

Negligencia dental en la primera infancia: perspectiva de docentes de odontología de dos universidades colombianas*

Dental Negligence in Early Childhood: Perspective of Dentistry Teachers from Two Colombian Universities

Negligência Dentária na Primeira Infância: Perspectiva de Docentes de Odontologia de Duas Universidades Colombianas

Recibido: 29 de mayo de 2023. **Aceptado:** 18 de agosto de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.ndpi>

María Mercedes Lafaurie Villamil ^a
Universidad El Bosque, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5993-740X>

Martha Helena Castelblanco
Universidad El Bosque, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2301-1389>

Shyrley Díaz Cárdenas
Universidad de Cartagena, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1967-8981>

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: lafauriemia@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción: la negligencia dental se presenta cuando se descuidan y no se atienden oportunamente por parte de sus cuidadores los problemas de salud oral de los niños. **Objetivos:** identificar la perspectiva de odontólogos, docentes de las áreas de salud pública y comunitaria de las facultades de odontología de dos universidades colombianas, sobre la negligencia dental que afecta a la primera infancia. **Metodología:** estudio cualitativo fenomenológico-descriptivo. Se realizaron dos grupos focales online con 11 odontólogos, docentes de las áreas de salud pública y comunitaria, con experiencia en primera infancia. Se realizó análisis temático con apoyo del software Atlas ti 22. **Resultados:** los participantes coinciden en que la negligencia dental afecta la salud oral y el desarrollo físico y emocional de los niños. Implica caries, dolor, infecciones y pérdida dental. A menudo no es deliberada, siendo difícil de identificar; puede responder a falencias educativas en los padres; supera la responsabilidad familiar, incluyendo al Estado e instituciones de salud y educación. Es frecuente en contextos de desigualdad social y en familias vulnerables donde se delega la responsabilidad del cuidado parental. El desconocimiento de la importancia de la dentición temporal y barreras culturales inciden en este fenómeno. **Conclusiones:** acorde a la perspectiva de los participantes, la negligencia dental en la primera infancia constituye una problemática compleja frente a la cual se requiere mejorar la capacidad de cuidadores familiares e institucionales para comprender el qué, cómo y por qué del cuidado de la dentición temporal. El odontólogo requiere ser formado para reconocerla, prevenirla y actuar oportunamente.

Palabras clave: Odontología, negligencia, maltrato infantil, investigación cualitativa.

Abstract

Introduction: Dental negligence occurs when the oral health problems of children are neglected and not promptly addressed by their caregivers. **Objectives:** To identify the perspective of dentists, teachers in public and community health areas of dentistry faculties from two Colombian universities, regarding dental negligence affecting early childhood. **Methodology:** Phenomenological-descriptive qualitative study. Two online focus groups were conducted with 11 dentists, teachers in public and community health areas, with experience in early childhood. Thematic analysis was performed with the support of Atlas ti 22 software. **Results:** Participants agree that dental negligence affects the oral health and physical and emotional development of children. It involves cavities, pain, infections, and tooth loss. It is often unintentional, making it difficult to identify; it may result from educational shortcomings in parents; it extends beyond family responsibility, including the state and health and education institutions. It is common in contexts of social inequality and vulnerable families where parental care responsibility is delegated. Lack of awareness of the importance of deciduous dentition and cultural barriers impact this phenomenon. **Conclusions:** According to the participants' perspective, dental negligence in early childhood constitutes a complex issue that requires improving the capacity of family and institutional caregivers to understand the what, how, and why of temporary dentition care. Dentists need to be trained to recognize, prevent, and act promptly.

Keywords: Dentistry, negligence, child abuse, qualitative research.

Resumo

Introdução: A negligência dentária ocorre quando os problemas de saúde oral das crianças são negligenciados e não são prontamente tratados por seus cuidadores. **Objetivos:** Identificar a perspectiva de dentistas, professores das áreas de saúde pública e comunitária das facultades de odontologia de duas universidades colombianas, sobre a negligência dentária que afeta a primeira infância. **Metodologia:** Estudo qualitativo fenomenológico-descriptivo. Foram realizados dois grupos focais online com 11 dentistas, professores das áreas de saúde pública e comunitária, com experiência na primeira infância. A análise temática foi realizada com o apoio do software Atlas ti 22. **Resultados:** Os participantes concordam que a negligência dentária afeta a saúde oral e o desenvolvimento físico e emocional das crianças. Envolve cáries, dor, infecções e perda dentária. Frequentemente, não é intencional, tornando difícil identificá-la; pode resultar em deficiências educacionais dos pais; ultrapassa a responsabilidade familiar, incluindo o Estado e as instituições de saúde e educação. É comum em contextos de desigualdade social e em famílias vulneráveis onde a responsabilidade pelo cuidado parental é delegada. A falta de conhecimento sobre a importância da dentição temporária e as barreiras culturais impactam esse fenômeno. **Conclusões:** De acordo com a perspectiva dos participantes, a negligência dentária na primeira infância constitui uma questão complexa que requer a melhoria da capacidade dos cuidadores familiares e institucionais para compreender o quê, como e por que do cuidado da dentição temporária. Os dentistas precisam ser treinados para reconhecê-la, preveni-la e agir prontamente.

Palavras-chave: Odontologia, negligência, abuso infantil, pesquisa qualitativa.

Introducción

La violencia contra niñas, niños y adolescentes es un problema mundial de salud pública y de derechos humanos con implicaciones jurídicas y sociales que requiere ser reconocido como prioritario (1). El maltrato infantil representa la principal manifestación de la negación de la dignidad de los niños y las niñas como personas y titulares de derechos (2).

La Convención por los derechos del niño define, como uno de los compromisos de los estados miembros, garantizar los más altos estándares de salud para los niños y las niñas (3). Establece que estos “deben ser protegidos contra el descuido o trato negligente, el maltrato, el perjuicio, la explotación o abuso sexual, así como contra la venta, la trata o la tortura” (3).

Ahora bien, no obstante haber suscrito la Convención todos los países de América Latina, los avances en cuanto a la protección de sus derechos han sido lentos en la Región. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (4), aunque en la Región de América Latina y el Caribe (ALC) se han realizado progresos en la armonización jurídica y se han consolidado sistemas de protección de la infancia, aún no se avanza lo suficiente para amortiguar los efectos de las diversas adversidades a las que están expuestos los niños, las niñas y sus familias.

Según el UNICEF (4), la evidencia destaca que son los niños pequeños quienes presentan mayor vulnerabilidad a la violencia por parte de sus cuidadores principales y otros miembros de la familia, dada su mayor dependencia y su limitación en cuanto a las interacciones sociales fuera del hogar. El Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF), institución de protección a la infancia en Colombia, reporta que los niños de primera infancia, entre 0 y 6 años, son quienes más sufren de maltrato, descuido y negligencia (5).

La negligencia es reconocida como la forma más frecuente del maltrato infantil (6). Se define según el UNICEF como “la imposibilidad de cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de los niños para protegerlos del peligro o para obtener atención médica, registro de nacimiento u otros servicios, aun cuando las personas encargadas de su cuidado tienen los medios, los conocimientos y el acceso a los servicios para hacerlo” (3). La negligencia se observa en la incapacidad persistente de padres o cuidadores de satisfacer las necesidades físicas y/o psicológicas básicas de un niño o niña lo que puede resultar en un deterioro grave de su salud y desarrollo (7).

La negligencia dental, que se presenta cuando no se les proporciona a los niños una atención adecuada y oportuna a su problemática de salud oral, conlleva condiciones orales desfavorables que pueden conducir al dolor, infección y pérdida de la función al no ser tratadas en el momento debido, así como afecta el crecimiento y el desarrollo infantil, viéndose especialmente deteriorados aspectos como la nutrición y la comunicación (8).

En la negligencia dental, suele presentarse inasistencia a citas odontológicas, desinterés por la educación en higiene bucal y falta de asistencia para aliviar el dolor de emergencia (9). Como resultado de la negligencia dental, se pueden presentar signos clínicos como caries e infecciones recurrentes que pueden llevar a la pérdida de dientes, abscesos y traumas dentoalveolares, así como otras complicaciones por tratamientos inoportunos (10).

La falta de valoración de la salud oral, la carencia de condiciones económicas y la falta de comprensión de padres y cuidadores acerca de las implicaciones de los problemas orales sobre la salud y desarrollo integral infantil se ven implicados en que no se resuelvan los problemas de salud oral oportuna y adecuadamente (9). Los odontólogos pueden participar en el reconocimiento y prevención de la negligencia dental, por lo que requieren estar familiarizados con los signos de esta condición y mejorar los conocimientos de las familias sobre la salud bucal de los niños con el objeto de minimizarla (8).

Partiendo de los antecedentes descritos, este estudio cualitativo con enfoque fenomenológico descriptivo estuvo orientado a identificar la perspectiva de odontólogos, docentes de las áreas de salud pública y comunitaria de las facultades de odontología de dos universidades colombianas, sobre la negligencia dental que afecta a la primera infancia. Las y los participantes que fueron convocados para la realización de este estudio fueron seleccionados por cuanto poseen experiencia de trabajo y están familiarizados con la situación de la primera infancia y porque, como docentes, son actores principales en la educación a los futuros profesionales. Se implementó la técnica de grupos focales para el logro de los objetivos propuestos.

Metodología

El estudio tiene un enfoque cualitativo basado en la fenomenología descriptiva propuesta por Giorgi (11). La fenomenología descriptiva, según Giorgi, se centra en las experiencias de los sujetos, buscando develar el sentido que le otorgan a lo cotidiano considerando los eventos que están presentes en sus contextos (11). Giorgi propone una modificación de la fenomenología de Husserl tras la captura, lo más cerca posible, de la forma en que se experimenta el fenómeno, de tal modo que el análisis y la interpretación sigan la descripción concreta del sujeto de estudio, a cambio de dar una explicación desde el punto de vista teórico del investigador (12). Se ha establecido este enfoque, sin perder de vista su carácter fenomenológico, en la medida en que los estudios cualitativos con enfoque descriptivo fortalecen la validez de los resultados, ya que favorecen que se dé un registro, lo más próximo posible, de lo investigado, dando un soporte sólido a la interpretación (13).

Como técnica de recolección de información se implementaron grupos focales. Los grupos focales son un espacio grupal de opinión que permite captar el sentir, pensar y vivir de los sujetos. Son una fuente de información de enorme riqueza en el campo de la salud por ofrecer la posibilidad de suscitar reflexiones, críticas y opciones de solución en el ámbito académico y asistencial, entre otros beneficios (14).

Se contó con la participación de 11 profesionales de la odontología de ambos sexos, docentes de las áreas comunitaria y de salud pública de dos universidades colombianas: la Universidad A, de carácter público, ubicada en la Región Caribe y la Universidad B, de tipo privado, ubicada en la Región Andina.

Selección de participantes

Se implementó un muestreo propositivo de colección completa en que se busca “incluir a todos aquellos que cumplan con determinado criterio” (15). Se invitó a participar a la totalidad de los docentes de cada universidad que cumplieran los criterios de selección, a saber: ser odontólogos, docentes de la facultad de odontología en los campos de salud pública y/o comunitario, con experiencia de trabajo en torno a la primera infancia y con al menos seis meses en su cargo. Como criterio de exclusión, se estableció que el participante abandonara el grupo focal antes de su finalización, lo cual no se presentó. Participaron cuatro docentes de la Universidad A y siete de la Universidad B.

Previo al desarrollo del proceso de recolección de la información, que se realizó de manera virtual, los docentes que respondían a los criterios de selección fueron invitados por la investigadora principal a hacer parte del estudio mediante una comunicación escrita enviada por e-mail, recibiendo información amplia sobre la naturaleza y los objetivos del estudio. Se les solicitó a cada docente dispuesto a participar responder por correo electrónico a la invitación, confirmando su interés en hacer parte del estudio. Posteriormente, con apoyo de coordinadores de área de cada facultad, se conformó el grupo de participantes y se acordó con ellos la fecha y hora del encuentro. Cada uno de los participantes que estuvo de acuerdo en integrarse al estudio firmó el respectivo consentimiento informado. Participaron todos los docentes invitados a excepción de uno de ellos, de la Universidad A, que se excusó por razones de fuerza mayor.

Recolección de información

Con motivo de la pandemia por el COVID-19, se realizaron de manera virtual dos grupos focales, con apoyo de la plataforma WebEx, uno con cada grupo institucional. Para el desarrollo de los grupos focales se utilizó un guion semiestructurado de 10 preguntas abiertas, el cual fue previamente revisado por dos expertos externos al estudio. Las preguntas estuvieron dirigidas a conocer cómo describen desde su experiencia las y los participantes la negligencia dental que se presenta en niños y niñas de primera infancia; qué implicaciones tiene la negligencia dental en la salud y desarrollo de los niños y niñas; cuáles son los aspectos sociales, culturales y familiares que favorecen la negligencia dental y cuáles serían las posibles rutas a seguir para su prevención, desde el quehacer profesional del odontólogo, desde los programas comunitarios donde participan las universidades y desde la labor formativa con los estudiantes. Adicionalmente, se utilizó un formato para recoger datos de caracterización de los participantes de cada grupo focal: edad, sexo, nivel de formación, institución y tiempo de experiencia en el área, el cual fue tramitado por cada uno de los profesionales y entregado conjuntamente con el consentimiento informado.

Análisis de los datos

El análisis de los datos, de tipo temático, fue realizado con apoyo del software Atlas ti 22®. El análisis temático en estudios fenomenológicos ordena, identifica, analiza de manera detallada y reconoce temas o patrones a partir de la atenta lectura y relectura de la información obtenida (15). El proceso, tal cual es propuesto por Mieles et al., sigue la siguiente secuencia: Fase 1: Familiarización con los datos; Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales; Fase 3: Búsqueda de temas; Fase 4: Revisión de temas; Fase 5: Definición y denominación de temas y Fase 6: Interpretación de la información (16).

Para fortalecer el rigor metodológico del estudio se aplicaron criterios de credibilidad y consistencia mediante triangulación de resultados, considerando participantes de dos contextos institucionales y regionales, además de que se realiza una lectura de los hallazgos a la luz de la literatura científica (17).

Consideraciones éticas

Los resultados que se socializan mediante este artículo provienen del estudio de investigación docente “Prevención de la negligencia dental en la primera infancia: perspectiva de docentes de dos facultades de odontología”, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque, con el código PIS-2021-027. El estudio, a la luz de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud (18) es un estudio sin riesgo. Se consideran criterios éticos propuestos por la Declaración de Helsinki (19) para preservar la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de quienes participaron en la investigación. Los grupos focales fueron grabados y transcritos con autorización de los participantes, cuyos nombres son reemplazados por seudónimos para preservar la confidencialidad de los datos; igualmente se guarda reserva sobre las instituciones participantes. Se utilizó consentimiento informado de tipo escrito.

Resultados

En la Tabla No.1 se presenta información sobre cada uno de los participantes, según su seudónimo, por sexo, formación, filiación y experiencia en el área comunitaria o de salud pública.

Tabla 1. Perfil de los participantes.

No.	Seudónimo	Sexo	Posgrado/Especialidad	Institución	Experiencia en el área
1	Karen	F	Odontóloga pediatra, Magíster en Salud Pública	Universidad A	18 años
2	Santiago	M	Odontólogo, Especialista en Gerencia en Salud	Universidad A	12 años
3	Carlos	M	Odontólogo, Especialista en Docencia Universitaria y en Gerencia en Salud	Universidad A	23 años
4	Alfonso	M	Odontólogo, Magíster en Salud Pública	Universidad A	30 años
5	Angela	F	Odontóloga Pediatra Magíster en Docencia de la Educación Superior	Universidad B	10 años
6	Camila	F	Odontóloga, Especialista en Gerencia en la Calidad en Salud	Universidad B	20 años
7	Catherine	F	Odontóloga Pediatra	Universidad B	12 años
8	Mariana	F	Odontóloga Pediatra, Magíster en Docencia de la Educación Superior	Universidad B	20 años
9	Juan Pablo	M	Odontólogo, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Candidato a doctor en Salud Pública	Universidad B	15 años
10	Adriana	F	Odontóloga pediatra, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria	Universidad B	25 años
11.	Viviana	F	Odontóloga Pediatra, Especialista en Epidemiología, Magíster en Docencia de la Educación Superior	Universidad B	23 años

Fuente: elaboración propia

En el estudio participaron 11 docentes, cuatro de la Universidad A y siete de la Universidad B, de los cuales siete son mujeres y cuatro hombres. Seis de los participantes son especialistas en odontología pediátrica. Entre los estudios de postgrado realizados por los participantes se encuentran los siguientes: salud pública, gerencia en salud, salud familiar, epidemiología y docencia universitaria. Aquellos que participaron cuentan con entre 10 y 30 años de experiencia, ya sea en el campo de la odontología comunitaria o de la salud pública, lo que, junto con sus niveles de preparación, nos habla de que se contó con un grupo con un alto nivel de experticia.

Los resultados se organizan a partir de cuatro categorías generales que permiten presentar los temas más relevantes tratados en los grupos focales por los participantes y que dan cuenta

del acercamiento realizado por el estudio a su perspectiva sobre la negligencia dental: “Cómo se describe la negligencia dental”, “Cómo afecta la negligencia dental la salud de los niños”, “Aspectos sociales, culturales y familiares que favorecen la negligencia dental” y “Rutas a seguir para prevenir la negligencia dental”.

Los dos grupos institucionales concuerdan en gran medida en su perspectiva frente a la negligencia dental, siendo posible triangular e integrar los aportes obtenidos en uno y otro grupo focal. El hecho de que esta realidad sea reconocida de manera similar desde diferentes experiencias y contextos institucionales aporta solidez a los resultados. En lo que respecta a las rutas a seguir para prevenir la negligencia dental, más que hallarse convergencia entre las ideas de unos y otros participantes al interior de los grupos y entre grupos institucionales, se podría hablar de complementariedad entre las diversas propuestas.

Cómo se describe la negligencia dental

El aspecto que sobresale en la descripción de la negligencia dental que realiza el grupo de participantes es que ésta consiste en el descuido o falta de atención por parte de los padres y/o cuidadores a los problemas de salud oral de los niños y en la falta de cumplimiento de las responsabilidades relacionadas con su cuidado. Mariana lo expresa de esta manera:

“Es negligencia por parte de los papás no llevarlo a tiempo a su consulta odontológica o no iniciar desde un principio con su higiene oral [...] Cuando uno ve esas caries de infancia temprana que hay dolor, que el niño a veces no se alimenta bien por esos mismos procesos de infección que pueda tener en la cavidad oral”.

El hecho de que la negligencia sea una forma de maltrato infantil es otra de las perspectivas compartidas por algunos de los docentes. Karen sostiene esta posición: “Asocio la negligencia con maltrato infantil, lógicamente, irresponsabilidad y una falta de cuidado por parte de los padres hacia sus hijos”.

Además de lo anteriormente expuesto, hay algunas particularidades que los participantes destacan sobre la negligencia dental:

a) A menudo, la negligencia dental no es deliberada.

Al explicarla, varios de los participantes afirman que la negligencia dental generalmente no es algo deliberado, como lo manifiesta Adriana: “No es algo que los padres hagan voluntariamente como daño directo a los niños, sino que es como esa falta de entendimiento, quizás por muchas razones”. Santiago también lo expresa así: “Muchas personas cometen ese tipo de error no porque lo hagan a propósito, sino tal vez por falta de información o porque así se lo han transmitido de generación en generación y así lo manejan (...) es un resultado no intencional, pero, como menciona el compañero, se da por desconocimiento total, parcial o absoluto”.

b) La negligencia dental es difícil de identificar

Varios de los odontólogos participantes en el estudio consideran que es difícil determinar cuándo se trata de negligencia dental o cuándo se trata de una situación asociada a la condición educativa y social de las familias, como lo expone Viviana:

“Me parece también complicado identificar esa parte, ¿es ignorancia? Porque no entienden el proceso o el tener adecuadamente esa salud bucal, o porque, en casos de niños con dentición temporal, como tenemos este concepto de que los dientes de leche se van a caer, entonces para qué tratarlos, y cuando hay algún tipo de dolor, es más el tratar el dolor, pero no entender que es a causa de un diente o de una muelita [...] ahí me parece que hay que ser bien minucioso para poder determinar que se trata de negligencia”.

En la misma línea, Juan Pablo expresa lo siguiente: “Se me hace un indicador, una radiografía de que algo está pasando, pero a mí, desde mi experiencia, me cuesta mucho hablar inmediatamente de negligencia”. Karen lo expresa de este modo: “Uno no puede juzgar inmediatamente en la situación de negligencia”.

c) La negligencia dental supera la responsabilidad de los padres

Otro aporte que hacen los participantes a la tipificación del fenómeno se relaciona con el hecho de que la responsabilidad de la negligencia dental va más allá de los padres y cuidadores e implica también aspectos estructurales ligados a la responsabilidad del estado y de las instituciones, tal como lo expone Juan Pablo: “Yo ampliaría la responsabilidad entonces a cuestiones ya más de negligencia estatal. También la negligencia de algunas instituciones, no solamente la familia”. Este es el punto de vista de Carlos: “Creo que es una responsabilidad compartida del estado colombiano, de su modelo de educación y de la formación de los padres; el nivel cultural influye mucho en estos casos”.

Cómo afecta la negligencia dental la salud de los niños

La negligencia dental, según los aportes de quienes participaron, tiene implicaciones sobre la salud de los niños y niñas en diferentes niveles: a) en la salud oral, b) en su crecimiento y desarrollo y c) en su vida emocional.

a) Implicaciones de la negligencia dental en la salud oral de los niños

En lo que respecta a la afectación de la cavidad oral, la situación de salud bucal del niño o niña víctima de negligencia dental puede llegar a ser de alta complejidad. Suele presentarse caries de la infancia temprana e infecciones, además de que es común el dolor y la pérdida de la dentición temporal relacionada con patologías bucales no tratadas. Karen expone lo siguiente: “Son niños que llegan tardíamente a la consulta; hay que realizar tratamientos muy invasivos en su boca. En algunos dientes, hay que llevar a cabo terapia pulpar o extracción porque el deterioro es tal que ya no se pueden salvar”. Añade que “cuando la placa bacteriana ya está muy madura sobre

los dientes en un niño menor de cinco años, eso es un indicador de que algo está pasando en el cuidado de ese niño”.

b) Implicaciones de la negligencia dental en el crecimiento y desarrollo

De acuerdo con lo expuesto por los participantes, el crecimiento y desarrollo del niño se pueden ver altamente afectados por la negligencia dental, destacando la incidencia que los problemas en su salud oral tienen sobre su nutrición. Esto lo relata Mariana: “En ese jardín infantil había un par de niños que estaban bajos de talla, bajos de peso, porque no masticaban, no comían bien porque les dolían sus dientecitos”.

c) Implicaciones de la negligencia dental en la vida emocional de los niños

La vida emocional de los niños y niñas también se ve fuertemente impactada por la negligencia dental. Veamos lo que reporta Camila al respecto: “Lo que yo he visto son niños tristes. Los niños en muchas ocasiones no sonríen. Niños que a veces tienen tan alto el problema de esa condición dental que hasta les da vergüenza hablar”. Santiago describe así la situación de los niños cuando asisten a consulta: “principalmente son tímidos (...) Son bastante temerosos, tienen casi terror, gritan”.

Aspectos sociales, culturales y familiares que favorecen la negligencia dental

Los aspectos sociales, culturales y familiares que favorecen la negligencia dental, según la perspectiva de los consultados, se describen a continuación:

a) Contextos marcados por la inequidad social

De acuerdo con los puntos de vista expuestos, la negligencia dental surge sobre todo en contextos marcados por la inequidad social donde se presentan limitaciones de acceso a la salud y educación y falencias en lo referente a la aplicación de las políticas públicas, además de desinterés de las instituciones educativas por la salud bucal de los niños y niñas y de aspectos relativos a la distribución del cuidado. Juan Pablo afirma que la complejidad del fenómeno y alerta sobre el posible determinismo de considerar la pobreza como el único antecedente:

“Yo pondría asuntos de políticas públicas, de acceso a la salud, cuestiones de educación para la salud, de promoción de la salud (...) Ahora, no puede quedar tampoco la idea determinista de que es en la pobreza donde se da la negligencia; uno lo habla desde la experiencia y, claro, nosotros estamos con poblaciones casi siempre vulnerables, empobrecidas, que le podrían llevar a uno a pensar en eso. Pero seguramente al hablar de una cuestión compleja, pues esto está relacionado con otros asuntos, encontramos las composiciones familiares, las construcciones que se hacen dentro de la familia sobre el cuidado y cómo se distribuye el cuidado en la familia, y eso no necesariamente tiene que ver con una familia empobrecida”.

Para Ángela, el desinterés de las instituciones educativas que atienden a los niños de la primera infancia se constituye en otro factor de peso en este estado de cosas: “se les manda la agenda, pero los profesores ni siquiera se toman el tiempo a veces de leerla”. Viviana añade que en la salud “también hay barreras de acceso. La oportunidad de citas es también difícil y complicada”.

b) Valores, mitos y creencias que generan barreras culturales

Un segundo aspecto que favorece la existencia de la negligencia dental en la primera infancia atañe a barreras culturales relacionadas con valores y prioridades de las familias que llevan a considerar poco relevante la salud oral, a creencias erróneas sobre la dentición temporal y a mitos en torno a la caries temprana. Alfonso se refiere a cómo en el contexto cultural propio de familias vulnerables la salud oral está en un segundo plano: “Ve uno cómo la salud se encuentra subvalorada totalmente en algunos grupos de población y, peor aún, la salud bucal”. Santiago describe lo que él considera uno de los mitos más frecuentes en torno a la caries temprana: “Nació con los dientes malos porque tuvo falta de calcio”. Catherine afirma lo siguiente:

“El desconocimiento de la importancia de la dentición temporal en el desarrollo de los niños, en todo sentido, tanto en la parte funcional como en el crecimiento, la estética y la autoestima, está asociado a la creencia de que cómo no pasa nada con estos dientes y vienen otros, entonces por esto no le prestan atención”.

c) Vulnerabilidad familiar y delegación del cuidado parental

Las necesidades básicas insatisfechas, la desintegración familiar, las familias extensas y numerosas y el embarazo adolescente, además de la delegación del cuidado parental en personas sin competencias para realizarlo, hacen parte de los contextos familiares que rodean la negligencia dental que afecta a la primera infancia, de acuerdo con la visión de los participantes. La vulnerabilidad social y económica de las familias influye en diferentes determinantes sociales de la salud, según lo destaca Alfonso, quien expone lo siguiente:

“Indefectiblemente hay un factor de carácter social, el cual está asociado a las condiciones socioeconómicas de ese grupo familiar, que incide por ejemplo en el estado nutricional y en los niveles de educación y en factores o condiciones que tienen repercusión en la salud, como el acceso a la educación, el acceso a las condiciones materiales de todo tipo, desde alimentación hasta servicios básicos”.

Camila describe así la situación de vulnerabilidad económica que se experimenta con frecuencia en los hogares donde se genera descuido de la salud oral de los niños y niñas: “los niños comentan que ellos tienen un solo cepillo de dientes para los tres hermanos”. Viviana indica a su vez que “los cuidadores no son la mamá y el papá porque están tratando de solventar estas situaciones que se presentan, esas desigualdades que viven (...) entonces el cuidador principal se vuelve, cuando son familias extensas, la abuela o el tío o la tía”. Mariana explica así esta situación: “es toda la carga del trabajo productivo y reproductivo que hay en las familias, donde muchas veces tienen que salir sus papás a trabajar y los niños los dejan en cuidado de un tercero que no ayuda mucho”. Karen añade que: “las familias extensas esas donde viven, tíos, abuelos tienden a descuidar a los niños (...) las madres adolescentes tienden a que esos niños tengan

algún tipo de descuido, de pronto por desconocimiento o también porque no encuentran el apoyo suficiente de todos los miembros de la familia que están alrededor”.

Rutas a seguir para prevenir la negligencia dental

Las rutas a seguir para la prevención de la negligencia dental expuestas por quienes participaron, se orientaron desde tres frentes: el quehacer profesional del odontólogo, los programas comunitarios donde actúan las facultades de odontología y la formación profesional.

a) Rutas desde el quehacer profesional del odontólogo

Abordar la problemática integralmente partiendo de las necesidades y condiciones particulares de cada grupo familiar, mejorar la educación a la familia y motivarla frente a la higiene oral y la nutrición, sensibilizar sobre la relación entre salud bucal y salud general y concientizar acerca de la importancia de la dentición temporal, son aspectos que, según los participantes, requieren ser considerados por los profesionales de odontología para prevenir la negligencia dental. Carlos expone que “si nosotros, como profesionales de la odontología, no le estamos brindando la educación adecuada y correcta a los padres, también hay dificultad. La motivación y educación es fundamental para mejorar la salud de los niños”. Viviana plantea que “primero hay que conocerlos, saber qué piensan ellos de esa dentición temporal, conocer un poco cómo son los hábitos en su entorno. Hacerles entender esa dentición temporal o decidua para qué y por qué está”. Este es el punto de vista de Catherine: “es responsabilidad de nosotros estar orientando y educando a las personas para que se enteren de lo importante que es mantener esa dentición saludable, no solamente con la higiene, sino también con una dieta adecuada y lo mismo con controles, que se haga detección de lesiones que sea temprana”.

b) Rutas desde los programas comunitarios

Como recomendaciones a considerar en los programas orientados a la comunidad para la prevención de la negligencia dental, los participantes exponen la importancia de cumplir con los mandatos de la política pública sobre rutas de atención y primera infancia, hacer demanda inducida desde la gestación, trabajar de manera multidisciplinaria, realizar valoración integral ante indicios de negligencia, involucrar los diversos actores implicados, recoger las vivencias y experiencias de familias y niños y empoderarlos frente al cuidado de la salud y comprometer a los profesores en las instituciones de cuidado a la primera infancia. Santiago expone que “hay una resolución donde se habla de las rutas integrales de atención en salud. Están incluidos dentro de esa ruta, en la atención en todo nivel, los niños de los cero a los cinco años”. Añade lo siguiente: “es necesario promocionar la actividad desde cada uno de los actores del sistema, en mi caso, haciendo demanda inducida teniendo una población ya establecida de gestantes y de niños [...] empezar a hacer promoción y prevención”. El punto de vista de Mariana es que “no hemos llegado con la información que ellos necesitan [...] es necesario indagar primero cómo

son esas necesidades puntuales de cada familia”. Ángela destaca que “los profesores también deberían estar presentes y tener en cuenta de pronto nuestra valoración y darle continuidad o hacer seguimiento a los niños”. Cuando se presentan indicios de negligencia, el reporte para la valoración integral y multidisciplinaria del caso es la ruta propuesta por varios participantes, como lo expone Adriana:

“Cuando vemos un niño que tiene muchas caries, que también se ve un poco descuidado, lo que uno hace es avisar a la persona correspondiente para que se empiece a investigar y se empiece a hacer un análisis integral no sólo de la parte de odontología”.

c) Rutas desde la formación profesional

Desde las facultades de odontología, sería necesario hacer visible la negligencia dental y capacitar a los estudiantes para su detección, formarlos para el diálogo cultural como estrategia de diagnóstico integral y fortalecer sus competencias en educación para la salud, además de fomentar la investigación epidemiológica sobre este fenómeno. Santiago propone “implementar dentro de los programas y en el pensum académico alguna área específica y capacitar, realmente, en talleres de participación, donde el estudiante sea capaz de ver ejemplos gráficos y tangibles para que podamos incrementar esta detección. Los estudiantes son la base y son los mayores promotores de salud que tenemos”. Alfonso sugiere “incentivar también o fomentar en los estudiantes de pregrado el desarrollo de investigaciones descriptivas que nos permitan ir definiendo un perfil epidemiológico de la negligencia dental”. Juan Pablo ve como alternativa para lograr mejores resultados “formar a los estudiantes en el diálogo cultural para romper esos prejuicios y, más allá, poder entender una situación, hacer unos diagnósticos más amplios”. Añade que “la educación para la salud es todavía un reto que tenemos dentro de la profesión. Nos tenemos que formar mucho más como educadores”.

Discusión

En concordancia con lo expuesto en la literatura científica (8-10), quienes participaron en el estudio coinciden en su concepción de la negligencia dental como el descuido y la falta de cumplimiento de responsabilidades de padres y cuidadores cuando no se proporciona cuidado de la salud oral y un tratamiento adecuado y oportuno a los problemas de salud oral de los niños. La negligencia dental, según lo expuesto en los grupos focales, tiene serias implicaciones sobre la salud oral de los niños y niñas como la caries dental y otras afectaciones de la salud oral no tratadas oportunamente que pueden provocar, además de dolor, infección, tratamientos invasivos y pérdida de la dentición temporal, lo cual ha sido identificado y expuesto por varios autores (8-10).

La negligencia dental, según los aportes obtenidos en este estudio, incide en la salud general y en el desarrollo de los niños de primera infancia, afectando de manera particular su nutrición e impactando su estado emocional. Se destaca que el dolor conlleva en ellos dificultad para masticar, lo que puede incidir negativamente en su alimentación y desarrollo. Hazar Bodrumlu et al. (18) señalan que los niños que sufren caries de infancia temprana son más propensos a

desarrollar desnutrición, índices de masa corporal bajos e índices de crecimiento bajos. Según Spiller et al. (19), las enfermedades dentales no tratadas adecuadamente pueden tener impactos significativos a largo plazo no solo en el bienestar físico sino en el bienestar psicológico de los niños. Bathia et al. (20) destacan que en los niños con negligencia dental se ve disminuida la autoestima y se presenta un bajo rendimiento escolar. La negligencia dental puede ser signo de una negligencia que afecta la salud general de los infantes y su calidad de vida (21).

De acuerdo con lo expuesto por varios de los participantes, más que ser deliberada, la negligencia dental en los niños de primera infancia, de grupos sociales deprimidos, se puede ver asociada a la poca comprensión de los padres y cuidadores sobre la importancia de cuidar la salud oral y atender los problemas dentales de los niños. A menudo, padres y cuidadores no ven que exista relación entre la salud oral y la salud general de los niños. Se requiere tener en cuenta que al diagnosticar negligencia dental, los profesionales de la salud se aseguren de que los cuidadores del niño hayan comprendido la afectación, sus consecuencias y el tratamiento a seguir (22). El odontólogo debe advertir a los padres apropiadamente sobre la naturaleza y el alcance de la situación de salud del niño, el tratamiento específico necesario y el mecanismo para acceder a este (9).

Se plantea en los grupos focales que la negligencia dental no es solo un asunto que atañe a la responsabilidad familiar, estando vinculada también a negligencias que corresponden al estado, a falencias en las políticas públicas y a barreras en el acceso a la salud. Se requiere hacer intentos para eliminar cualquier barrera que impida a los responsables de los niños cumplir con las indicaciones de los profesionales. En el caso de que existan barreras para la atención necesaria, los odontólogos deben apoyar a las familias en la búsqueda de alternativas (11). Es importante señalar que en Colombia, el Estado y la sociedad, además de la familia, son corresponsables de la crianza y la salud de los niños (25). Según la Ley 1098 de 2006 o Código de Infancia y Adolescencia (25), las entidades públicas o privadas, obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán negar “la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes”.

De acuerdo con los docentes de odontología consultados en este estudio, no es fácil distinguir entre el desconocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la negligencia dental, aspecto que es compartido por Ramazani (9). Dada la prevalencia variable de caries entre los niños pequeños en las poblaciones occidentales, es imposible definir un umbral preciso para la negligencia dental basado en esta condición. Sin embargo, si los padres no llevan a las citas odontológicas cuando el niño experimenta dolor o molestias, o si no se adhieren al plan de tratamiento recomendado, se requiere realizar un análisis de la situación con miras a detectar lo que sucede. Si un niño experimenta dolor, incomodidad, vergüenza social o complicaciones de salud como consecuencia de la caries, debe recibir un tratamiento adecuado de inmediato (26). Los odontólogos son los principales responsables de detectar, intervenir y tratar al niño con signos de negligencia dental (9).

Según la experiencia de los docentes consultados, en los contextos comunitarios donde se realiza acompañamiento desde las facultades de odontología, se presenta negligencia dental asociada a condiciones estructurales de desigualdad social. Se señala también la existencia de barreras y exclusiones en salud y la falta de compromiso institucional en los ámbitos de la educación a la primera infancia. Ramazani (8) expone que es común que la negligencia dental infantil se observe con mayor frecuencia en las clases socioeconómicas más bajas, donde incluso no se cuenta con implementos necesarios para la higiene bucal, aspecto que fue descrito entre los resultados de este estudio.

Otro aspecto a destacar es que las condiciones asociadas a la desintegración y la vulnerabilidad familiar, las familias extensas y el embarazo adolescente, llevan muchas veces a la delegación del cuidado parental, generando un contexto propicio para la negligencia dental. Díaz et al. (27) reportan que las familias de escasos recursos económicos, extensas, o atípicas, con ausencia del padre comprometen la salud bucal de los niños. Las familias muy numerosas y la pobreza reducen las posibilidades de que los padres puedan dedicarse al cuidado de la salud bucal de sus hijos y limitan el acceso a recursos para la higiene, lo cual se ve asociado con frecuencia a la caries de la infancia.

De acuerdo con García-Cruz et al., existen factores estresantes relacionados con un mayor riesgo de negligencia como el aislamiento social, las experiencias adversas de la infancia y la falta de conocimiento y habilidades para la crianza que pueden afectar la capacidad de los padres para comprender o centrarse en las necesidades de sus hijos y formar relaciones de apego estables y seguras. Por lo tanto, es central la existencia de políticas públicas orientadas a erradicar la desigualdad social y a garantizar la salud y apropiada crianza de los niños (1). Rodríguez et al. proponen co-construir nuevo conocimiento frente al rol parental en contextos connotados como vulnerables, desarrollando la autonomía en los grupos familiares. Desde esa perspectiva, la negligencia constituye un llamado de atención para prepararse a accionar de manera diferente con las familias, lo que implica también un giro en la construcción de políticas públicas (28).

Aspectos culturales, como la falta de valoración de la salud oral, creencias equivocadas sobre la dentición temporal y mitos sobre los problemas dentales en la primera infancia, están asociados a la falta de interés en las familias por el cuidado de la boca, de acuerdo con lo planteado por los participantes, quienes insisten en la importancia de derribar esos viejos paradigmas. Según Tiol-Carrillo (29), con frecuencia, los padres enfrentan falsas creencias sobre la salud bucal de sus hijos, arguyendo equivocadamente que los dientes del infante están dañados por la ingesta de ciertos fármacos o por causa de algún defecto del desarrollo dental. Incluso exponen la peligrosa creencia de que los dientes primarios no son importantes debido a su permanencia temporal en la boca, por lo que su mantenimiento y rehabilitación no resultan necesarios. Es central formar a los padres y cuidadores para la comprensión de la importancia de la dentición temporal y su cuidado. Como lo expone Barbería (30), los padres requieren saber que la caries dental en los dientes primarios es un factor de riesgo para la salud de los dientes permanentes, y que esta puede evitarse mediante una dieta balanceada, la reducción del consumo de azúcares y la adecuada higiene oral.

De acuerdo con Alfonso et al. (31), existen tres tipos de prevención en salud del maltrato infantil, según el objetivo de las acciones o intervenciones. La prevención primaria conlleva estrategias para impedir su aparición, dirigida a la población en general; la prevención secundaria está basada en estrategias orientadas a impedir la aparición de nuevos casos cuando se ha detectado en las familias, y la prevención terciaria conlleva la intervención cuando ya ha ocurrido y se busca impedir que ocurra nuevamente, además de atender a las secuelas físicas y psíquicas en la víctima.

La prevención primaria de la negligencia dental en la comunidad pasa necesariamente por la educación y el abordaje integral de la salud de la infancia y la familia. Partir del reconocimiento de las necesidades de los diferentes grupos familiares, el trabajo en equipo multidisciplinario, así como la acción decidida de los profesionales de la odontología como educadores, puede generar cambios significativos, según lo expuesto a lo largo de este estudio. Involucrar en mayor medida a las instituciones educativas de la primera infancia es una necesidad primordial que requiere estrategias efectivas y seguimiento continuo. Las intervenciones educativas en salud oral en el ámbito comunitario deben incluir la participación de los diferentes actores sociales, lo que implica, en primer lugar, considerar las vivencias de las familias y los niños y su empoderamiento. La experiencia educativa desde la odontología requiere impactar el acceso al cuidado. La educación para la salud en la comunidad plantea una aproximación participativa, no limitada a la transmisión de saberes, orientada a desarrollar conciencia en las personas, motivándolas a compartir experiencias y dándoles a conocer cómo deben cuidarse y aplicar lo aprendido. Las formas de comprender el estar sanos, enfermar y curar se relacionan con significados propios de los grupos sociales que no pueden quedar de lado al desarrollar estrategias educativas (32).

En la línea de la prevención secundaria de la negligencia dental, el odontólogo requiere avanzar en la implementación de metodologías basadas en el diálogo cultural que favorezcan el reconocimiento de las necesidades de las personas y en el diagnóstico integral que permita comprender a profundidad los contextos donde se presenta esta problemática, las formas que adquiere y las posibles estrategias de intervención para detenerla. El posicionamiento cada vez mayor de la educación para la salud se propone como un aspecto central en la formación de los profesionales de odontología. Los odontólogos deben formarse para contar con habilidades y competencias para el cuidado de la salud oral de los grupos humanos, por lo que es imprescindible que desarrollen conocimientos, aptitudes y actitudes para abordar de manera efectiva, desde la educación para la salud, el cuidado de la salud oral de la comunidad, especialmente en los grupos más vulnerables. El odontólogo requiere contar con una formación interdisciplinaria y una visión integral de la salud, considerando las condiciones psicosociales y culturales de los pacientes, los grupos familiares y comunidades, con una mirada crítica frente a su situación de salud (32).

Ante los indicios de negligencia, se propone, desde los participantes, que el profesional de odontología proceda a generar un reporte ante la instancia pertinente para que se proceda a la valoración multidisciplinaria del caso. En la formación profesional del odontólogo, se requiere visibilizar el fenómeno además de ampliar la investigación y darle un lugar a la capacitación para la detección de la negligencia dental, según lo propuesto en los grupos focales. Arrieta et al. (8) destacan la importancia de reforzar el tema del maltrato infantil en los planes de formación profesional en odontología y, para el caso de algunos programas, incorporar la temática. Según los autores, dada la significativa prevalencia de abuso de menores y negligencia en Colombia, además del alto porcentaje de las lesiones bucales y faciales como consecuencia del maltrato infantil, es esencial para los profesionales de la salud bucal estar adecuadamente informados y capacitados sobre el abuso/negligencia que afecta a la infancia (8). Es relevante que la mitad de las lesiones derivadas del maltrato infantil ocurran en la región orofacial, estando los odontólogos en un lugar privilegiado para detectar y reportar el abuso (33). El futuro odontólogo, por lo tanto, tiene que prepararse para ejercer un papel esencial en la detección primaria y el control de los malos tratos a la infancia (8).

Destacan Arrieta et al. (8) que los odontólogos en Colombia están obligados, por ley, a denunciar los presuntos casos de maltrato infantil ante las autoridades protectoras de menores. El Código de la Infancia y Adolescencia (25), en su Artículo 40, establece la obligatoriedad y responsabilidad de dar aviso sobre el maltrato a los niños, niñas y adolescentes o denunciarlo. Exponen Doria y Navarro (34) que el diagnóstico de maltrato infantil debe ser realizado por un equipo multidisciplinario donde el odontólogo tiene la responsabilidad legal y ética, después de haber llenado y documentado su historia clínica, de reportar los casos que tengan una “sospecha razonable” de que un niño está siendo maltratado. De acuerdo con los lineamientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para Colombia (35), cuando la familia, teniendo los medios, el conocimiento y acceso a la prestación de servicios, no protege de la exposición al peligro, ni atiende o satisface las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, sean estas físicas, psicológicas, educativas o de salud, incurre en omisión o negligencia y el caso requiere ser reportado ante las autoridades con fines de restablecimiento de derechos de los niños, las niñas y adolescentes.

Conclusión

Conforme a la perspectiva de los odontólogos-docentes que participaron en este estudio, la negligencia dental es un fenómeno complejo y multicausal que afecta a la primera infancia en contextos sociales y económicos vulnerables. La negligencia dental impacta la salud oral, el desarrollo integral y la vida emocional de niños y niñas, siendo fundamentalmente un signo de alarma que debe dar lugar al desarrollo de procesos de análisis oportunos que permitan comprender las condiciones en las que se presenta y actuar preventivamente para detenerla. Constituye un llamado a la inclusión social y un punto crítico que debe ser atendido por las políticas públicas a favor de la salud de la primera infancia y que requiere ser reconocido y abordado preventivamente por los odontólogos mediante herramientas adecuadas a las realidades de las familias y grupos humanos. El desconocimiento del valor de la dentición temporal y los mitos arraigados en las familias sobre los problemas dentales juegan un

papel importante en la subvaloración del cuidado y la desatención de la salud oral de la primera infancia, aspecto en el que se requiere trabajar decididamente. Fortalecer, desde la educación para la salud, la capacidad de los padres y cuidadores familiares e institucionales para comprender el qué, cómo y por qué del cuidado de la dentición temporal, como se ha expuesto en este estudio, puede marcar la diferencia. Los odontólogos deben ser formados para detectar la negligencia dental, para actuar como educadores en su prevención y para proceder oportunamente frente a su presencia en las vidas de los niños y niñas, ya que es su deber actuar ante cualquier forma de maltrato infantil. Por encima de cualquier otra consideración, deben proteger los derechos de los niños y asumir la responsabilidad legal y ética que tienen de reportar los casos cuando exista sospecha razonable de cualquier forma de maltrato que los pueda afectar.

Limitaciones del estudio

Este estudio se centra en la perspectiva de odontólogos-docentes cuyos referentes son especialmente grupos poblacionales vulnerables de comunidades donde las facultades de odontología realizan trabajo de acompañamiento centrado primordialmente en educación para la salud oral y en atención primaria, por lo que los hallazgos no son generalizables a otros grupos humanos y contextos

Declaración sobre conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

Referencias

1. García-Cruz A., García-Piña C, Orihuela-García S. Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*. 2019; 40(4): 200-210. <https://doi.org/10.18233/APM40No4pp199-2101851>
2. Román Y, Orjuela L, Puga L, Rodríguez V. Más allá de los golpes: ¿por qué es necesaria una ley? Madrid: Save the Children; 2012.
3. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño. Madrid: UNICEF; 2006.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF; 2017.
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Caracterización del maltrato infantil en Colombia: Una aproximación en cifras. Bogotá: ICBF; 2013. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/publicacion-37.pdf>
6. Rodríguez-González M, Loredo-Abdalá A. Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. *Acta Pediatr Mex*.2019;40(2):85-92. <https://doi.org/10.18233/APM40No2pp85-921780>

7. Welbury R. Dental neglect, child maltreatment, and the role of the dental profession. *Contemp Clin Dent*. 2016;7(3):285-6. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.188535>
8. Arrieta Vergara K M., Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam*. 2014; 7(2): 103-111. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200004>
9. Ramazani N. Child Dental Neglect: A Short Review, *Int J High Risk Behav Addict*. 2014; 3(4): e21861. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.21861>
10. Fisher-Owens SA., Lukefahr JL, Tate AR, American academy of pediatrics, section on oral health, committee on child abuse and neglect, american academy of pediatric dentistry, council on clinical affairs, council on scientific affairs, & ad hoc work group on child abuse and neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2017; 140(2): e20171487. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
11. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach. Pittsburgh: Duquesne University Press; 2009.
12. Martínez Ávila B, Álvarez Aguirre A. Aplicación de la fenomenología de Amedeo Giorgi como sustento metodológico. *Acc Cietna*. 2021; 8(1). <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i1.570>
13. Aguirre JC, Jaramillo LG. El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de moebio*. 2015; (53), 175-189. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200006>
14. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación educ. médica*. 2013; 2(5): 55-60. [https://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
15. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):613-619. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
16. Miele Barrera MD, Tonon MG, Alvarado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*. 2012; (74): 195 – 225.
17. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12:263-74. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
18. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-ammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. Hazar Bodrumlu E., Demiriz L., Toprak S. Relationship between Severe Early Childhood Caries and dental development. *European journal of paediatric dentistry*. 2018; 19(2), 156–160. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2018.19.02.11>
21. Spiller L, Lukefahr J, Kellogg N. Dental Neglect. *J Child Adolesc Trauma*. 2019; 4;13(3):299-303. <https://dx.doi.org/10.1007/s40653-019-0247-y>

22. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent.* 2014;42(3):229–39. <https://dx.doi.org/10.1007/s40653-019-0247-y> 10.1016/j.jdent.2013.10.010
23. Balmer R, Gibson E, Harris J. Understanding child neglect. *Current perspectives in dentistry. Prim Dent Care.* 2010;17(3):105-9. <https://doi.org/10.1308/135576110791654883>.
24. Verduzco K, Rodríguez TCM, Pedroza UIM, Alfonso SCC, Bayardo GRA. Manifestaciones clínicas en paciente con negligencia dental parental. *Rev Tamé.* 2017; 6 (17):637-640,
25. Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006 “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”.
26. The Royal College of Paediatrics and Child Health. *Child Protection Evidence Systematic review on Dental Neglect.* Wales: The Royal College of Paediatrics and Child Health; 2014.
27. Díaz Cárdenas S, Ramos K, Arrieta KM. Asociación del nivel de riesgo familiar total y caries dental en escolares de La Boquilla, Cartagena. *av.enferm.* 2013; XXXI (2): 43-52. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42692/44193>
28. Rodríguez Buitrago SL, Díaz Duque PL, Cardozo Posada DC. “Negligencia”: Un pretexto para movilizar los procesos vinculares entre familias y profesionales. [Trabajo de grado de Maestría en Psicología Clínica y de la Familia] Bogotá: Universidad Santo Tomás. División de Ciencias de la Salud Facultad de Psicología, 2017. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9385/CardozoDiana2017.pdf?sequence=1>
29. Tiol-Carrillo A. Caries en niños. ¿Maltrato infantil o ignorancia parental? *Rev ADM.* 2021; 78 (4): 205-208. <https://doi.org/10.35366/101074>
30. Barbería E. La dentición temporal, ¿el "capricho" de la naturaleza? *Gazeta Dental.* 2009; (208): 102-115.
31. Alfonso Quiñonez PA, Cortés Martínez AE, Becerra Huertas CE. Prevención del maltrato infantil. Situación de la política pública en Bogotá D.C. *RGPS.* 2020. 19: 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pmis>
32. Lafaurie MM, Ruíz JA, González MC, Restrepo LF. *Odontología Comunitaria y Atención Primaria en Salud. Una aproximación Conceptual.* Bogotá: Editorial Universidad El Bosque, 2022.
33. Crespo M, Andrade D, Alves AL, Magalhães T. The dentists role in the child abuse: diagnosis and report. *Acta Med Port.* 2011;24 Suppl 4:939-948. <http://dx.doi.org/10.20344/AMP.1574>
34. Doria AM, Navarro MI, La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Univ Odontol.* 2016;35(74). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi>
35. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). *Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados por causa de la violencia.* Bogotá: ICBF; 2017.

Notas

- * Tipología de artículo: de investigación.

