el 11% de los niños realiza una higiene oral adecuada, mientras que un 30% la realiza parcialmente. Sin embargo, estos resultados difieren considerablemente de los hallazgos de nuestro estudio, en el que un 91.07% de los padres considera que sus hijos mantienen un cuidado dental adecuado en casa, lo que refleja un compromiso significativo con la higiene bucal infantil.

En cuanto a la atención odontológica de los niños, un 75% de los encuestados en esta investigación afirma que sus hijos reciben la atención odontológica necesaria, lo que contrasta con los resultados de Sharma et al.,⁴¹ quienes reportan que solo el 10% de los niños recibe una atención bucal adecuada. Por otro lado, un 58.48% de los padres reconoce que sus hijos requieren cuidado dental, pero posponen las consultas, mientras que Sharma et al. indican que solo el 4% de los padres demora la atención.

Asimismo, el 57.59% de los padres informa que sus hijos postergan la atención dental debido al temor o por no faltar a la escuela. Este resultado también difiere de lo reportado por Sharma et al.,⁴¹ quienes indican que solo el 12% de los niños posponen las consultas por razones similares. A pesar de estas preocupaciones, en nuestro estudio, el 90.63% de los padres asegura estar al tanto de cuándo sus hijos se cepillan adecuadamente y considera que la salud dental es de gran importancia, lo que contrasta de manera significativa con los hallazgos de

Sharma,⁴¹ quien señala que solo el 22% de la población es consciente de la importancia del cuidado bucal.

En contraste con los resultados anteriores, se incorporan hallazgos que evidencian un alto nivel de conocimientos (81.70%), actitudes (89.29%) y prácticas (86.16%) en salud bucal por parte de los padres, madres o cuidadores. Estos resultados se relacionan con la presencia de negligencia activa, lo cual sugiere una omisión deliberada en el cumplimiento de las responsabilidades relacionadas con el cuidado dental infantil.

Este hallazgo coincide con lo reportado por Leila Basir y colaboradores,⁴² quienes observaron en su estudio que los cuidadores, especialmente las madres, presentan un nivel satisfactorio de conocimientos en salud bucal coincidente con Q. Aljubaizi y cols⁴³ que realizaron un estudio en Kuwait, en el año 2018, en el cual indican que entre el 72% y el 73% de la muestra tenía buenos conocimientos en salud bucal, en contraposición con los resultados de Mehdipour, quien identificó que el 51.1% de los padres iraníes tenían un conocimiento limitado sobre el cuidado bucodental de los dientes primarios.⁴²

Estas discrepancias pueden explicarse, en parte, por el nivel educativo de los padres, madres o cuidadores, ya que se ha observado que, a mayor nivel educativo, mayor es el conocimiento, así como las actitudes y prácticas adecuadas en relación con la salud bucal.

Al evaluar la aplicación práctica de los conocimientos y actitudes en salud bucal, este estudio encontró que el 86.2% de los encuestados presenta negligencia activa, lo que sugiere una falta deliberada en el cumplimiento de las responsabilidades relacionadas con el cuidado dental infantil. Este hallazgo es consistente con los resultados del estudio realizado por Gyanendra Kumar y colaboradores en Nueva Delhi, India (2019),⁴⁴ donde se observó que, aunque los padres eran conscientes de la importancia de la salud bucal, los elevados índices de caries evidenciaban una falta de aplicación de prácticas preventivas adecuadas. En dicho estudio, se reportó que las acciones de cuidado dental por parte de los padres eran principalmente reactivas, activándose solo ante la presencia de dolor o signos visibles de afectación.⁴⁴

Asimismo, en el presente estudio, un 10.7% de los participantes mostró negligencia pasiva, caracterizada por la omisión de cuidados sin una intención consciente de daño. Solo un 3.1% de los padres o cuidadores no evidenció ningún tipo de negligencia, lo que pone de manifiesto una preocupante tendencia generalizada hacia la desatención de la salud bucal infantil.

Al evaluar los signos clínicos (como fístulas, pérdida prematura de dientes primarios y alteraciones estéticas, entre otros) que permiten identificar y clasificar

la severidad de la negligencia dental, se observó que el 4.02% de la población presentó fístula, absceso o tumefacción. Asimismo, la pérdida prematura de dientes primarios se reportó en un 2.23% de los casos, y el 9.82% mostró alteraciones estéticas visibles en los dientes anteriores. Al sumar la frecuencia de estos signos clínicos, se obtiene un total de 73 casos, lo que representa el 32.59% de la muestra, clasificada con negligencia dental severa.

Este hallazgo concuerda con lo reportado por Lamis Abuhalooba y colaboradores en un estudio transversal en Palestina en el año 2021,⁴⁵ quien señaló que el 83.4% de los niños evaluados presentaban una alta experiencia de caries dental, y al menos una cuarta parte de ellos había experimentado odontalgia severa. Estos resultados reflejan una preocupación importante en torno a la salud bucal infantil, evidenciando que una proporción significativa de los menores estudiados manifiestan signos clínicos compatibles con una atención odontológica insuficiente.⁴⁵

Tanto el presente estudio como el de Abuhalooba coinciden en señalar que, aunque padres, madres o cuidadores poseen un conocimiento aceptable sobre el cuidado bucodental, los niveles de caries activa y la sintomatología asociada siguen siendo alarmantes. Estos hallazgos ayudan a explicar los niveles de severidad observados en la escala FOUES, donde el 32.59% de los niños evaluados se clasificó con negligencia dental severa, lo que indica la necesidad de intervención inmediata para prevenir complicaciones mayores. En contraste, el 67.41% no mostró signos de severidad, lo cual sugiere un manejo relativamente adecuado de la salud bucal; sin embargo, no se descarta la posibilidad de negligencia pasiva en este grupo.

Al analizar los hallazgos de negligencia dental obtenidos en este estudio, se realizó una evaluación detallada de la asociación entre las variables sociodemográficas de los padres o cuidadores y la presencia, tipo y severidad de dicha negligencia en los niños. Se observó que el 42.41% de los casos de negligencia dental se presentaron en familias donde la madre era cabeza de hogar, mientras que el 31.7% de los niños estaban bajo el cuidado principal de sus madres. Estos resultados son concordantes con los hallazgos de Hyun-Jeong Ju (4.4) en Iksan, Corea,²² donde se reportó un nivel de negligencia materna del 52.7%, señalando que los factores sociodemográficos más influyentes eran el estado laboral de la madre y el nivel socioeconómico. Además, se indicó que, a menor edad materna, mayor era el nivel de negligencia.

No obstante, en el presente estudio, el grupo etario más afectado correspondió a padres entre 24 y 29 años, representando el 16.07% de los casos, lo cual difiere de lo planteado por Fátima Ashkanani y Mona Al-Sane,⁴⁶ quienes proponen que, a menor edad materna, mayor es el nivel de conocimiento y mejores son las

actitudes hacia la salud bucal infantil, lo que se traduce en una menor negligencia. Esto se atribuye a un mayor acceso a información facilitado por los avances tecnológicos.

En relación con el nivel educativo, Ashkanani sostiene que a mayor nivel educativo (bachillerato o educación superior), se reducen los niveles de negligencia dental, dado que los cuidadores muestran mayor interés en la salud bucal de sus hijos. Sin embargo, estos hallazgos contrastan con los de este estudio, donde se identificó que el nivel educativo de bachillerato se asocia con un mayor nivel de negligencia (14.73%). Este resultado coincide con lo reportado por Dhuha K. Qahtan⁴⁷ (B1) en Egipto, quien señala que las madres con mayor nivel educativo son más propensas a la negligencia dental, ya que tienden a buscar información por su cuenta en fuentes de acceso público, como internet, las cuales pueden contener datos erróneos o sesgados.

En cuanto al lugar de residencia, el 29.91% de los padres reside en áreas rurales coincidiendo con Aniyo R. Kaur G y cols³¹ que indican que los padres que presentan mayor negligencia dental para sus hijos son los que viven en zonas suburbanas.

Los resultados indican que la negligencia dental infantil tiende a ser más frecuente en contextos influenciados por factores sociodemográficos como el rol parental, la edad, el estado civil, el nivel educativo y el lugar de residencia. Estos determinantes resaltan la importancia de diseñar intervenciones focalizadas que consideren dichas variables, con el fin de optimizar la atención bucal en la infancia.

9. CONCLUSIONES

1. El estudio evidenció una alta prevalencia de negligencia dental en niños de 2 a 4 años en la población salvadoreña, con predominio del tipo de negligencia activa (86.2%), lo que sugiere una omisión consciente en el cumplimiento de las responsabilidades de cuidado bucal infantil, a pesar de la disponibilidad de conocimientos y recursos básicos.
2. A pesar de que los padres, madres o cuidadores manifestaron niveles altos de conocimiento (81.7%), actitudes positivas (89.29%) y prácticas adecuadas (86.16%) en salud bucal, los signos clínicos observados como fístulas, pérdida prematura de dientes y alteraciones estéticas reflejan una falta de aplicación práctica de dichos conocimientos, generando consecuencias clínicas relevantes.
3. Se identificó una asociación significativa entre la negligencia dental y variables sociodemográficas como el nivel educativo, la edad del cuidador, el estado civil, el rol materno predominante, la situación laboral y el lugar de residencia. Contrario a lo esperado, se observó un mayor nivel de negligencia en cuidadores con nivel educativo medio (bachillerato), lo cual podría estar relacionado con el acceso a información no validada o mal interpretada.
4. Se encontró una mayor proporción de negligencia en áreas rurales y en hogares donde la madre es cabeza de familia, lo que coincide con investigaciones previas que vinculan estas condiciones con menor acceso a servicios de salud y mayores limitaciones económicas.
5. La mayoría de los cuidadores eran mujeres jóvenes, lo que resalta la importancia del rol materno en el cuidado bucodental infantil. Sin embargo, el grupo etario de 24 a 29 años presentó una proporción significativa de negligencia, lo que sugiere la necesidad de intervenciones dirigidas a esta población específica.
6. No se puede definir la negligencia dental por el sexo del cuidador ya que la mayor parte de hogares en El Salvador están bajo el cuidado de la madre o responsable que generalmente es del sexo femenino, por lo tanto, no existe una muestra equitativa en cuanto al sexo para poder realizar una comparación objetiva.

10. RECOMENDACIONES

1. Diseñar programas de intervención basados en perfil sociodemográfico. Se recomienda implementar programas de promoción y prevención en salud bucal dirigidos a cuidadores jóvenes, especialmente madres cabeza de hogar y residentes de zonas rurales, considerando su contexto educativo, económico y geográfico.
2. Fortalecer la educación en salud bucal con enfoque práctico. Es necesario reforzar las estrategias de educación en salud bucal, priorizando la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos, mediante talleres participativos, seguimiento comunitario y el uso de materiales educativos validados.
3. Fomentar la atención odontológica temprana y continua. Se debe promover el inicio temprano y la continuidad de la atención odontológica en la infancia, incorporando la evaluación bucodental dentro de los controles pediátricos regulares, así como sensibilizar a los cuidadores sobre la importancia de la atención preventiva, más allá de la resolución de síntomas.
4. Capacitar al personal de salud en la detección de negligencia dental. Se sugiere capacitar a profesionales del primer nivel de atención para la identificación temprana de signos clínicos de negligencia dental, con el fin de establecer protocolos de derivación oportuna y estrategias de abordaje integral con enfoque psicosocial.
5. Ampliar la investigación mediante estudios longitudinales y multicéntricos que permitan establecer relaciones causales y evaluar la eficacia de intervenciones, así como incluir diversas regiones del país para obtener una visión más representativa del fenómeno a nivel nacional.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil [Internet]. 1. 2018 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Gobierno de El salvador. Ley Crecer juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia. Convención sobre los Derechos del Niño | ACNUDH [Internet]. Vol. tomo n, Diario Oficial n° 117. 2022 [cited 2024 Sep 16]. p. 256. Available from: [www.https://unicef.org/elsalvador/media/4611/file/Ley Crecer Juntos.pdf](https://www.unicef.org/elsalvador/media/4611/file/Ley%20Crece%20Juntos.pdf)
3. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2018 Sep 1;28(5):e14–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x>
4. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012 Feb;26(1):5–11.
5. Pavone V, Vescio A, Lucenti L, Amico M, Caldaci A, Pappalardo XG, et al. Diagnostic Tools in the Detection of Physical Child Abuse: A Systematic Review. *Children* [Internet]. 2022 Aug 20 [cited 2022 Oct 8];9(8):1257. Available from: [/pmc/articles/PMC9406450/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35406450/)
6. Kiatipi M, Davidopoulou S, Arapostathis K, Arhakis A. Dental Neglect in Children: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Contemporary Dental Practice*. 2021 Feb 1;22(2):199–204.
7. José Belarmino Jaime JMMHRBBMLN de PGCFR y F. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia Comentada de El Salvador [Internet]. [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/mined/documents/180386/download>
8. Stirling J, Gavril A, Brennan B, Sege RD, Dubowitz H, Haney SB, et al. The Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment: Clinical Report. *Pediatrics* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2024 Oct 29];154(2). Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/at-home/Paginas/what-to-know-about-child-abuse.aspx>

9. RAE A. Diccionario de la lengua Española [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.rae.es/libro-estilo-lengua-espa%C3%B1ola/>
10. World Health Organization (WHO). Organización Mundial de la Salud. Nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1) [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 21]. Available from: [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
11. Morante-Sánchez CA, Kanashiro Irakawa CR. El odontólogo frente al maltrato infantil. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 25];19(1):50. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539351009.pdf>
12. Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegría S. Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura. International journal of odontostomatology [Internet]. 2020 Jun [cited 2022 Oct 5];14(2):160–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000200160&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Ridsdale L, Gilchrist F, Balmer RC, Skelton R, Sidebotham PD, Harris JC. British Society of Paediatric Dentistry: A policy document on dental neglect in children. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Jul 23];34(2):160–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37749962/>
14. Costacurta M. Oral and dental signs of child abuse and neglect. Oral Implantol (Rome). 2015;
15. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. International journal of odontostomatology [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 26];6(1):105–10. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v6n1/art15.pdf>

16. Foláyan MO, Ramos-Gomez F, Fatusi OA, Nabil N, Lyimo G V., Minja IK, et al. Child dental neglect and legal protections: a compendium of briefs from policy reviews in 26 countries and a special administrative region of China. *Frontiers in Oral Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 23];4:1211242. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10646161/>
17. Spiller L, Lukefahr J, Kellogg N. Dental Neglect. *J Child Adolesc Trauma*. 2020 Sep 4;13(3):299–303.
18. Laura C, Cabrera P, Guillermo II, Cruz P, De La L, Cabrera C, et al. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. *Humanidades Médicas*. 2017 Aug 21;17(2):415–35.
19. Khalid G, Metzner F, Pawils S. Prevalence of dental neglect and associated risk factors in children and adolescents—A systematic review. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2022 Oct 9];32(3):436–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ipd.12923>
20. Thomson WM, Spencer AJ, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1996 [cited 2025 Jul 23];24(5):351–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8954223/>
21. Ju HJ, Lee HS. Dental neglect and related factors in mothers. *Journal of Korean Academy of Oral Health*. 2018;42(3):67.
22. Martignon S, Pitts NB, Goffin G, Mazevet M, Douglas GVA, Newton JT, et al. CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. *Br Dent J*. 2019 Sep 13;227(5):353–62.
23. Pitts NB, Bds Fds Rcs Fds Rcs Ffgdp Ffph F, Ismail AI, Martignon S, Ekstrand K, A Douglas G V, et al. ICCMS™ Guide for Practitioners and Educators Contributing co-authors* On behalf of the Participating Authors of the International Caries Classification and Management System (ICCMS™) Implementation Workshop, held June 2013**. 2014 [cited 2024 Oct 21]; Available from: www.kcl.ac.uk/sspp/kpi/projects/healthpolicy/global-caries-management.aspx.

24. Martignon S, Bautista-Mendoza G, González-Carrera M, Lafaurie-Villamil G, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de Niños Menores. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2008 [cited 2019 May 19];10(2):308–14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642008000200011
25. Calderón Pineda IG, Palacios Ramos SL. Nivel de conocimiento sobre salud bucodental de las madres asociado a caries dental de niños de 3-5 años atendidos por dos unidades comunitarias de salud familiar en el año 2015. Repositorio Institucional UES, editor. Repositorio Institucional UES [Internet]. 2017 Mar 17 [cited 2024 Oct 22]; Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14492/855>
26. Matute C, Barzallo J, Villavicencio E. NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Odontología Activa Revista Científica* [Internet]. 2018 Sep 10 [cited 2024 Oct 22];3(3):71–4. Available from: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/266>
27. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. *Br Dent J* [Internet]. 2012 Nov 24;213(10):E17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23175099>
28. McGrath C, Sham ASK, Ho DKL, Wong JHL. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int Dent J*. 2007 Feb;57(1):3–8.
29. Asaka Y, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T. Associations of socioeconomic status and lifestyle factors with dental neglect of elementary school children: the MEXT Super Shokuiku School Project. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 Jul 23];25(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33238892/>
30. Gurunathan D, Shanmugaavel A. Dental neglect among children in Chennai. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2016;34(4):364.

31. Aniyó R, Kaur G, Neha, Kashyap N AS y K. Assessment of Dental Neglect and It's Relation to Oral Health Among School Children Aged 4-12 Years in Sri Ganganagar City, Rajasthan, India. *Interventions in Pediatric Dentistry Open Access Journal* [Internet]. 2020 Jan 30 [cited 2022 Oct 6];11(01(B)):36786–8. Available from: <https://lupinepublishers.com/pediatric-dentistry-journal/fulltext/assessment-of-dental-neglect-and-its-relation-to-oral-health-among-school-children.ID.000171.php>
32. González-Martínez F, Sierra Barrios CC, Morales Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jul 26];53(3):247–57. Available from: <http://ref.scielo.org/d7gg47>
33. Jain R, Oswal K, Chitguppi R. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *Journal of Dental Research and Scientific Development*. 2014;1(2):40.
34. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontol* [Internet]. 2004 [cited 2024 Oct 22];17(1):19–29. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461>
35. Moses J, Arunachalam SK. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 Aug;11(4):338–43.
36. América Latina y el Caribe IU. UNESCO [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 4]. Available from: https://siteal.iiep.unesco.org/pais/el_salvador
37. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 Jul 23];18(1):245–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32618448>.
38. Benavente Lipa LA, Chein Villacampa SA, Campodónico Reátegui CH, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma MS, Castro Rodríguez A, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el

estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina* [Internet]. 2014 May 14 [cited 2025 Nov 4];15(1):14. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/307144379_Nivel_de_conocimientos_en_salud_bucal_de_las_madres_y_su_relacion_con_el_estado_de_salud_bucal_del_nino_menor_de_cinco_anos_de_edad

39. Celikel P, Ozturk AB, Sengul F. Dental Neglect Among Children in Eastern Turkey. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 23];23:135. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11880832/>
40. Ishani Sharma, Pooja Chauhan, Virat Galhotra, Himanshu Duhan, Manpreet Kaur. Dental Neglect among Children And Their Parents In District Panchkula. *International Healthcare Research Journal* [Internet]. 2019 Feb 24 [cited 2025 Jul 23];2(11):265–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/333753605_Dental_Neglect_among_Children_And_Their_Parents_In_District_Panchkula
41. Basir L, Khanehmasjedi M, Khanehmasjedi S. Knowledge, attitudes, and practices regarding the oral health of children: a cross-sectional study among iranian parents. *Braz J Oral Sci* [Internet]. 2022 Aug 19 [cited 2025 Jul 23];21:e228274. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjos/a/5SR4LYNqjWnpqz7Fg3VHRdp/>
42. Conocimientos y prácticas de los padres sobre la salud bucal de sus hijos en Kuwait - PubMed [Internet]. [cited 2025 Jul 23]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28045313/>
43. Kumar G, Dhillon J, Vignesh R, Garg A. Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Jul 23];37(1):3–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30804300/>
44. Abuhaloob L, Petersen PE. Oral Health Status and Oral Health Behaviour among 5- to 6-year-old Palestinian Schoolchildren - Towards Engagement of Parents and Schoolteachers for Oral Health through Schools. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2021 Jan 7 [cited 2025 Jul 23];19(1):673–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34918501>

45. Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, attitudes and practices of caregivers in relation to oral health of preschool children. *Medical Principles and Practice* [Internet]. 2013 [cited 2025 Jul 23];22(2):167–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22986905/>
46. Qahtan DK, Felemban OM, Alamoudi RA, Bamashmous NO, El Ashiry EA, Alamoudi NM. Mothers' Knowledge, Attitude, and Behavior Concerning Their Kindergarten Children's Oral Health: A Cross-Sectional Study. *Clin Exp Dent Res* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Jul 23];11(1):e70113. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11894262/>

ANEXOS

Anexo 1



Calculadora de Tamaño muestral GRANMO

Versión 7.12 Abril 2012

Català Castellano English

Proporciones : Estimación poblacional

Nivel de confianza: 0.95 0.90 Otro

Población de referencia (Intro => Se asume una población infinita):

Estimación de la proporción en la población:

Precisión de la estimación para el nivel de confianza seleccionado:

Proporción estimada de reposiciones necesarias:

calcula  Limpia resultados  Limpia todo  Selecciona todo  Imprimir

12/10/2022 21:19:35 **Estimación poblacional (Proporciones)**

Una muestra aleatoria de **212** individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 56.00000000000001%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10%.

Proporciones

- Dos proporciones independientes
- Observada respecto a una de referencia
- Medidas apareadas (repetidas en un grupo)
- Bioequivalencia
- Estimación poblacional**
- Odds ratio (Estudios de Casos-Controles)
- Riesgo relativo (Estudios de Cohorte)
- Potencia de un contraste

Medias

Otras

Anexo 2



Ciudad Universitaria, 07 octubre 2022

Licda. Alicia Ávila
Directora Fundación Educación y Cooperación, EDUCO
Presente.

Estimada Licda. Ávila, esperando se encuentre bien al recibo de esta nota y deseándole éxitos en sus labores.

Como parte de la Maestría en Odontopediatría, realizada en la de la Escuela de Posgrado, Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador, expresamos nuestro interés en realizar la investigación "*Negligencia dental en niños salvadoreños de 2 a 5 años asociada al perfil de padres o cuidadores año 2023*". en coordinación con los equipos de la Fundación encargados del trabajo con los círculos de familia.

La investigación tiene por objetivo, Establecer la asociación del perfil de los padres y la negligencia dental en niños de 2 a 5 años, año 2023."

En este marco solicitamos su autorización para desarrollar esta investigación con los niños, niñas y padres de familia o cuidadores de los 14 círculos de familia con los que ustedes trabajan a nivel nacional. El período de ejecución está comprendido entre octubre 2022 y marzo 2023, incluyendo la prueba piloto considerada para este mes de octubre, la cual se realizaría en un círculo de familia, considerando 20 niñas y niños de 2 a 4 años y sus padres.

La metodología por utilizar incluye un diagnóstico clínico a los niños, una entrevista a las madres, padres o cuidadores, previo deberán llenar y firmar el consentimiento informado y obtener autorización para que sus hijos e hijas participen en la investigación. Las acciones clínicas para realizar, en el diagnóstico bucal no representa ningún riesgo para los niños, solamente se hará uso de un espejo # 5, sonda OMS y pinza de curación, la humedad será controlada con aislamiento relativo (rodetes de algodón y gasas); y succión con eyector. Se considerarán todas las medidas de bioseguridad.

Sin otro particular y en espera de una respuesta favorable,

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nely Arely García de Batres', written over a horizontal line.

Dra. Nely Arely García de Batres
Estudiante de Maestría Odontopediatría

Anexo 3.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA ODONTOPEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio lo invitamos a usted y su hijo a participar en una investigación titulada “Negligencia dental de niños salvadoreños de 2 a 5 años asociada al perfil sociodemográfico de padres o cuidadores. Año 2023”. La cual se está realizando en la Maestría en Odontopediatría de la Escuela de Posgrado, para conocer el papel de los padres en la caries dental de sus hijos. Su participación es muy importante y es 100% voluntaria, leeré este documento de consentimiento informado detenidamente, puede hacer todas las preguntas que considere, si luego de haber terminado de leer usted decide participar en el estudio es necesario que sepa que se puede retirar en cuando lo crea conveniente sin que esta decisión influya en los beneficios que se le ofrecerán al niño.

Dentro de los Objetivos de este estudio se encuentra: Establecer la asociación del perfil de los padres con la negligencia dental y determinar el nivel de conocimiento de salud bucodental del padre o encargado del menor, este estudio es importante porque la caries dental no tratada oportunamente, puede llevar a un estado de deterioro en las funciones fisiológicas del niño, que comprometen negativamente el aprendizaje, la comunicación, la nutrición, el crecimiento y desarrollo normales.

La dinámica para la participación en el estudio se realizará en el siguiente orden:

Primero: a través de un cuestionario dirigido a los padres o cuidadores, las preguntas son de selección múltiple, cada interrogante se leerá en conjunto con cada una de las posibles respuestas y usted deberá elegir la que considere correcta.

Segundo: la intervención clínica del niño la cual no representará ningún riesgo debido a que las acciones a desarrollar no serán invasivas; además, se aplicarán todas las medidas de bioseguridad. Se utilizará pinza, espejo, sonda, luz, aire, algodón para evaluar los dientes y posterior llenado de la ficha que incluye códigos de caries dental del menor.

Dentro de los Beneficios que el niño obtendrá por participar será un kit de higiene bucal y la evaluación de su condición de salud bucal con su respectiva referencia con los tratamientos requeridos para prevenir y limitar el daño por la caries dental.

Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos, razón por la cual los instrumentos serán debidamente codificados para mantener oculta la identidad de los participantes. Por lo que los datos no podrán ser utilizados para otros fines que no sean investigativos.

Tiene el derecho a retirar al niño(a) de la investigación en cualquier momento que así considere conveniente sin perjuicio o represalia alguna.

Después de haber sido informado y tenido la oportunidad de preguntar sobre el proceso, habérseme contestado satisfactoriamente las interrogantes, he entendido en contenido de este documento y sus implicaciones; razón por la cual de manera voluntaria autorizo la participación de mi hijo(a) _____

de sexo _____ de _____ años. El día _____

Nombre del padre o encargado: _____

Firma o huella digital: _____



Anexo 4

CÓDIGO: _____

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL NIÑO Y CLASIFICAR EL GRADO DE SEVERIDAD DE NEGLIGENCIA DENTAL.

OBJETIVO: Determinar el estado de salud bucal de los niños de 2 a 5 años participantes en el estudio y clasificar la severidad de la negligencia dental.

INDICACIONES: a) completar con la colaboración de una asistente de cuarta mano, b) identifique, marque, examine, limpie y seque durante 5 segundos el diente a evaluar, c) utilice la sonda OMS para detectar rugosidades en superficies lisas con movimientos tangenciales y en superficies oclusales cuando existe ruptura del esmalte menor a 0.5 mm, d) examine visualmente las 5 superficies de cada uno de los dientes, e) establecer en la casilla correspondiente a cada diente y superficie el diagnóstico de caries dental según criterios ICDAS.

Fecha de evaluación	DIA	MES	AÑO	Fecha de nacimiento	DIA	MES	AÑO	Sexo	1. Femenino		
										2. Masculino	
	1.a) 2 a 3 años		2.b) 4 a 5 años								

Lugar de entrevista	
1. Centro Escolar República de Perú	
2. Educo Paracentral	
3. Educo Occidente	
4. Educo Oriente	

Nivel de escolaridad	
1. Sin escolarización	
2. Educación inicial	
3. Parvularia	
4. Primer ciclo	
5. Segundo ciclo	

Presencia de absceso absceso/fistula/tumefacción	
1.Si	
2.No	
Pérdida prematura de dientes primarios	
1.Si	
2.No	
Dientes anteriores u otros que afecten la estética del niño.	
1.Si	
2.No	

Diente/ superficie	5-5	5-4	5-3	5-2	5-1	6-1	6-2	6-3	6-4	6-5
Oclusal / Incisal										
Mesial										
Distal										
Vestibular										
Palatino										

Diente/ superficie	8-5	8-4	8-3	8-2	8-1	7-1	7-2	7-3	7-4	7-5
Oclusal / Incisal										
Mesial										
Distal										
Vestibular										
Palatino										

Clasificación FOUES de grado de severidad de la Negligencia Dental	
Sin severidad: Presencia de lesiones cariosas, estadios 03 sin historia de dolor.	
Con severidad: Presencia de lesiones cariosas, estadios 04, 05 y 06 con historia de dolor moderado o severo, presencia de pulpa expuesta, úlcera, fistula, absceso /PUFA, pérdidas prematuras, afectación en funciones masticatorias, estéticas, fonéticas, del niño.	



Anexo 5

CÓDIGO: _____

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS; PRESENCIA O AUSENCIA DE NEGLIGENCIA DENTAL, CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL DE PADRES O CUIDADORES.

OBJETIVO: Recolectar información sobre el perfil de los padres o encargados de los niños de 3 a 5 años participantes en el estudio y evaluar el nivel de conocimiento de estos sobre salud bucal para clasificar el tipo de negligencia dental.

INDICACIONES: a) Realizar la entrevista en un lugar que garantice la privacidad del padre o encargado del menor b) solicitar que responda con la mayor veracidad posible, c) completar el instrumento, haciendo las preguntas en orden, d) traslade el número de respuesta al cuadro de la derecha en cada interrogante.

Parte 1: perfil de padres o cuidadores	Fecha de evaluación			Sexo	
	DIA	MES	AÑO	1.Femenino	
				2.Masculino	

Lugar de entrevista	Responsable del niño o niña	Quién responde la entrevista	Edad	Estado civil
1.Centro Escolar República de Peru	1.Papá	1.Papá	1. menor a 18 años	1.Soltero (a)
2.Educo Paracentral	2.Mamá	2.Mamá	2. 19-23 años	2.Casado (a)
3.Educo Occidente	3.Abuelo	3.Abuelo	3. 24 – 29 años	3.Acompañado (a)
4.Educo Oriente	4.Abuela	4.Abuela	4.30 - 35 años	4.Divorciado (a)
	5.Otro	5.Otro	5. mayor a 35 años	5.Viudo (a)

Nivel de escolaridad	Sabe leer y escribir	Ocupación principal
1.Sin escolarización	1.Si	1.No estudia ni trabaja
2.Parvularia	2.No	2.Estudiante
3.Primer Ciclo		3.Trabajo en casa
4.Segundo ciclo		4.Trabajo informal
5.Tercer ciclo		5.Trabajo formal (asalariado o propio)
6.Bachillerato		6.Jubilado
7.Universitario		7.Recibe remesas

Parte 2: determinar la presencia o ausencia de negligencia dental según escala de Thomson adaptada para la población en estudio						
Puntaje	5	4	3 puntos	2	1	Sumatoria
Items	No	No se	En algunas ocasiones	Creo que si	Si siempre	
1. Su hijo tiene un cuidado dental en casa						
2. Su hijo recibe la atención odontologica que necesita						
3. Su hijo necesita cuidado dental, pero usted no ha consultado						
4. Su hijo necesita cuidado dental, pero el niño con su consentimiento lo pospone por temor o no faltar a la escuela						
5. Usted se da cuenta cuándo su hijo se cepilla adecuadamente los dientes						
6. Usted sabe si su hijo come algo después del desayuno, almuerzo o cena.						
7. Le ha dicho su hijo que la salud dental es importante o usted la considera importante.						
TOTAL						

Clasificación		
No negligente: 7- 11 puntos	Negligente: 12-30 puntos	

Parte 3: Determinación de CONOCIMIENTOS sobre: Caries Dental, Cepillo Dental, Pasta dental, Dientes primarios.	
1. ¿Cuál considera que es la causa principal para que se produzca la caries dental?	2. ¿Cómo se previene la Caries Dental?
a. Alto consumo de azúcares y falta de cepillado dental	a. Manteniendo una buena higiene oral y visitando al dentista regularmente
b. Cepillarse sin pasta dental	b. Cepillarse con pasta dental con flúor
c. Por herencia	c. Cepillarse con bicarbonato de sodio
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
3. ¿Cuál es la función principal del cepillado dental?	4. ¿Cuál es la función de la pasta dental?
a. Retirar placa Dentobacteriana de los dientes	a. Fortalecer los dientes con flúor
b. Sentir la boca limpia	b. Sentir la boca limpia
c. Sentir aliento fresco y dientes más blancos	c. Sentir aliento fresco y dientes más blancos
d. No sabe, no recuerda, no responde.	d. No sabe, no recuerda, no responde.
5. ¿Desde qué edad se debe utilizar la pasta dental?	6. ¿Qué son los dientes de leche?
a. Desde que aparezca el primer diente	a. Son los primeros dientes que aparecen en boca del niño (a)
b. Cuando el niño (a) pueda escupir	b. Son los dientes más pequeños que hay en la boca
c. Desde que el niño nace	c. Son los dientes menos importantes porque se caen y aparecen otros dientes
d. No sabe, no recuerda, no responde.	d. No sabe, no recuerda, no responde.
7. ¿Cuál es la función de la dentición de los niños?	Puntuación según respuesta correcta de:
a. Servir de guía para la erupción de los dientes permanentes	CONOCIMIENTOS
b. Para masticar y tener una bonita sonrisa	
c. No sirven para nada, por eso se caen	
d. No sabe, no recuerda, no responde.	CLASIFICACIÓN

Parte 4: Determinación de ACTITUDES sobre: visitas al odontólogo, importancia de los cuidados bucales	
1. ¿Está dentro de sus prioridades llevar a su hijo a la consulta odontológica?	2. ¿Cada cuánto considera que es importante llevar a un niño pequeño a la consulta Odontológica?
a. Si, siempre	a. Cada 6 meses
b. Si, cuando duele un diente	b. Inmediatamente cuando presente dolor
c. No	c. Nunca, porque a esa edad no se dejan atender
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
3. ¿Por qué motivo principal se lleva a consulta odontológica a los niños?	4. ¿Quién es la persona que debe ser la encargada de colocar la pasta dental sobre el cepillo de dientes del niño?
a. Para control y así prevenir las enfermedades que aparezcan	a. Usted para dispensar la cantidad adecuada
b. Para realizarle tratamientos dentales muy necesarios, como la limpieza	b. Cualquier persona mayor, porque si no el niño la bota
c. Por emergencia cuando el niño presenta dolor	c. El mismo niño, para que poco a poco vaya aprendiendo
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
5. ¿Considera usted que la mala salud bucal puede afectar el bienestar general de su hijo?	Puntuación según respuesta correcta de:
a. Si, definitivamente influye en la salud general	ACTITUDES
b. Ni, puede influir cuando el estado es grave	
c. No, los dientes solo afectan la boca	
d. No sabe, no recuerda, no responde	CLASIFICACIÓN

Parte 5: Determinación de PRACTICAS sobre: Asistencia del niño al odontólogo, Cepillo dental, Pasta dental y Alimentación	
1. ¿A qué edad llevó a su hijo al odontólogo por primera vez?	2. ¿Cuál fue el motivo de la última visita del niño al Odontólogo?
a. En los primeros meses de vida	a. Por control dental
b. Entre los 2 a los 5 años.	b. Para realizarle tratamiento dental
c. Aún no ha tenido su primera consulta	c. Por molestia o dolor en algún diente
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
3. ¿Cada cuánto asiste el niño al Odontólogo?	4. ¿Después de los tiempos principales de comida (desayuno, almuerzo y cena) acostumbra su hijo a realizar cepillado de dientes?
a. Cada seis meses o cuando le toca el control	a. Siempre
b. Cuando tiene alguna molestia	b. A veces
c. Nunca	c. Nunca
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
5. ¿Es usted quien realiza la higiene de la boca de su hijo?	6. ¿Cómo acomoda al niño para realizar la higiene oral?
a. Siempre	a. El niño frente a usted
b. A veces	b. Usted detrás del niño
c. Nunca	c. El niño acostado
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
7. ¿Utiliza pasta dental para cepillar los dientes del niño?	8. ¿Quién le coloca la pasta dental al cepillo del niño?
a. Si, siempre	a. Siempre
b. A veces	b. A veces
c. Nunca	c. Nunca
d. No sabe, no recuerda, no responde	d. No sabe, no recuerda, no responde
9. ¿Qué tipo de pasta dental utiliza para cepillar los dientes del niño?	Puntuación según respuesta correcta de:
a. Niño	PRACTICAS
b. Adulto	
c. Cualquiera	
d. No sabe, no recuerda, no responde.	CLASIFICACIÓN

Puntuación según respuesta correcta:			Clasificación FOUES tipo de negligencia dental:	
a= 3 puntos b= 2 puntos c= 1 punto d= 0 punto				
CONOCIMIENTO (7 ítems)	ACTITUDES (5 ítems)	PRACTICAS (9 ítems)	1. Sin negligencia	
1. Bajo: 0-7 2. Medio: 8-14 3. Alto: 15-21	1. Bajo: 0-5 2. Medio: 6-10 3. Alto: 11-15	1. Bajo: 0-9 2. Medio: 10-18 3. Alto: 19-27	Nivel de ECAP bajo	
			2. Negligencia Pasiva	
			Nivel de ECAP medio	
Sumatoria de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud Bucal divididas entre 3.			3. Negligencia ACTIVA	
			Nivel de ECAP alto	

Parte 5: evaluación del dolor del niño: aspecto a evaluar para determinar la severidad de la negligencia dental			
1. ¿Ha presentado dolor dental su hijo?		2. Se ha despertado por la noche por dolor dental	
a. Si		a. Si	
b. No		b. No	
c. A veces		c. A veces	
d. No sabe, no recuerda, no responde		d. No sabe, no recuerda, no responde	
3. Ha tenido dolor al masticar o comer		4. Ha tenido necesidad de administrar medicamentos para el dolor dental	
a. Si		a. Si	
b. No		b. No	
c. A veces		c. A veces	
d. No sabe, no recuerda, no responde		d. No sabe, no recuerda, no responde	



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 ESCUELA DE POSGRADO
 MAESTRÍA ODONTOPEDIATRÍA

Anexo 6

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO Y REFERENCIA ODONTOLÓGICA

Nombre del niño(a): _____ edad: _____

Institución para referir: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CODIGOS PARA NECESIDAD DE TRATAMIENTO
0= Ninguno
1= Sellante Preventivo
2= Sellante Terapéutico
3= Obturación 1 superficie
4= Obturación 2 o más superficies
5= Obturación Preventiva
6= Mantenedor de Espacio
7= Tratamiento pulpar
8= Exodoncia
9= Barniz de flúOR
OTROS TRATAMIENTOS (especifique)
10a=
10b=

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Tratamientos (coloque según prioridad ej. 1, 2,3)

Preventivo

Integral

Operatoria Dental

Ortodoncia

Endodóntico
8

Periodontal

Nota: El plan de tratamiento sugerido ha sido establecido en base a diagnóstico de caries según International Caries Detection and Assessment System. (ICDAS)

Profesional que refiere:

Anexo 7

GLOSARIO

ECAP: Escala de Conocimientos actitudes y Prácticas en salud bucal

ECC: caries de la primera infancia definida como "la presencia de una o más lesiones de caries (no cavitadas o cavitadas), faltantes (debido a caries) o superficies obturadas en cualquier diente temporal de un niño menor de seis años.

EDUCO: Educación con Participación de la Comunidad como una Organización No Gubernamental de cooperación global, que actúa a favor de la infancia y en defensa de sus derechos.

ESCALA DE THOMSON: escala utilizada para medir la presencia o ausencia de negligencia al dental

ICDAS: International Caries Detection and Assessment System, sistema internacional de detección y diagnóstico de caries cuyo objetivo es diagnosticar visualmente la caries dental, para establecer su severidad y detectarla lo más temprano posible.

LEPINA: Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. tiene por finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, dicha ley es aplicada a los niños desde su nacimiento hasta que cumplen los 18 años.

NEGLIGENCIA DENTAL: falta intencional del padre o tutor, a pesar del acceso adecuado a la atención, para buscar y seguir el tratamiento necesario para garantizar un nivel de salud bucal esencial para el funcionamiento diario adecuado y libre de dolor e infección.

NEGLIGENCIA DENTAL ACTIVA: Desidia involuntaria de los padres o cuidadores para cumplir con sus responsabilidades de cuidado del menor.

NEGLIGENCIA DENTAL PASIVA: desidia involuntaria de los padres o cuidadores para cumplir con su responsabilidad por falta de conocimientos, finanzas, enfermedad, debilidad y desconocimiento del apoyo disponible

PUFA: Índice que evalúa las consecuencias clínicas por caries no tratadas. Contabiliza el número de piezas dentarias con presencia de exposición pulpar (P/p), ulceración de la mucosa oral debida a fragmentos radiculares (U/u), fístula (F/f) y absceso (A/a).

S-DENT: Es una herramienta informática, basada en los criterios del Sistema Internacional para la Detección de la Caries Dental (ICDAS) que cuenta con tres grandes componentes para el procesamiento de la información de caries dental: Diagnóstico (DC), Experiencia (EC), y Necesidades de Tratamiento (NT).

SPSS: Statistical Package for Social Sciences, Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. Es un sistema global para el análisis de datos donde se puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos, diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos