

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
PADRES DE FAMILIA SOBRE SALUD BUCAL EN EL COLEGIO
INEM SEDE ESCUELA SAN MARTIN DE BUCARAMANGA**

July Smith Guerrero Marín, Derly Lizeth Infante Prada, Yusely Yeritza Ortega Monsalve y
Laura Tatiana Salazar Plata

Tesis de grado para optar al título de Odontóloga

Directora
Od. Esp. Adriana María Gaona Beltrán
Odontopediátra

Coodirectoras
Od. Esp. Lofthy Piedad Mejía Lora
Od. Esp. Claudia Marcela Pinzón Camacho

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2017

Contenido

	Pág.
1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación.	10
2. Marco Teórico.....	11
2.1 Generalidades.....	11
2.2. Antecedentes de Investigación.....	12
2.3. Caries Dental.....	12
2.3.1. Etiología de la Caries Dental.	12
2.4. Gingivitis.....	13
2.5 Grado de Instrucción.....	14
2.6. Nivel Socioeconómico.	14
2.7. Hábitos de Comportamientos.....	14
2.8. Índice de Higiene Oral	14
2.9. Habilidad del Cuidador	15
2.10. Conocimientos Actitudes y Practicas (C.A.P.).	15
2.10.1. Conocimientos.	16
2.10.2. Actitudes.	16
2.10.3. Prácticas.	16
2.11. Construcción de un Instrumento o Test.	17
2.11.1. Confiabilidad de los Instrumentos de Medición.	17
2.12. Ley 100 de 1993.....	17
2.13. Plan decenal de Salud Publica 2012-2021.	17
3. Objetivos	18
3.1. Objetivo General.....	18
3.2. Objetivos Específicos.....	18
4. Materiales y Métodos.....	18
4.1. Tipo de Estudio.	18
4.2. Selección y Descripción de Participantes Población.	19
4.2.1. Población.....	19
4.2.2. Criterios de Selección.	19
4.2.2.1 Criterios de inclusión.	19
4.2.2.2 Criterios de exclusión.	19
4.3. Variables.	19
4.4. Instrumento de Medida.	19
4.5. Procedimiento.	20
4.5.1. Protocolo	21
4.5.2. Estudio Piloto.....	22
4.5.3. Validación.	23
4.6. Plan de Análisis Estadístico.	23
4.6.1. Plan de Análisis Univariado.....	23
4.6.2. Plan de Análisis bivariado.	23
4.7. Implicaciones Bioéticas.	24
4.7.1. Consentimiento informado.....	24

5. Resultados	25
5.1. Análisis Univariado.	25
5.1.1. Aspectos Relacionados con el Flujograma de la Muestra.	25
5.2. Variables Sociodemográficas.....	25
5.2.1. Actitudes de los Participantes.	26
5.2.2. Conocimientos de los Participantes.	27
5.2.3. Prácticas de los Participantes.	28
5.3. Análisis Bivariado.....	31
5.3.1 Actitudes de los Participantes de acuerdo al género.....	31
5.3.2. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Género.	31
5.3.3. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género.....	31
5.3.4. Actitudes de los Participantes de Acuerdo a la Edad.....	31
5.3.5. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo a la Edad.....	32
5.3.6. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad.....	33
5.3.7. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.....	35
5.3.8. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.....	35
5.3.9. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.	35
5.3.10. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico	36
5.3.11. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.	36
5.3.12. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico	36
6. Discusión.....	36
6.1. Conclusiones.....	38
6.2. Recomendaciones.	39
7. Referencias bibliográficas.....	40
Apéndices.....	43

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución de grupos.....	22
Tabla 2.Descripción de variables sociodemográficas en los padres de familia del colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga.	26
Tabla 3.Actitudes de los participantes de acuerdo al género.	26
Tabla 4.Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Género.	27
Tabla 5. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género.....	29
Tabla 6. Actitudes de los Participantes de Acuerdo a la Edad.....	31
Tabla 7.Conocimientos de los Participantes de Acuerdo a la Edad.....	32
Tabla 8. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad.	33

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Control de placa bacteriana	15
Figura 2. Flujograma del procedimiento.....	21
Figura 3. Aplicación del instrumento de medición.....	23
Figura 4. Diagrama de flujo de la población y el tamaño de la muestra.....	25

Lista de Apéndices

	Pág.
A. Operacionalización de Variables	43
B. Instrumento	49
C. Plan de análisis estadístico	55
D. Consentimiento informado.....	56
E. Tablas de resultados	58

NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE SALUD BUCAL EN EL COLEGIO INEM SEDE ESCUELA SAN MARTIN DE BUCARAMANGA

1. Introducción

En la actualidad se han implementado diversos programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades con base en “El Plan Decenal de Salud Pública Colombiana”, en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles.

Este busca el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de la vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque a la diversidad social. los objetivos son promover, desarrollar e implementar una agenda dirigida a todas las poblaciones sin importar el ámbito económico, étnico y social, disminuyendo la exposición a factores de riesgo, fortaleciendo la capacidad de gestión de los servicios de salud, mejorando la capacidad del país para tramitar y desarrollar la vigilancia en salud.(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la educación para la salud tiene como objetivo la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo y de la sociedad (2), por lo cual el Ministerio de Salud de Colombia ha implementado programas específicos efectuando estrategias de prevención y control de las diferentes patologías orales, proporcionando una mayor relevancia a patologías como la caries dental por su alta prevalencia, siendo ésta definida como una enfermedad reemergente, dinámica y crónica, que ocurre en la estructura dental en contacto con los depósitos microbianos lo que genera un desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante; esto conlleva a la pérdida de minerales a nivel iónico de la superficie dental, cuyo signo clínico es la destrucción localizada de los tejidos duros (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, la caries dental es una de las enfermedades más complejas por su origen multifactorial, por lo tanto se deben contrarrestar estos factores de riesgo a nivel individual con el apoyo de los padres, cuidadores y/o profesionales de la salud oral (4). La identificación de factores de riesgo a nivel individual en patologías como la caries dental permite plantear estrategias de prevención primaria teniendo en cuenta la patogénesis, prevención y control de la caries dental, en donde se evalúa al paciente de forma integral y se busca establecer un plan de cuidado personalizado de la caries dental. (5, 6).

Es de destacar que el padre de familia, según lo muestra la evidencia científica en estudios como el de Zaida Moya y colaboradores, en su estudio "Modelo educativo, preventivo y recuperativo para el control de la caries en niños menores de 5 años, Ciudad de Dios-Yura, Arequipa " publicado en el año 2012 deduce que la educación de los padres es indispensable para lograr cambios en la higiene oral de los hijos (7). Por lo tanto se busca estimular al padre de familia, para que aprendan y proporcione buenos hábitos en salud oral brindando modelos de un comportamiento saludable.

Al mismo tiempo es indispensable que los programas dirigidos a la población infantil cuenten con un lenguaje sencillo, acompañado de óptimos y claros contenidos que sean de rápido aprendizaje, esto convierte al odontólogo en un orientador, teniendo en cuenta que la interacción del profesional niño padre, es importante y necesaria para el control y prevención de patologías como la caries dental(8,9).

Según lo anterior, esta investigación buscó describir los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños del colegio INEM Custodio García Rovira sede escuela San Martín de Bucaramanga. Lo que buscará implementar el desarrollo de nuevos modelos de intervención preventiva en las diferentes poblaciones, reduciendo programas de salud bucal con contenidos generales, realizando un enfoque a la información recolectada (10).

1.1 Planteamiento del problema. El Gobierno de Colombia ha empleado programas de salud pública a diferentes grupos poblacionales, teniendo en cuenta factores de riesgo generales sin un enfoque en los conocimientos, actitudes y prácticas específicos de cada población, los cuales son determinantes de la salud bucal que presentan, no obstante ofrecen estrategias de información, comunicación y acciones de atención primaria en salud bucal(11).

La dificultad para reducir la prevalencia de enfermedades orales radica en la falta de información que pueden tener los padres de familia o cuidadores; por esta razón es importante saber el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionado a sus condiciones sociodemográficas, de esta manera se contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de los padres y sus hijos, enfocado en sus accesos limitados a los servicios de salud, logrando la disminución de enfermedades dentales como la caries a través de la enseñanza de comportamientos saludables, por consiguiente se resalta el Tercer (III) ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III (1998), en el cual se expone una notable mejoría con la información reportada del Estudio de Morbilidad Oral de 1977-80, debido a los programas de promoción y prevención de la salud bucal que se han ejecutado(1,12).En el ENSAB IV se evidencia que la caries es una enfermedad que inicia desde los primeros años y perdura durante toda la vida; por esta razón la población adulta es en quienes más se expresa la experiencia acumulada de caries es así como en grupos de edad como el de 35 a 44 años se identifica una disminución importante de la cantidad de dientes perdidos, dado que en 1998 estaba alrededor de 8 dientes y, para este estudio, se identifica en 3.5 dientes perdidos reflejando la importancia de contar con buena educación y conocimientos sobre la caries dental para la prevención de pérdida de dientes (1).

Algunas investigaciones afirman que los programas de salud deben involucrar al individuo, familia y entorno en que se desenvuelven y más cuando se presentan realidades socioculturales diversas (9), por ello es muy valiosa la relación entre la cultura y la calidad de vida de un individuo y su familia, en este caso entre padres o cuidadores y sus hijos.

Existen programas que brindan bases educativas multidisciplinarias en áreas de salud oral, que orienta a los acompañantes de la población infantil a fomentar hábitos saludables desde los primeros años de vida (12). Para que este tipo de programas sean exitosos se debe realizar un previo diagnóstico a la comunidad e identificar en cuál componente entre conocimiento, actitud y practica esta la debilidad, de esta manera el enfoque será atender la mayor necesidad para disminuir el reporte de casos de caries dental en la población infantil. El reporte mundial de salud oral 2003 menciona que por su extensión las enfermedades bucales son un problema prioritario en salud pública, no solo por la alta frecuencia de las patologías bucodentales, sino por las implicaciones que representan para la salud en general de las personas (Petersen, 2003).

Se analizarán los tres componentes conocimientos, actitudes y prácticas según las variables sociodemográficas de los padres de familia para así determinar en que está fallando el sistema de salud en Colombia, departamento de Santander y los odontólogos en su accionar, y así brindar educación a los padres a través de información necesaria e idónea para que llegue a los niños, que son la población del futuro, así mismo se pueden implementar estrategias diseñadas a

equilibrar los componentes de actitudes, conocimientos y prácticas de higiene oral y hábitos saludables según las características individuales de la población.

Estudios previos evidencian que los pacientes poseen hábitos de higiene oral incorrectos que pueden ser mejorados y modificados si adquieren los conocimientos adecuados sobre los diferentes temas relacionados sobre la salud bucal; aquí el odontólogo como profesional en salud oral juega un papel muy importante en el aprendizaje de los padres, ya que si ellos adquieren los conocimientos adecuados podrán transmitir estas enseñanzas a sus hijos, los cuales están en una etapa de aprendizaje que les permitirá aprender más rápido y a su vez tendrán como ejemplo a sus padres,(10) teniendo en cuenta que los hábitos de cepillado dental se establecen durante los primeros años de la infancia que perduren toda la vida(13).

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres o acudientes de niños matriculados en el colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga durante el II periodo del 2016 según los factores sociodemográficos?

1.2 Justificación. La elaboración de esta investigación según lo encontrado en la literatura advirtió que mediante la implementación de programas de promoción y prevención se puede reducir la prevalencia de enfermedades orales como la caries dental. La odontología basada en la evidencia, muestra que sólo durante los primeros años de vida se pueden lograr adquirir buenos hábitos de higiene oral (14). Pero además se deben tener en cuenta otros factores como el flujo salival, el desequilibrio del pH, la dieta, inadecuada higiene oral, determinantes sociales como lo son el nivel socioeconómico, falta de oportunidades a nivel de educación, desplazamientos, falta de tiempo para compartir en familia los cuales continúan generando un riesgo a la progresión y aparición de enfermedades orales entre ellas se destaca la caries dental. Se puede pensar que lo anterior está directamente relacionado con los conocimientos de los familiares y sus educadores ya que son los encargados de transmitir los saberes desde las primeras etapas de vida, y es en esta etapa donde se adquieren hábitos orales saludables; por tal motivo es de utilidad realizar una evaluación confiable sobre este tema e indagar sobre los hábitos de higiene bucal que presentan los padres de familia que serán transmitidos a sus hijos.

Los padres de familia según sus conocimientos orientan en sus hogares a sus hijos en educación bucal, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, la mayoría de veces perjudiciales para el niño, siendo ellos los responsables de la transmisión de conocimientos inadecuados a sus hijos (15). Por lo tanto, al identificar cuáles son los niveles de conocimientos de los padres y/o cuidadores sobre salud bucal implica asegurarse que el niño en sus primeros años tendrá un padre y/o cuidador orientado por el profesional en salud oral de forma personalizada. De esta manera se ofrecerán herramientas nuevas para evitar enfermedades orales además de obtener un mayor conocimiento sobre caries dental (16). También es importante posterior a la realización del diagnóstico relacionado a los conocimientos, actitudes y prácticas, hacer un análisis basado en los determinantes sociales de cada individuo para que de esta manera se pueda dar tratamiento de forma individual a cada familia y cambiar los hábitos que están logrando el alto índice de caries dental.

Actualmente la odontología tiene el propósito de alcanzar y conservar la salud oral durante toda la vida de la población, para poder lograr este objetivo los profesionales deben tener ciertas bases, con las cuales podrán hacer promoción y prevención en cuánto a salud oral en lo referente a educar desde el primer contacto que se tenga entre odontólogo-paciente pediátrico y su padre,

debido que el odontólogo debe educar al padre de familia para que este adquiriera conocimientos adecuados y los pueda implementar y transmitir en su hogar beneficiando no sólo a su hijo sino también a su familia en general de tal forma que se busquen estrategias para no tener excusas en cuanto a la salud oral (17).

Finalmente se debe tener en cuenta que el estudio será de gran utilidad para la academia, ya que por la evaluación adquirida se obtendrán resultados que servirán de referencia, para que a partir de éstos se establezcan estrategias para la elaboración e implantación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades como la caries dental.

2. Marco Teórico

2.1 Generalidades. La salud es fundamental en el ser humano, la cual se define como un equilibrio de nuestro cuerpo tanto físico como mental, relacionando los elementos biológicos, culturales, sociales, económicos y ambientales, los cuales son importantes para cumplir el objetivo de bienestar general e integral y de esta forma conseguir calidad de vida (18).

Entre los problemas de salud más destacados en la población se encuentran los relacionados con la salud bucal; sin embargo, las enfermedades orales usualmente no ponen en riesgo la vida del individuo aunque generan un significativo problema para la salud pública, ya que tienen una alta incidencia y prevalencia en la comunidad, debido a la presencia de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional(18).

La educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de bienestar del individuo y de la sociedad. Por consiguiente, la educación es el mecanismo más eficaz del que se dispone para generar un cambio conductual y actitudinal hacia modos de vida saludables (2).

La odontología tiene un futuro prometedor en el camino de la promoción de salud y prevención de la enfermedad, consiste en mantener la comunidad sana y minimizar la realización de tratamientos invasivos en las consultas odontológicas, ya que es más fácil educar y dar herramientas a la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades orales que brindar servicios operatorios. Por esta razón, el mayor esfuerzo de los odontólogos debe estar dirigido a reducir las enfermedades orales, mediante un incremento de las actividades y proyectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (19).

En los niños que viven en familias con relaciones complicadas se ha encontrado que tienen mayor riesgo de la experiencia de caries a la edad de cinco años que otros niños, por razones como lo son los diferentes conocimientos en el campo, falta de cuidados, falta de atención, antecedentes sociales y culturales pueden influir el establecimiento y mantenimiento de las creencias y actitudes, por consiguiente, la salud oral no depende primordialmente de los servicios odontológicos, se trata de facilitar alternativas sanas y de inculcar en las personas la facultad de decidir sobre sus propios comportamientos, actitudes y prácticas (20). Las acciones de promoción de salud consisten en utilizar la información como estrategia para lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud bucal (19).

Las patologías bucales entre ellas la caries dental es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries en la dentición permanente, dolor al momento de comer, puede ser un riesgo de atraso del crecimiento y desarrollo, la fonación y el habla se alteran, aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud (10).

Los profesionales de odontología promueven la educación para la salud permitiendo que la persona adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una intervención continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable; como mencionábamos anteriormente es importante realizar este tipo de investigaciones pues será un diagnóstico de lo que sucede en la población y posteriormente podremos influir en cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia(21).

2.2. Antecedentes de Investigación. En la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y las prácticas del cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la infancia tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, consecuente y adecuada a los padres (19).

En el año 2010 en el Hospital Materno Infantil San Pablo de Paraguay se realizó un estudio donde describió el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años la población consta de 102 madres. Este estudio determinó que el conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud.

En el año 2010 en hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cartagena, Colombia, se utilizó como método la teoría fundada en 15 madres y 23 cuidadores a quienes se aplicaron entrevistas individuales; los cuidadores consideraron a las madres como las principales responsables de la higiene bucal de sus hijos, aunque ellos también pueden ser impulsores de la educación bucal desde el hogar infantil(22).

2.3. Caries Dental. La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dental en contacto con los depósitos microbianos, que debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, trae como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental, cuyo signo clínico es la destrucción localizada de tejidos duros.

La probabilidad de desarrollar caries dental y la severidad de las lesiones difieren entre las comunidades y en el estado del diente pues aquellos con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles; además en cuanto a localización puede aparecer en la corona del diente y en la porción radicular (23).

2.3.1. Etiología de la Caries Dental. La caries dental es una enfermedad multifactorial, causada especialmente por los ácidos que producen las bacterias al metabolizar los carbohidratos, entre ellos se encuentra el *Streptococcus mutans* que son altamente ácido génicos (capaces de convertir el azúcar en ácido) y acidúricos (resistentes a las condiciones del pH bajo), además, sintetizan polisacáridos extracelulares pegajosos e insolubles a partir de la sacarosa que promueve la adhesión del organismo (23). Además de todos los factores involucrados en la tríada de la caries, se ha encontrado que también los factores genéticos y posiblemente epigenéticos podrían contribuir a incrementar el riesgo y susceptibilidad a la caries. Entre estos están la variación en los factores inherentes al huésped, como la herencia, los trastornos en la formación del esmalte y la dentina, la respuesta inmune alterada a microorganismos cariogénicos y su asociación con el antígeno leucocitario humano(24).

La caries dental consiste en un desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, dando como resultado la pérdida de minerales de los tejidos dentales duros como

consecuencia de la metabolización de los azúcares de la dieta en ácidos, que ocurre en la biopelícula bacteriana (placa dental) formada en las áreas de las superficies dentarias. La pérdida de minerales puede revertirse por el crecimiento de cristales fomentado por la precipitación de iones minerales, derivados de los fluidos orales (re mineralización). La caries progresa cuando la desmineralización prevalece sobre la re mineralización y conduce finalmente a la pérdida de integridad y formación de cavidades, con el deterioro consecuente de la función de los dientes. La velocidad del progreso es influenciada por la flora de la placa, la dieta, la bioquímica de la saliva, la higiene bucal y numerosos factores conductuales y socioeconómicos (3).

La caries se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores etiológicos principales: dieta, huésped y microorganismos (19). Existen múltiples factores de riesgo vinculados a la caries dental tales como físicos, biológicos, ambientales y conductuales; además el número de bacterias, la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, higiene oral deficiente e inadecuada alimentación y situación socioeconómica (23); por ello al reconocer la causa más común se determina cual es el mayor conocimiento a reforzar.

2.4. Gingivitis. Es una enfermedad reversible que afecta la encía como consecuencia de un proceso inflamatorio, generando sangrado e inflamación como resultado de una infección bacteriana; los niños presentan una mayor predisposición a la enfermedad debido a la limitación en su destreza manual, por esta razón se ocasiona una higiene bucal deficiente que permite la acumulación de placa bacteriana y de residuos alimenticios, en consecuencia se forman lesiones inflamatorias que se limitan a las encías (gingivitis) o en ocasiones se extiende al periodonto de inserción (ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar) resultando lesiones complejas de en el adulto (26)

Esta patología inicialmente se presenta como una inflamación del margen gingival, que avanza a un estado crónico y progresivo relacionado a factores locales, especialmente placa bacteriana (25) por esta razón cualquier desequilibrio entre los microorganismos del medio y los mecanismos de defensa del niño, provoca una respuesta inflamatoria gingival (gingivitis) que puede ser agravada por enfermedades sistémicas.

Se debe reconocer el estado periodonto sano para realizar un buen diagnóstico debido a que éste presenta un color rosado intenso resultado de la presencia del epitelio escamoso estratificado más delgado y poco queratinizado, siendo la vascularización más evidente, no se presenta punteado en cascara de naranja en la encía insertada durante los primeros años de vida, además presenta el surco gingival es más profundo, alcanzando 2 - 5mm. (25)

Estudios epidemiológicos realizados en innumerables países señalan que caries y enfermedad periodontal, son las afecciones de mayor prevalencia en la cavidad bucal, por lo general pasan sus estadios iniciales sin sintomatología; es importante que en la consulta odontológica se realice un diagnóstico previo además aplicar medidas preventivas para evitar el avance de la patología, a su vez se deben detectar posibles factores de riesgo individual para garantizar el éxito de los tratamientos (26)

La Academia Americana de Periodoncia incluye categorías para todas estas formas de gingivitis que afectan solamente el periodonto de protección, presentándose de forma crónica, aguda, localizada o generalizada; para los niños de dentición primaria como para los adolescentes, las características clínicas de enfermedad periodontal son similares, siendo su principal forma de presentación, la enfermedad gingival inducida por placa bacteriana (25).

2.5 Grado de Instrucción. Motivar a los pacientes constituye una de las tareas más difíciles para la odontología, pues está basada en una combinación de expectativas, ideas, creencias, sentimientos, esperanzas, actitudes y valores, que inician, mantienen y regulan el comportamiento. Factores diversos como experiencias previas, falta de conocimiento, no aceptación del problema, disminución de la autoestima, circunstancias sociales o económicas y situaciones emocionales pueden determinar conductas negativas en cuanto a la salud.

Generalmente los niños captan favorablemente el proceso de aprendizaje y aprenden más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena, por lo que hay que tratar de encontrar los métodos más adecuados para proporcionar nuevos conocimientos y lograr un cambio conductual en el profesional; sin embargo los padres son los principales transmisores de los hábitos de higiene y son los responsables de que tengan una consulta odontológica temprana (21).

2.6. Nivel Socioeconómico. La literatura indica que las diferencias socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral y sobre las técnicas para lograr una buena higiene oral, son barreras que impiden mantener los tejidos dentales libres de enfermedad; debido a la falta de información y recursos a los que tienen acceso (19).

2.7. Hábitos de Comportamientos. Aquellas acciones relacionadas con el uso y los hábitos culturales de cada persona, intervienen en la aparición y el desarrollo de la enfermedad. Por ello, son importantes los conocimientos de cuidado de la salud bucal, tales como: cepillado, uso de hilo dental, frecuencia de azúcares y frecuencia de visitas al dentista, las mismas que pueden influir en el inicio y el progreso de la enfermedad(24).

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad los cuales guían los comportamientos de la población. Además, el propio comportamiento dental de los padres, el modo de vivir, los hábitos y las rutinas influyen en el modo que ellos ayudan a sus niños (27).

2.8. Índice de Higiene Oral. La educación para la salud desempeña un papel relevante, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes, en la salud de los individuos, grupos y colectividades (27).

El control de placa es una técnica de medición que sirve para estudiar el índice de placa dental, por lo tanto evalúa la eficacia del cepillado dental, la educación, las prácticas de limpieza oral que se aprenden por medio de una atención odontológica de una comunidad o población, y también nos permite observar los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación dental(28).



Figura 1. Control de placa bacteriana- Fuente propia.

2.9. Habilidad del Cuidador. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), el manejo del comportamiento se entiende como “la interacción continua entre el niño y el odontólogo para así suministrarle la confianza necesaria”. Por esta razón es de vital importancia que la autoridad del padre genere un buen comportamiento del hijo en la atención, para hacer más fácil que el niño adquiera confianza con el odontólogo, por ello es necesario reconocer las actitudes de los cuidadores. La teoría del apego es una de las presunciones que soporta el desarrollo del niño. John Bowlby define esta teoría como la interacción que posee el niño con sus cuidadores, a los cuales les da el valor de figuras, quienes son importantes para desarrollar sus emociones, como lo son la seguridad, el miedo o la ansiedad que se verán reflejadas en la consulta odontológica.

Un estudio realizado por Mary Ainsworth en Uganda, encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguros, que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres, y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Por lo anterior se puede concluir que la relación del niño con sus cuidadores influye notablemente en su comportamiento y actitud durante la atención odontológica. Furman, en el estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana en 2004, sobre el comportamiento del niño durante la atención odontológica, observó que uno de cada cinco niños no se deja realizar acciones clínicas, mientras que dos de cada cinco niños se dejan atender pero con mucha dificultad(17).

Se resalta la importancia de las actitudes de los padres de familia como colaboración y apoyo para la adaptación del niño en la consulta, pues el no hacerlo crea conductas negativas, que llevan a la necesidad de emplear técnicas de restricción física y, consecuentemente, maltrato hacia el niño.(29).

2.10. Conocimientos Actitudes y Practicas (C.A.P.). Para conocer las necesidades relacionadas con la salud oral de la población antes de cualquier intervención es necesario contar con una orientación y diagnóstico, la cual tiene como base los conocimientos que se tienen sobre la etiología y prevención de las alteraciones, prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.

Para comprender la distribución de las alteraciones bucales dentro de una población son útiles las encuestas (CAP). Estos tipos de estudio son adecuados debido a que permiten el desarrollo de modelos innovadores de intervención preventiva en poblaciones vulnerables; debido a que los programas de salud bucal se desarrollan sin el previo análisis de la situación general de la población, se hace necesario describir primero los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la problemática de salud bucal de los padres y cuidadores para que contribuyan a disminuir las

enfermedades bucales desde la infancia (30).

2.10.1. Conocimientos. Deben reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan; además, debe facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona la presencia de la caries y apoyar la transformación de la realidad social que promueve estilos de vida perjudiciales para la salud (31).

Se reconocen dos formas básicas de conocimiento, el saber de la vida cotidiana (el conocimiento social) y el saber científico (conocimiento científico), los cuales se interrelacionan; los conocimientos provienen de los diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar o dentro del grupo social, los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y las prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente.

Se concluye que el conocimiento y los cambios en la conducta de los padres pueden influir en los niveles de placa bacteriana que se presentan a través de la educación en higiene oral que puede ser individual o grupal, pues un cambio en este enfoque de salud oral se considera fundamental para una buena prevención de enfermedades bucales (24).

2.10.2. Actitudes. Las actitudes son comportamientos que reflejan los valores de las personas que poseen distintas cuestiones y este hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad en este caso la información sobre la salud oral (32).

Los padres son un grupo social importante para impulsar el cambio temprano en las percepciones sobre la higiene bucal, quienes por estar orientando las actitudes de los niños, pueden servir de apoyo a los profesionales de la medicina en general, para la implementación de acciones educativas que generen un impacto en las condiciones de salud bucal (19).

Las actitudes hacia la salud dental afectan a los padres que cuidan la salud dental de sus niños, los factores para dar una solución se diferencian según la familia, ya que esto involucra principalmente los determinantes sociales como los escenarios o los fondos culturales y étnicos.

Además, el propio comportamiento dental de los padres, el modo de vivir, los hábitos y las rutinas influyen en el modo que ellos ayudan a sus niños. La creencia de los padres de que ellos con eficacia pueden poner en práctica el buen cuidado dental para sus niños, es otro factor relevante que determina si los comportamientos positivos dentales ocurren o no (33).

2.10.3. Prácticas. Son conductas que tienen como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una buena elección acerca de su comportamiento en salud(34).

Entre los hábitos de higiene bucal, se ha reportado que la cavidad bucal de los niños debe limpiarse antes de que erupcione el primer diente, la frecuencia del cepillado sugerido es de dos veces al día, utilizar el equivalente del tamaño de una arveja de crema dental fluorurada, asistir al niño durante la práctica del hábito y no administrarle suplementos fluorurados antes de los 6 meses. Lo anteriormente mencionado son prácticas adecuadas para la salud oral. Algunos estudios han expuesto que la higiene bucal es sinónimo no sólo de la frecuencia del cepillado sino, también de la efectividad del mismo. Se ha reportado la existencia de cierta relación entre

la práctica de hábitos de higiene bucal con fines preventivos, la edad y el estrato socioeconómico(35).

2.11. Construcción de un Instrumento o Test. Para esta investigación se requiere establecer unas variables como requisito para la medida de los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres sobre caries dental y así establecer que tanto influyen éstos en los niños. Se tienen en cuenta diferentes aspectos para la elaboración correcta de un test como:

- La planeación con gran precisión del objetivo que se desea alcanzar; para ello se delimitará claramente el área de medición.
- Construir lo más exhaustivamente posible el conjunto de ítems que constituyen el dominio de interés.
- Hacer un análisis de los elementos para averiguar sus características en cuanto a su dificultad, y sus propiedades psicométricas calibrándolos en una muestra amplia y representativa.
- Determinar cuál será la longitud más adecuada para el test, determinada por el número de preguntas mediante las cuales la confiabilidad llegue a un máximo.
- Escoger un procedimiento de puntuación, este debe ser rápido y seguro basándose en criterios de fiabilidad y validez, sin pérdida del tiempo o complejidad de la puntuación.
- Se obtiene el test validado y se escoge un sistema de individualización de las respuestas en función de determinado “criterio” (36).

2.11.1. Confiabilidad de los Instrumentos de Medición. Al tener un instrumento de medición es indispensable que sean confiables los resultados que este dé, es por esto que se hace necesario tener en cuenta las diferentes metodologías y determinantes de la confiabilidad en instrumentos que permitan medir propiedades o características humanas especiales, su aplicabilidad y resultado en el instrumento que se utilizó en este trabajo en particular.

La consistencia de la medición, la escala, el test o la encuesta deben funcionar de manera similar bajo diferentes condiciones, dependientes del mismo instrumento, del tiempo de aplicación, del que hace la medición, de los sujetos, de la interacción entre estas fuentes y del sesgo.

Si el instrumento es inestable reduce la confiabilidad y puede generar error en la medición, pues se busca que los resultados puedan ser reproducibles, en este aspecto al conseguir su exactitud del instrumento de medida su seguridad, debe ser precisa para que los datos de estos instrumentos puedan usarse correctamente (37).

2.12. Ley 100 de 1993. Es el reglamento por el cual se crea el sistema de seguridad social integral en Colombia y se dictan otras disposiciones, entre ellas el Sistema general seguridad social en salud Colombia SGSSS que se define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que dispone la persona y la comunidad Colombiana para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS). Este Sistema funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

2.13. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Es un pacto social y mandato ciudadano con objetivos de mediano plazo, construido con la rectoría del Ministerio de Salud y Protección

Social (MSPS) en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, articulado con el Plan Nacional de Desarrollo, que busca lograr la equidad en salud entendida como la “ausencia de diferencias entre grupos sociales, innecesarias, evitables e injustas”. Esta busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable (1).

Con el objeto de dar fin a desafíos en salud pública con base en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); se plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucren tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud. Es así como se plantea ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales. Estas dimensiones hacen referencia a aspectos de bienestar, desarrollo humano y calidad de vida, las cuales son: Salud ambiental- convivencia social y salud mental-seguridad alimentaria y nutricional-sexualidad y derechos sexuales reproductivos-vida saludable y enfermedades transmisibles- salud pública en emergencias y desastres- vida saludable y condiciones no transmisibles-salud y ámbito laboral. Y entre las transversales encontramos la Gestión diferencial de poblaciones vulnerables- fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

La odontología según estos objetivos del Milenio se encuentra integrada en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, donde se habla de implementar estrategias a nivel general de la población que priorice la promoción de la salud y control de enfermedades. Por lo anterior se busca una reducción de exposición a factores de riesgo modificables en todas las etapas de la vida fortificando la gestión de servicios para mejorar accesibilidad a la atención de enfermedades no transmisibles y reducir alteraciones de salud bucal, visual y auditiva. También se busca fortalecer gestión de la vigilancia, monitoreo de las políticas de salud pública y finalmente fomentar la investigación en promoción de la salud, prevención y control (1).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General. Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres o acudientes de niños matriculados en el colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga durante el II semestre del 2016 según los factores sociodemográficos.

3.2. Objetivos Específicos.

- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la población.
- Identificar las características sociodemográficas de la población.
- Describir los ítems relacionados con conocimientos, actitudes y prácticas en la población evaluada.

4. Materiales y Métodos

4.1. Tipo de Estudio. El estudio que se llevó a cabo es descriptivo de corte transversal, el cual está dirigido a la observación y evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los padres de familia y/o acudientes de los estudiantes del Colegio INEM, sede escuela San

Martín; a su vez el estudio fue evaluado en un punto específico del tiempo sin involucrar un seguimiento. El estudio fue ejecutado siguiendo los lineamientos descritos en declaración STROBE (38,39).

4.2. Selección y Descripción de Participantes Población.

4.2.1. Población. El universo fue constituido por 133 padres de familia de los estudiantes del Colegio INEM Sede San Martín de Bucaramanga en el segundo semestre del 2016.

4.2.2. Criterios de Selección.

4.2.2.1 Criterios de inclusión. Para el presente trabajo de investigación se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Padres de estudiantes matriculados en la Sede San Martín del Colegio INEM
- Padres de familia que asistieron a la reunión programada
- Padres que decidieron participar en el estudio por medio del consentimiento informado.

4.2.2.2 Criterios de exclusión. Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Padres de familia que sean menores de edad.
- Padres que no sepan leer y/o escribir

4.3. Variables. Las variables fueron obtenidas a través del estudio de Stefania Martignon y colaboradores, en el “Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de Niños Menores” publicado en el año 2008 donde se emplean estrategias para evaluar los programas preventivos; estas variables se relacionaron con los conocimientos, actitudes y prácticas que presentaron los padres y/o acudientes de los estudiantes del colegio INEM sede escuela San Martín en relación con la higiene oral además de variables sociodemográficas como: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico.

Dentro de las variables que evaluaron actitudes se tuvieron en cuenta: cuidados de dientes, aspecto de los dientes, apariencia al sonreír.

Las variables relacionadas a conocimientos fueron información, apariencia de caries, edad de importancia crema, utilidad de la crema dental, responsable de la limpieza, responsable caries, fecha de limpieza, marca de la crema.

Dentro de las variables de actitudes se mencionaron, momento de limpieza, controlar y prevenir caries, prevención de caries, higiene, cansancio, dolor en el colegio, primera consulta, consulta dolor, última restauración, persona higiene, noches dientes cepillados, mañana dientes cepillados, cepillo exclusivo, crema dental, cantidad de crema, cantidad cepillado, edad biberón, cantidad de comidas y cantidad de bebidas.

(Ver apéndice A)

4.4. Instrumento de Medida. El instrumento preliminar fue una encuesta validada por la Unidad de Investigación en Caries UNICA-B, Universidad El Bosque. Bogotá en el año 2008, consta de 29 preguntas dirigida a los padres de familia de los estudiantes, en la cual se recolectó la información de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal, además se escogieron palabras apropiadas para el entendimiento de los padres.

El cuestionario fue elaborado a partir de preguntas de formatos de otros estudios previamente realizados en el mismo campo y su contenido fue modificado, con la elaboración de una prueba piloto en cinco personas para determinar su comprensión hacia las preguntas, además por conveniencia en cuestión del tiempo asignado para resolver el cuestionario ya que este será de 20 minutos.

Para determinar la comprensión y éxito del instrumento se realizó la prueba piloto que se ejecutó en diez padres de familia, dos por cada grado de primaria del colegio San Martín de Bucaramanga, se realizó evaluación cualitativa por pregunta y análisis; se evaluó la capacidad y la destreza para entender la finalidad de las preguntas, los temas a evaluar con: caries dental, cepillado dental, dientes temporales y crema dental (39,40).

(Ver apéndice B)

4.5. Procedimiento.

- Se concertó con la institución el desarrollo del proyecto
- Se realizó la prueba piloto con 10 padres de niños vinculados a la institución, con esta se verificó el instrumento, los procedimientos, la base de datos y su sistematización.
- Se verificó la idoneidad de las pruebas estadísticas y la forma de presentación de los resultados y se efectuó las modificaciones necesarias.
- Se acordó con los directivos de la institución la fecha para aplicar el instrumento modificado con los padres y de esta forma recolectar los datos.
- Se procesó y sistematizó en Excel la información redactada y aplicada, se validó la calidad de la digitación en el programa Epidata 3.1 se efectuaron los cambios requeridos y se exportó el paquete estadístico STATA/MP versión 14 para su procesamiento y análisis.
- Se entregaron los resultados de esta investigación a directivos y padres de la institución que apoyaron el proceso de investigación.
- Se elaboró el documento final para su sustentación.

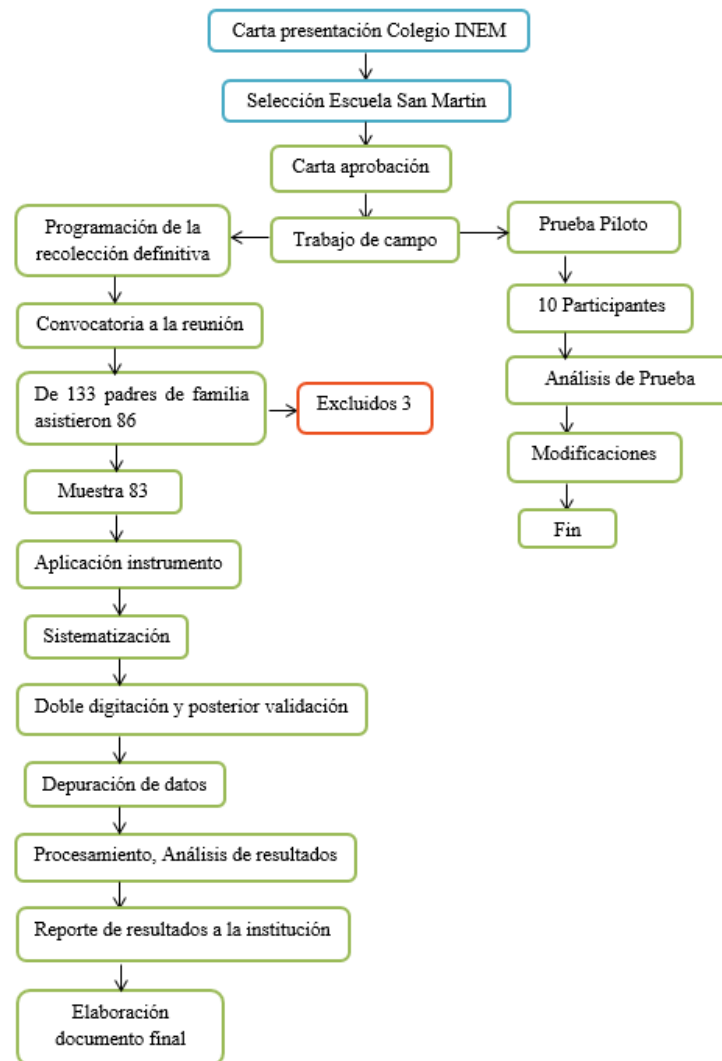


Figura 2. Flujograma del procedimiento.

4.5.1. Protocolo

1. Se eligió el día 22 de julio de 2016 para dar inicio a la aplicación de la encuesta a los padres de familia de la escuela San Martin, la hora de encuentro del grupo de investigadoras fue a las 6:00 am en la puerta de la escuela.
2. La distribución de los grupos y las investigadoras a cargo fue como se muestra en el cuadro adjunto:

Tabla 1. Distribución de grupos.

Grupo	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4-5	Grado 5
Día a intervenir	22 julio	22 julio	22 julio	22 julio	22 julio
Investigadora a cargo	July Guerrero	Derly Infante	Yusely Ortega	Laura Salazar	Dra. Claudia Pinzón
Personal de apoyo	Director de grupo	Director de grupo	Director de grupo	Director de grupo	Manuel Rodríguez y Director de grupo

3. Inicio de aplicación de la Encuesta por salón:

La encargada del aula inició con las siguientes palabras: “Buenos Días, soy... Estudiante de Odontología de último año de la universidad Santo Tomás, el día de hoy nos encontramos realizando una encuesta donde queremos saber que conocimientos y cuidados tienen acerca de la salud bucal de ustedes y de sus hijos. Los datos que se recolecten serán analizados por las investigadoras, serán de absoluta reserva sus nombres. Estos datos permitirán obtener un análisis de sus conocimientos y prácticas en salud oral, lo que permitirá constituir un programa educativo de promoción y prevención en salud oral enfocado a factores de riesgo”.

4. Posterior a esto, se dió lectura del consentimiento informado, se entregó un documento donde quedaron registradas las firmas de los padres de familia, como constancia de su aceptación para la participación en el proyecto.

5. Se inició el diligenciamiento de las encuestas por parte los padres de familia (tiempo estimado 20min). Si durante el diligenciamiento de la encuesta surgieron dudas, fueron solucionadas por la investigadora a cargo del grupo en ese momento. Las dudas que surgieron durante el diligenciamiento del cuestionario, según lo que se evidenció en la prueba piloto fueron las siguientes preguntas:

- Pregunta 9 y 10 se debe marcar con una X en las 3 opciones de respuesta, ya sea respondiendo la opción SI o la opción NO.
- Para la pregunta número 24: ¿Es la misma crema dental que usted utiliza?

6. Se recogieron las encuestas después del tiempo determinado, se hizo la entrega de un kit de higiene oral donado por Colgate.

7. Se dieron los agradecimientos.

4.5.2. Estudio Piloto. Se entregó el cuestionario a 10 padres de familia que se encontraban presentes en la reunión que fue llevada a cabo en el Colegio INEM sede Escuela San Martín, se proporcionó la encuesta junto con un lapicero para su diligenciamiento, el tiempo estimado para resolver la encuesta fue de 20 minutos. Esta prueba piloto se realizó el 6 de junio de 2016.

A través de la aplicación de la prueba piloto se determinó que no se habían comprendido las preguntas 9 y 10 por parte de los padres de familia, además se encuentra necesario aclarar en la pregunta 24 si la crema dental usada por el niño/a es la misma del padre; después de realizado el procesamiento de la prueba piloto se modifica el objetivo del proyecto donde se analizaran los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres o acudientes de niños matriculados en el colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga durante el II periodo del 2016, enfocado en salud oral y no en caries dental como se realizaba anteriormente; por último se modifica para el cruce de información la relación de las variables conocimiento, actitud y práctica con las variables sociodemográficas.



Figura 3. Aplicación del instrumento de medición

4.5.3. Validación. Se realiza un ejercicio de validación el día 23 de septiembre, inicialmente se descubrieron que 23 de 83 registros tenían errores en las bases de datos digitadas, por tal motivo se procede a corregir las diferencias y el día 24 de septiembre se realiza una segunda validación la cual da como resultado las bases idénticas.

4.6. Plan de Análisis Estadístico.

4.6.1. Plan de Análisis Univariado. Para el análisis Univariado se calcularon medidas de resumen según la naturaleza de las variables. Para cualitativas se calcularon proporciones y para la cuantitativa medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (rango, varianza y la desviación estándar).

4.6.2. Plan de Análisis bivariado. Para el análisis bivariado se relacionó las variables sociodemográficas con las relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas; para esto se aplicó Test de Chi² o Test Exacto de Fisher para las variables cualitativas y prueba de Anova o H de Kruskal Wallis.

(Para mayores detalles ver anexo apéndice C)

Para todo el análisis se consideró un nivel de significancia de $\alpha \leq 0,05$.

4.7. Implicaciones Bioéticas. Teniendo en cuenta los parámetros de la resolución N°008430 del 4 de Octubre de 1993 de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en el Título II, Capítulo 1, Artículo 11, se establece que el estudio a realizar queda clasificado en “Investigación sin riesgo” debido a que no realizará ninguna intervención a la población y la información necesaria se obtendrá y analizará a partir de la aplicación de un instrumento (encuesta). Se reconocerán y respetarán los derechos del participante.

CAPITULO II DE LA INVESTIGACION EN COMUNIDADES

ARTICULO 17. Las investigaciones, referidas a la salud humana, en comunidades, serán admisibles cuando el beneficio esperado para éstas sea razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos.

ARTICULO 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

ARTICULO 19. Cuando los individuos que conforman la comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, el Comité de Ética en Investigación de la entidad a la que pertenece el investigador principal, o de la Entidad en donde se realizará la investigación, podrá autorizar o no que el Consentimiento Informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no obtener autorización por parte del Comité de Ética en Investigación, la Investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria

ARTICULO 21. En todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos.

ARTICULO 22. En cualquier investigación comunitaria, las consideraciones éticas aplicables a investigación en humanos, deberán ser extrapoladas al contexto comunal en los aspectos pertinentes.

4.7.1. Consentimiento informado. Los padres de familia que acepten contestar el instrumento, diligenciarán el consentimiento informado para obtener su autorización de forma legal y voluntaria. Este documento contará con datos personales y toda la información requerida sobre el proyecto de grado.

(Ver apéndice D)

5. Resultados

5.1. Análisis Univariado.

5.1.1. Aspectos Relacionados con el Flujograma de la Muestra. En el Colegio INEM sede San Martín se encuentran 161 estudiantes de los grados preescolar a quinto primaria, se citaron los 133 padres de familia de los estudiantes a la reunión de recolección de datos; asistieron 86 participantes de los cuales tres no cumplieron con los criterios de selección por consiguiente fueron excluidos del estudio, finalmente se obtuvo una muestra de 83 participantes. (Figura 4)

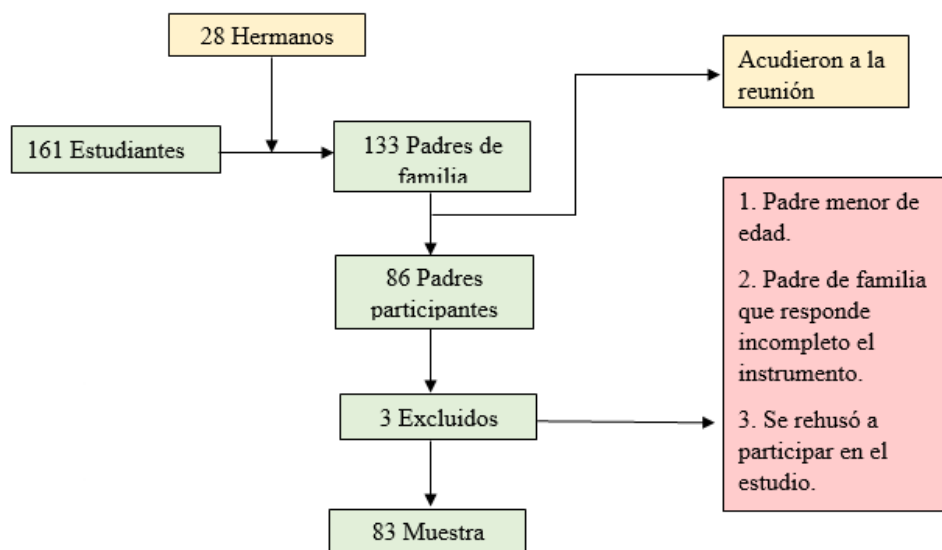


Figura 4. Diagrama de flujo de la población y el tamaño de la muestra.

5.2. Variables Sociodemográficas. La muestra estuvo conformada por 83 adultos, de los cuales el 61 (73%) eran mujeres, 22 (26%) eran hombres, el promedio de edad fue $35 \pm 8,8$ años, El 41% de la población refiere que estudió hasta secundaria, en cuanto al estrato socioeconómico, la mayoría pertenece al estrato uno 41 (49%) (Tabla 1).

Tabla 2.Descripción de variables sociodemográficas en los padres de familia del colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga.

Variable	n	%
Edad	35,1**	± 8,8***
Sexo		
Mujer	61	73,4
Hombre	22	26,5
Nivel educativo		
Primaria	32	38,6
Básica media	7	8,4
Secundaria	34	41
Técnica	5	6
Tecnológica	2	2,4
Profesional	3	3,6
Nivel socioeconómico		
1	41	49,4
2	39	47
3	3	3,6
Edad variable cuantitativa se reporta promedio** desviación estándar***		

5.2.1. Actitudes de los Participantes. EL 86% (71) de los padres de familia consideran que tener una buena salud dental y general es la razón más importante para cuidar los dientes. En los últimos meses el 34% (28) de los participantes ha estado algo preocupado por el aspecto de los dientes de su hijo/a, por otra parte el 35% (29) de los acudientes considera que a apariencia de su hijo o hija no le han impedido sonreír. (Tabla 3)

*Tabla 3.Actitudes de los participantes de acuerdo al género.**

Pregunta	Respuesta	n (%)	F n (%)	M n (%)	P
¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?	Tener una sonrisa bonita	4 (4,8)	3(4,9)	1(4,5)	0,9
	Tener una buena salud dental y general	71(85,5)	51(83,6)	20(90,9)	
	Poder comer y hablar bien	4 (4,8)	3(4,9)	1(4,5)	
	Otra ¿Cuál?	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	
	Nula	4 (4,8)	4(6,5)	---	
En los últimos meses ¿qué tan preocupado a estado por el aspecto de los dientes de su hijo(a)?	Muy preocupado	26(31,3)	18(29,5)	8(36,3)	0,7
	Bastante preocupado	11(13,2)	9(14,7)	2(9)	
	Algo preocupado	28(33,7)	22(36)	6(27,2)	
	Poco preocupado	17(20,4)	11(18)	6(27,2)	
	Nulo	1(1,2)	1(1,6)	---	
¿En los últimos dos meses. ¿La apariencia de su hijo o hija le han impedido a sonreír?	Totalmente de acuerdo	13(15,6)	9(14,7)	4(18,1)	0,9
	De acuerdo	8(9,6)	7(11,4)	1(4,5)	
	Neutral	21(25,3)	15(24,5)	6(27,2)	
	Desacuerdo	29(34,9)	21(34,4)	8(36,3)	
	Totalmente en desacuerdo	11(13,2)	8(13,1)	3(13,6)	
	Nula	1(1,2)	1 (1,6)	---	

Prueba estadística Chi2*

5.2.2. Conocimientos de los Participantes. El 83% (69) de los padres han sido informados por el odontólogo de cómo cuidar los dientes del niño/niña. El 46% (38) de los padres consideran que la caries dental se ve como una mancha negra en el diente, por otro lado el 47% (39) opinan que la crema dental con flúor debe ser utilizada desde que aparecen los dientes temporales. El 82% (68) opinaron que la crema dental con flúor sirve para prevenir y tratar la caries dental y para el 86% de los padres la crema dental de elección es marca Colgate. El 46% (38) de los padres manifestaron ser ellos los responsables de que el niño/a tenga los dientes limpios y un 58% (48) refieren que han observado señales de caries dental en sus hijos. El 31% (26) de los padres de familia consideran que la edad de inicio de cepillado de los niños es a los 3 años. (Tabla 4).

*Tabla 4. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Género.**

Pregunta	Respuesta	n(%)	F n(%)	M n(%)	P
¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?	Medico/ enfermera	3(3,6)	1(1,6)	2(9)	0,1
	Odontólogo	69(83,1)	53(86,8)	16(72,7)	
	Jardinera/madre comunitaria	1(1,2)	1(1,6)	---	
	Encargada de la droguería	---	---	---	
	Televisión, radio, folleto, etc.	---	---	---	
	Nadie	5(6)	2(3,2)	3(13,6)	
¿Cómo se ve la caries dental?	Eliminada	5(6)	4(6,5)	1(4,5)	0,9
	Como un hueco en el diente	13(15,6)	9(14,7)	4(18,1)	
	Como una mancha negra en el diente	38(45,7)	28(45,9)	10(45,4)	
	Como una mancha blanca en el diente	22(26,5)	16(26,2)	6(27,2)	
	No sabe	7(8,4)	5(8,2)	2(9)	
	Eliminada	3(3,6)	3(4,9)	---	
¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?	Desde que el niño/a nace	4(4,8)	1(1,6)	3(13,6)	0,3
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	39(46,9)	29(47,5)	10(45,5)	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	21(25,3)	17(27,8)	4(18,1)	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	14(16,8)	10(16,3)	4(18,1)	
	A cualquier edad es igual	1(1,2)	1(1,6)	---	
	No sabe	2(2,41)	1(1,6)	1(4,5)	
	Eliminada	2(2,41)	2(3,2)	---	
	Para prevenir y tratar la caries dental	68(81,9)	50(81,9)	18(81,8)	0,9
En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?	Para blanquear los dientes	6(7,2)	4(6,5)	2(9)	
	Para dejar un aliento fresco	4(4,8)	3(4,9)	1(4,5)	
	Otra. ¿Cuál?	---	---	---	
	No sabe	2(2,4)	2(3,2)	---	
	Eliminada	3(3,6)	2(3,2)	1(4,5)	
	Padres	38(45,7)	28(45,9)	10(45,4)	0,2
¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios?	Profesores	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	
	Todos	24(28,9)	15(24,5)	9(40,9)	
	Padres y profesores	---	---	---	
	Padres y odontólogo	21(3,6)	18(29,5)	3(13,6)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	
	Ninguno	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	

Tabla 4.a. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Género.

¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries?	Padres	48(57,8)	38(62,3)	10(45,5)	0,2
	Profesores	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	
	Todos	15(18)	10(16,3)	5(22,7)	
	Padres y profesores	---	---	---	
	Padres y odontólogo	17(20,4)	12(19,6)	5(22,7)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	
	Ninguno	3(3,6)	1(1,6)	2(9)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a?	Menor a 1 año	19(22,8)	16(26,2)	3(13,6)	0,3
	1 a menos de 2 años	21(25,3)	15(24,5)	6(27,2)	
	2 a menos de 3 años	17(20,4)	14(22,9)	3(13,6)	
	Mayor o igual a 3 años	26(31,3)	16(26,2)	10(45,4)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?	Colgate	71(85,5)	53(86,8)	18(81,8)	0,7
	Fluocardent	8(9,6)	5(8,2)	3(13,6)	
	Otra	3(3,6)	2(3,2)	1(4,5)	
	Ninguna	---	---	---	
	Varias	1(1,2)	1(1,6)	---	
	Eliminada	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

5.2.3. Prácticas de los Participantes. El 63% (53) de los participantes cepillan los dientes del niño/niña desde el momento que aparecen los dientes temporales. El 95% (79) de los padres consideran que es posible controlar y prevenir la caries dental. El 46% (37) reconoce que una buena limpieza de los dientes y asistir al odontólogo es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental. Por otra parte para el 31% (26) de los acudientes el dolor de los dientes en su niño(a) no le ha impedido asistir al colegio. El 38% (32) de los padres reportó que la edad de sus hijos cuando realizaron la primera consulta odontológica fue mayor o igual a los 3 años. El 73% (61) de los padres el dolor no fue el motivo de consulta al odontólogo en el último año, sin embargo el 32% (27) de los encuestados informan que hace menos de un año le realizaron una calza o le sacaron un diente al niño/niña. El 43% (36) de los participantes considera que la madre es la responsable de la higiene de la boca de los niño/a. El hábito del cepillado de los dientes del niño/a antes de dormir es una práctica de higiene reportada por el 45% (38) de los padres. Es necesario mencionar que el 44% (37) utiliza 2/3 de crema dental sobre la cabeza del cepillo y el 53% (44) de los padres cepillan dos veces al día los dientes del niño con crema dental con flúor. Por otra parte se evidenció que un 55% (46) los participantes alimentó su niño/a con leche materna o biberón durante un tiempo menor o igual a los dos años; por último es necesario indicar que la frecuencia de consumo de comidas o bebidas endulzadas con azúcar, por parte de los niños más de 2 veces al día fue reportada por el 47% (39) de los padres. (Tabla 5)

Tabla 5. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género.*

Pregunta	Respuesta	n (%)	F n(%)	M n(%)	P
¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?	Desde que el niño/a nace	16 (19,2)	12(19,6)	4(18,1)	0,6
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	53 (63,8)	38(62,3)	15(68,1)	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	9 (10,8)	8(13,1)	1(4,5)	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	2 (2,4)	1(1,6)	1(4,5)	
	A cualquier edad es igual	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	
	Eliminada	3 (3,6)	2(3,2)	1(4,5)	
En su opinión. ¿Es posible controlar y prevenir la caries dental?	Si	79 (95,1)	59(96,7)	20(90,9)	0,2
	No	4 (4,8)	2(3,2)	2(9)	
¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental?	Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo	37(46,8)	31(52,5)	6(30)	0,2
	Dejando de comer dulces y comiendo más saludable	5(6,3)	3(5)	2(10)	
	Usando más crema dental y enjuagues con flúor	1(1,2)	---	1(5)	
	No se	---	---	---	
	A,B,C	13(16,4)	9(15,2)	4(20)	
	A Y B	17(21,5)	11(18,6)	6(30)	
	A Y C	6(7,5)	5(8,4)	1(5)	
¿Los dientes de su niño/niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado?	Totalmente de acuerdo	64(77,1)	46(75,4)	18(81,8)	0,8
	De acuerdo	8(9,6)	6(9,8)	2(9)	
	Neutral	1(1,2)	1(1,6)	---	
	En desacuerdo	2(2,4)	1(1,6)	1(4,5)	
	Totalmente en desacuerdo	4(4,8)	3(4,9)	1(4,5)	
	Eliminada	4(4,8)	4(6,5)	---	
	---	---	---	---	
¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio?	Totalmente de acuerdo	8(9,6)	7(11,4)	1(4,5)	0,6
	De acuerdo	12(14,4)	8(13,1)	4(18,1)	
	Neutral	11(13,2)	8(13,1)	3(13,6)	
	En desacuerdo	24(28,9)	16(26,2)	8(36,3)	
	Totalmente en desacuerdo	26(31,3)	21(34,4)	5(22,7)	
	Eliminada	2(2,4)	1(1,6)	1(4,5)	
¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez?	Nunca	2(2,4)	1(1,6)	1(4,5)	0,5
	De 0 a 11 meses	11(13,2)	7(11,4)	4(18,1)	
	De 1 año – 1 año 11 meses	23(27,7)	19(31,1)	4(18,1)	
	De 2 años- 2 años 11 meses	15(18)	12(19,6)	3(13,6)	
	De 3 años o mayor	32(38,5)	22(36)	10(45,4)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?	Si	22(26,5)	17(27,8)	5(22,7)	0,7
	No	61(73,4)	44(72,1)	17(77,2)	

Tabla 5.a. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género.

¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron un diente?	Nunca	23(27,7)	15(24,5)	8(36,3)	0,7
	Menos de un año	27(32,5)	21(34,4)	6(27,2)	
	Entre 1 y tres años	18(21,6)	14(22,9)	4(18,1)	
	Más de 3 años	15(18)	11(18)	4(18,1)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña?	Combinado (el niño/la niña con adulto)	15(18)	13(21,3)	2(9)	0,09
	La mamá	36(43,3)	27(44,2)	9(40,9)	
	El papá	2(2,4)	---	2(9)	
	Otro adulto (abuela, etc.)	---	---	---	
	El niño o la niña solo/a	22(26,5)	14(22,9)	8(36,3)	
¿Todas las noches el niño/a se acuesta con los dientes cepillados?	Eliminada	8(9,6)	7(11,4)	1(4,5)	0,3
	Siempre	31(37,3)	26(42,6)	5(22,7)	
	Casi siempre	38(45,7)	26(42,6)	12(54,5)	
	No sabe	1(1,2)	1(1,6)	---	
	Casi nunca	6(7,2)	3(4,9)	3(13,6)	
¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	Nunca	7(8,4)	5(8,2)	2(9)	0,8
	Eliminada	---	---	---	
	Siempre	68(81,9)	50(81,9)	18(81,8)	
	Casi siempre	13(15,6)	9(14,7)	4(18,1)	
	No sabe	1(1,2)	1(1,6)	---	
¿El cepillo dental que usa el niño/la niña es de uso exclusivo del niño/la niña?	Casi nunca	---	---	---	1,0
	Nunca	1(1,2)	1(1,6)	---	
	Eliminada	---	---	---	
	Si	79(95,8)	58(95)	21(95,4)	
	No	4(4,8)	3(4,9)	1(4,5)	
¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña?	Siempre	54(65)	42(68,8)	12(54,5)	0,3
	Casi siempre	17(20,4)	11(18)	6(27,2)	
	No sabe	6(7,2)	3(4,9)	3(13,6)	
	Casi nunca	6(7,2)	5(8,2)	1(4,5)	
	Nunca	---	---	---	
¿Qué cantidad de crema dental le coloca sobre el cepillo al niño o niña?	Eliminada	---	---	---	0,3
	3/3	35(42,1)	23 (37,7)	12 (54,5)	
	2/3	37(44,5)	30 (49,1)	7 (31,8)	
	1/3	11(13,2)	8 (13,1)	3 (13,6)	
	0	---	---	---	
¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?	Mayor a 2	28(33,1)	20(32,7)	8(36,3)	0,7
	2	44(53)	30(52,4)	12(54,5)	
	1	8(9,6)	7(11,4)	1(4,5)	
	0	2(2,4)	1(1,6)	1(4,5)	
	Eliminada	1(1,2)	1(1,6)	---	
¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?	Menor o igual a 2 años	46(55,4)	35(57,3)	11(50)	0,1
	Mayor a 2años	33(39,7)	25(40,9)	8(36,3)	
	No sabe	3(3,6)	1(1,6)	2(9)	
	Eliminada	1(1,2)	---	1(4,5)	
	---	---	---	---	
¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?	Hasta 3 al día	49(59)	35(57,3)	14(63,6)	0,8
	4-5 al día	27(32,5)	21(34,4)	6(27,2)	
	6-7 al día	6(7,2)	4(6,5)	2(9)	
	Menos de 7 al día	1(1,2)	1(1,6)	---	
	Eliminada	---	---	---	

Tabla 5.b. *Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género.*

¿Cuántas	0	3(3,6)	2 (3,2)	1 (4,5)	0,9
bebidas/comidas	1	22(26,5)	17 (27,8)	5 (22,7)	
endulzadas con azúcar,	2	19(22,8)	13 (21,3)	6 (27,2)	
panela o miel consume el	Mayor a 2	39(46,9)	29 (47,5)	10 (45,4)	
niño/ la niña al día?	Eliminada	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

5.3. Análisis Bivariado.

5.3.1 Actitudes de los Participantes de acuerdo al género. No se encontró significancia estadística para las actitudes de los participantes relacionadas con el género ya que se encontró un valor de $p > 0.05$. (Ver tabla 3)

5.3.2. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Género. Para ninguna de las variables analizadas se observaron asociaciones estadísticamente significativas $p > 0.05$ (Tabla 4).

5.3.3. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Género. Para ninguna de las preguntas al relacionarse con género se evidenciaron asociación estadísticamente significativa $p > 0.05$ (Tabla 5).

5.3.4. Actitudes de los Participantes de Acuerdo a la Edad. La mediana de edad más alta se observó en aquellos padres o cuidadores que dijeron estar muy preocupados por el aspecto de los dientes de sus hijos ($p = 0,02$) (tabla 6).

Tabla 6. *Actitudes de los Participantes de Acuerdo a la Edad.***

Pregunta	Respuesta	Media	DE	Mediana	Rango IQ	P
¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?	Tener una sonrisa bonita	40	7,4	43	35,5-44,5	0,1
	Tener una buena salud dental y general	34,0	7,6	34	27-38	
	Poder comer y hablar bien	37,2	15,1	36	28-46,5	
	Otra ¿Cuál?	---	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	---	
En los últimos meses ¿qué tan preocupado a estado por el aspecto de los dientes de su hijo(a)?	Eliminada	46,2	15,3	40	37,5-55	0,02
	Muy preocupado	38,3	10,6	38	30-42	
	Bastante preocupado	29,1	7,5	27	23-33	
	Algo preocupado	35,7	6,6	37	31,5-39,5	
	Poco preocupado	33	7,6	34	26-37	
¿En los últimos dos meses. ¿La apariencia de su hijo o hija le han impedido a sonreír?	Eliminada	30	---	30	30-30	0,4
	Totalmente de acuerdo	37,3	6,2	38	34-41	
	De acuerdo	37,5	14,7	31,5	28,5-43,5	
	Neutral	35,5	7,5	37	31-40	
	Desacuerdo	33,4	8,2	33	26-37	
	Totalmente en desacuerdo	33,6	10,1	35	26-39	
	Eliminada	40	---	40	40-40	

Prueba estadística H de kruscall wallis**

5.3.5. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo a la Edad. La mediana de edad más baja se encontró en aquellos cuidadores que consideraron la función aclaradora o blanqueadora de la crema dental con flúor como la más importante, por otra parte los padres que reportaron una mediana de edad más alta afirmaron que blanquear los dientes era la utilidad de la crema dental con una diferencia estadísticamente significativa de 0,009 (Tabla 7)

*Tabla 7. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo a la Edad. ***

Pregunta	Respuesta	Media	DE	Mediana	Rango IQ	P
¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?	Medico/ enfermera	33,3	9,2	29	27-44	0,5
	Odontólogo	34,7	8,9	35	28-39	
	Jardinera/madre comunitaria	42	---	42	42-42	
	Encargada de la droguería	---	---	---	---	
	Televisión, radio, folleto, etc.	---	---	---	---	
	Nadie	38,8	4,5	38	35-43	
	Eliminada	34,6	10,4	37	26-41	
¿Cómo se ve la caries dental?	Como un hueco en el diente	35,8	7,1	36	31-40	0,8
	Como una mancha negra en el diente	34,2	9,1	35,5	27-39	
	Como una mancha blanca en el diente	36,4	9,4	35,5	31-40	
	No sabe	34,5	7,2	34	28-38	
	Eliminada	32,3	12,7	26	24-47	
¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?	Desde que el niño/a nace	32,5	5,8	34,5	29-36	0,3
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	37,3	8,8	37	32-41	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	32,5	6,8	30	27-38	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	32,1	9,4	31	23-37	
	A cualquier edad es igual	37	---	37	37-37	
	No sabe	43	19,7	43	29-57	
	Eliminada	33	9,8	33	26-40	
En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?	Para prevenir y tratar la caries dental	35,1	8,6	35	28,5-39	0,009
	Para blanquear los dientes	29	9,5	25	23-32	
	Para dejar un aliento fresco	40,5	4,1	40	37-44	
	Otra. ¿Cuál?	---	---	---	---	
	No sabe	26	4,2	26	23-29	
	Eliminada	44	4,9	47	39-48	
¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios?	Padres	35,5	9,3	37	27-39	0,5
	Profesores	---	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	---	
	Todos	35,9	9,3	35	29,5-44	
	Padres y profesores	---	---	---	---	
	Padres y odontólogo	33	7	32	28-37	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	---	
	Ninguno	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	

Tabla 7.a. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo a la Edad.

¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries?	Padres	34,6	8,3	36	27,5-38,5	0,5
	Profesores	---	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	---	
	Todos	37,4	9,5	38	30-44	
	Padres y profesores	---	---	---	---	
	Padres y odontólogo	34	7,8	32	28-38	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	---	
	Ninguno	36,3	17,8	26	26-57	
¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a?	Eliminada	---	---	---	---	0,2
	Menor a 1año	33	7,1	34	26-37	
	1 a menos de 2 años	36	8,6	37	33-38	
	2 a menos de 3 años	32,1	8,5	33	24-39	
	Mayor o igual a 3 años	37,6	9,6	36	30-43	
¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?	Eliminada	---	---	---	---	0,3
	Colgate	35,3	8,7	36	28-40	
	Fluocardent	35	8,1	35,5	29,5-39,5	
	Otra	33,3	13	29	23-48	
	Ninguna	---	---	--	--	
	Varias	22	---	22	22-22	
	Eliminada	---	---	---	---	

Prueba estadística H de kruscall wallis**

5.3.6. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad. Los padres de 38 años afirmaron que la última vez que al niño le hicieron una calza o le sacaron un diente fue hace más de tres años; por otro lado los padres de menor edad (30) informaron nunca haber realizado este tipo de procedimiento a sus hijos, la cantidad de crema dental que están utilizando en el cepillo dental los padres de 37 años es de 3/3 mientras que los más jóvenes (31) refieren que la cantidad de crema utilizada es de 2/3 (Tabla 8).

Tabla 8. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad.**

Pregunta	Respuesta	Media	DE	Mediana	Rango IQ	p
¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?	Desde que el niño/a nace	32,7	7,3	35,5	26-38	0,2
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	35,9	9,1	36	30-40	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	32,2	8,2	30	27-41	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	44	5,6	44	40-48	
	A cualquier edad es igual	---	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	---	
	Eliminada	34,3	11,1	30	26-47	
En su opinión. ¿Es posible controlar y prevenir la caries dental?	Si	34,9	8,7	35	28-39	0,5
	No	37,2	9,4	37,5	30-44,5	

Tabla 8.a. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad.

¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental?	Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo	35,7	9,2	36	30-38	0,7
	Dejando de comer dulces y comiendo más saludable	34,4	8,5	35	28-37	
	Usando más crema dental y enjuagues con flúor	44	---	44	44-44	
	No se	--	--	--	--	
	A,B,C	35	7,8	37	30-39	
	A Y B	33,9	9,4	31	27-40	
	A Y C	31,5	7,7	34,5	24-37	
¿Los dientes de su niño/ niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado?	Totalmente de acuerdo	34,9	8,7	35	28-39,5	0,5
	De acuerdo	35	9,4	33,5	27-44	
	Neutral	34	---	34	34-34	
	En desacuerdo	26,5	4,9	26,5	23-30	
	Totalmente en desacuerdo	39,7	5,5	37,5	36,5-43	
	Eliminada	37	13,4	34,5	27-47	
¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio?	Totalmente de acuerdo	36,1	6,8	36,5	31-39,5	0,2
	De acuerdo	38	8,1	38,5	32,5-45,5	
	Neutral	34,2	6,1	37	30-40	
	En desacuerdo	33,3	9,2	32	25,5-38	
	Totalmente en desacuerdo	33,8	7,7	34,5	27-38	
	Eliminada	53,5	21,9	53,5	38-69	
¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez?	Nunca	36	2,8	36	34-38	0,2
	De 0 a 11 meses	36	9,8	36	30-41	
	De 1 año – 1 año 11 meses	32,6	6,8	35	26-37	
	De 2 años- 2 años 11 meses	33,4	10,2	33	24-40	
	De 3 años o mayor	37,1	9	37,5	30-41,5	
	Eliminada					
¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?	Si	35,5	7,9	37	28-41	
	No	34,9	9,1	34	28-39	
¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron un diente?	Nunca	30,4	5,8	30	26-35	0,009
	Menos de un año	36,6	10,2	37	30-41	
	Entre 1 y tres años	35,8	9,2	35,5	29-40	
	Más de 3 años	38,2	6,9	38	34-45	
	Eliminada	---	---	---	---	
¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña?	Combinado (el niño/la niña con adulto)	33	6,5	34	27-38	0,6
		36,3	10,3	36	28,5-42	
	La mamá	39,5	2,1	39,5	38-41	
	El papá	---	---	---	---	
	Otro adulto (abuela, etc.)	34	7,8	34,5	28-39	
	El niño o la niña solo/a	34,5	8	35,5	28-39	
	Eliminada					
¿Todas las noches el niño/a se acuesta con los dientes cepillados?	Siempre	34,7	8,1	36	27-38	0,2
	Casi siempre	34,3	8	35	28-39	
	No sabe	38	---	38	38-38	
	Casi nunca	31	7,7	31	24-35	
	Nunca	43,2	12,9	40	32-48	
	Eliminada					

Tabla 8.b. Prácticas de los Participantes de Acuerdo a la Edad.

¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	Siempre	34,7	8,6	35	28-39	0,7
	Casi siempre	36,1	10,1	38	30-42	
	No sabe	38	---	38	38-38	
	Casi nunca	---	---	---	---	
	Nunca	38	---	38	38-38	
	Eliminada	---	---	---	---	
¿El cepillo dental que usa el niño/la niña es de uso exclusivo del niño/la niña?	Si	35,4	8,7	36	29-40	
	No	27,5	6,1	26	23-32	
¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña?	Siempre	34,4	9,3	35	27-39	0,8
	Casi siempre	35,1	7,6	36	29-40	
	No sabe	36,3	7,6	38	35-41	
	Casi nunca	34,6	9,9	33,5	26-44	
	Nunca	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	
¿Qué cantidad de crema dental le coloca sobre el cepillo al niño o niña?	3/3	37	7,5	37	30-42	0,03
	2/3	32,6	9,2	31	26-38	
	1/3	36,8	9,4	36	32-40	
¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?	Mayor a 2	35,5	7	37	28,5-38	0,5
	2	33,8	8,2	34	28-39	
	1	38,1	15,2	36,5	26-44	
	0	37,5	13,4	37,5	28-47	
	Eliminada	45	---	45	45-45	
¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?	Menor o igual a 2 años	34	7,2	34,5	28-39	0,3
	Mayor a 2 años	36	10	36	29-40	
	No sabe	31,6	7,7	34	23-38	
	Eliminada	57	---	57	57-57	
¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?	Hasta 3 al día	34,9	7,9	36	29-39	0,8
	4-5 al día	36	10	35	26-40	
	6-7 al día	32,1	7,1	32	27-38	
	Menos de 7 al día	30	---	30	30-30	
	Eliminada	---	---	---	---	
¿Cuántas bebidas/comidas endulzadas con azúcar, panela o miel consume el niño/ la niña al día?	0	33	10,8	30	24-45	0,9
	1	34,4	5,3	35,5	30-38	
	2	33,8	8,2	35	26-41	
	Mayor a 2	36,1	10,4	36	28-40	
	Eliminada	---	---	---	---	

Prueba estadística H de kruscall wallis**

5.3.7. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo. No se encontró significancia estadística en las variables examinadas (Tabla 9).
(Ver anexo E)

5.3.8. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo. No se encontró significancia estadística para los conocimientos de los participantes relacionadas con el nivel educativo. (Ver tabla 10)
(Ver anexo E)

5.3.9. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo. Los padres con Nivel Educativo primaria coinciden estar desacuerdo con los padres de secundaria en que el dolor de

los dientes de su niño le ha impedido asistir al colegio. Su significancia estadística fue de 0,03. Respecto a quien realiza la higiene oral del niño los padres con nivel educativo primaria informan que la madre (16) en contraste con que de este mismo nivel que reporta que los niños solos (9), la tendencia siempre fue que la madre era la responsable de realizar la higiene de la boca del niño con una significancia estadística de 0,01. De acuerdo a que cantidad de crema dental se debe usar sobre el cepillo, los participantes (22) de primaria reportaron que la cantidad crema ideal de colocar era 3/3 sobre el cepillo, en contraste con los demás padres (3) que dijeron que era de 1/3, con un valor estadístico significativo es (0,004). Se evidencio que los padres de nivel educativo primaria (66%) refieren que el niño debe recibir lactancia materna o biberón en una edad igual o menor a dos años contrario a los padres de secundaria (53%) quienes afirman que se debe continuar aun después de los dos años de edad se presentó significancia estadística de 0.05. (Tabla 11)
(Ver anexo E)

5.3.10. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico. No se determinó significancia estadística en las variables relacionadas con actitudes y su nivel socioeconómico. (Tabla 12)
(Ver anexo E)

5.3.11. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico. Los conocimientos de los participantes relacionados con su nivel socioeconómico no permitieron identificar significancia estadística. (Tabla 13).
(Ver anexo E)

5.3.12. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico. Las prácticas de los padres de acuerdo al nivel socioeconómico no presentan significancia estadística (Tabla 14).
(Ver anexo E)

6. Discusión

Esta investigación permitió determinar que los padres de familia han obtenido información sobre salud bucal de una fuente confiable como lo es el odontólogo. Además tienen claro es su responsabilidad el mantener la buena salud bucal de sus hijos; se evidencio una notable elección de la marca dental “Colgate” que se puede relacionar a la publicidad en los medios de comunicación; sin embargo la actitud de los padres muestran poco interés en la salud bucal a pesar de que son conscientes que una buena salud bucal y general es la razón más importante para cuidar los dientes.

Por otra parte los resultados permitieron mostrar que practicar una buena limpieza y asistir al odontólogo, es para los padres la mejor forma de controlar y prevenir la caries, lo que generó que las consultas al odontólogo en el último año hayan sido para tratamientos de operatoria simple y exodoncias, no por motivos como el “dolor”. Por esta razón las actividades diarias enfocan la importancia del cepillado en la mañana y en la noche siendo este dirigido por la madre.

Análogamente, a pesar de que los participantes cuentan con buenos conocimientos sobre salud bucal y el estudio nacional de salud bucal (ENSAB-IV) identifica mayor consulta para revisión y prevención (10), en la investigación realizada se encuentra que los tratamientos invasivos como (restauraciones y exodoncias) son el motivo de mayor consulta odontológica, lo cual se relaciona con una falla en las prácticas individuales o dificultad a el acceso a los servicios de salud (41).

De modo similar entre los hallazgos encontrados con otros estudios, atribuye a la madre responsabilidad de la higiene y salud oral del niño, más que el padre u otro adulto (43). Sin embargo, se concluye que los conocimientos adquiridos por los padres no son aplicados constantemente. Al mismo tiempo en el estudio realizado por Martignon y colaboradores “Oral-health workshop targeted at 0-5-yr. Old deprived children’s parents and caregivers: effect on knowledge and practices” en el año 2006 se encontró que después de aplicar un programa educativo por dos años, los padres lograron una posición adecuada para el cepillado dental y el uso de una pequeña cantidad de crema dental; también determinó que la no continuidad en las prácticas podría explicarse por qué los padres parecen tener un entendimiento de que: “cuanto mayor es la cantidad de crema dental utilizada mejor es la salud bucal; del mismo modo que en los resultados obtenidos en el presente estudio (42).

Se encuentra similitud con el estudio de Carranza en Lima-Perú en el año 2011 en cuanto a desde qué momento se debe comenzar la limpieza de los dientes del niño(a) los padres coinciden que cuando aparecen los dientes de leche (temporales), pero a su vez se evidencia una contradicción ya que sus conocimientos no coinciden con sus prácticas debido a que en la pregunta cuando le empezaron a realizar la limpieza de la boca al niño(a) afirmaron que a una edad mayor o igual a 3 años. También se encontró relación en cuanto a “la apariencia de la caries” la respuesta que predominó fue “como una mancha negra en el diente”, (19) contrario a lo que se evidenció en el estudio de Martignon y colaboradores los cuales determinaron que se veía como una mancha blanca en el diente. (41)

Por otra parte en lo concerniente con el cepillado dental antes de ir a dormir, se señaló que casi siempre el niño(a) se va a la cama con sus dientes cepillados, resultado similar a lo reportado en el estudio González y colaboradores en el 2011 “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Pública”, donde el niño(a) siempre se va dormir con los dientes limpios (31).

Del mismo modo Gonzales y colaboradores en el 2011, al indagar sobre las percepciones de los cuidadores sobre la importancia de la salud bucal en los niños, se encontró una actitud positiva hacia el desarrollo de programas de promoción y prevención en el hogar infantil, algo que es significativo a la hora de la implementación de los mismos. Así mismo en el presente estudio el mayor porcentaje de los padres de familia 86% (71) consideran que la razón más importante para cuidar los dientes es tener una buena salud dental y general además se mostraron algo preocupados por el aspecto de los dientes de su hijo/a en un 34%. Por otra parte los hallazgos recolectados no muestran una relación estadísticamente significativa, muy regular al tamaño muestral pequeño; sin embargo, los resultados se consideran de interés ya que permite conocer las necesidades reales del grupo poblacional en estudio, los cuales pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, reducida accesibilidad a servicios de salud y el nivel educativo de los participantes, poca disponibilidad de recursos económicos, para movilizarse hasta el centro de salud, los costos de la consulta odontológica en el sector privado, miedo al odontólogo, entre otros con el fin de explorar el punto de vista de los padres para futuras intervenciones. (31,44)

Gonzales y colaboradores en su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia” afirman que las acciones que se realizan acompañadas de los profesionales de la salud deben considerar todas las variables de interés que influyen en los comportamientos de la población, por tanto estas investigaciones contribuyen al análisis de la comunidad influenciados por los diferentes factores como son los determinantes sociales que a su vez son las condiciones de mayor vulnerabilidad social en las poblaciones, como lo son el escaso acceso al trabajo, salud, vivienda y educación puesto que se consideran

factores influyentes para la obtención de hábitos higiénicos saludables; la percepción de los padres o cuidadores entorno a las campañas de promoción y prevención se relaciona con su cultura y estrato socioeconómico el cual transforma las oportunidades de acceso a servicios de salud según las desigualdades sociales que se presentan. Esto permite que se reflexione en torno a que no es suficiente el uso de un solo enfoque diagnóstico para tomar decisiones preventivas o terapéuticas dentro de un grupo de individuos teniendo en cuenta su entorno familiar y social. (31)

Es indispensable reconocer que las familias de nivel socioeconómico bajo, se enfocan más en solucionar problemas que en prevenirlos, la salud se convierte en una responsabilidad colectiva llevada a cabo con prácticas específicas, basadas en las experiencias y saberes adquiridos en la vida, en otras palabras, reconocer las representaciones sociales, nivel educativo, edad y género variantes sociodemográficas acordes a la población, permite enfocar conceptos e incrementar propuestas de promoción y prevención que sean reconocidas, aceptadas y acordes a la realidad poblacional(43).

Los resultados del presente estudio se aplicarán a intervenciones acordes con las necesidades de los grupos poblacionales, lo que puede generar un impacto positivo sobre su salud oral, a partir del fortalecimiento de los conocimientos, promoción de actitudes saludables y prácticas orales adecuadas. El ICCMS (international caries classification and management system) tiene entre sus objetivos mantener y mejorar el desarrollo de la salud dental de los pacientes, basado en el análisis de los riesgos de cada paciente, logrando así una prevención oportuna, por esta razón, es de gran importancia el cuidado integral de la población infantil, siendo un trabajo en conjunto entre padres-maestros-odontólogos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los individuos desde edades tempranas, teniendo en cuenta su estilo de vida.

6.1. Conclusiones. En consecuencia fue posible describir los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres o acudientes de niños matriculados en el colegio INEM sede escuela San Martín teniendo en cuenta los factores sociodemográficos edad, el género, nivel educativo y nivel socioeconómico; se encontró que la edad era un factor que puede influenciar el comportamiento de los padres de familia, esto puede evidenciarse en que los padres mayores tienen mejor conocimiento y actitudes sin embargo los padres de menor edad realizan mejores prácticas; en cuanto al nivel educativo se determinó que los padres de primaria y secundaria están en desacuerdo en que el dolor de los dientes de sus hijos le han impedido asistir al colegio, por otro lado se encontró una tendencia a ser la madre la responsable de realizar la limpieza de los dientes de sus hijos en los diferentes niveles educativos, se identificó que a menor nivel educativo mayor cantidad de crema dental es utilizada para realizar la higiene oral. Finalmente se evidenció que los padres de nivel educativo primaria refieren que el niño debe recibir lactancia materna o biberón en una edad igual o menor a dos años contrario a los padres de secundaria quienes afirman que se debe continuar aún después de los dos años de edad.

No se encontró significancia estadística al relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas con factores género y nivel socioeconómico por tal razón no se puede dar una información exacta.

Esto conlleva a que se realice una futura investigación teniendo en cuenta los determinantes sociales de la población estudiada, ya que a pesar de tener los conocimientos sobre salud bucal se contradicen en sus actitudes hacia la misma, y por tanto no realizan las prácticas que permiten mantener la salud bucal.

6.2. Recomendaciones. Al detectar que influye en los conocimientos y actitudes la edad la población, se recomienda indagar si hay relación con las actividades realizadas por los padres y/o acudientes, tiempo insuficiente o medios inadecuados para mantener una buena salud bucal, para ejecutar una buena práctica; se detectó relevante el determinante social educativo de la población por tal razón es necesario ajustar los programas basados en campañas preventivas y promocionales de salud oral dirigidas a niños y adultos individualmente, esto permitirá una capacitación adecuada a los padres y/o cuidadores quienes se consideran son los responsables de transmitir los hábitos a sus hijos. También es importante implementar estrategias para la clasificación, historia, diagnóstico y manejo de la caries dental por medio de programas como el de ICCMS que es un conjunto completo de protocolos clínicos cuyo objetivo es conservar la estructura dental y restaurar siempre y cuando sea posible, además es necesario estar enfocados en los determinantes sociales entre ellos se destaca el nivel socioeconómico, falta de oportunidades a nivel de educación, falta de oportunidades a nivel laboral, desplazamientos, falta de tiempo para compartir en familia, ya que estos influyen de manera importante en la salud de una población específicamente a nivel individual (6).

Fomentar en la facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás la importancia de promover en los padres asistentes a las consultas pediátricas, la educación y prevención de la salud bucal a su vez, reiterar que es posible prevenir patologías orales con una oportuna educación y asistencia odontológica desde la aparición del primer diente en boca, ajustando un plan de acción de acuerdo al estilo de vida de cada persona.

Al reconocer las condiciones de vulnerabilidad social en la población se debe realizar la continuación del proyecto, es decir con los resultados del diagnóstico de la población intervenir reforzando las falencias que se encuentran en la Escuela San Martín de Bucaramanga.

7. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021. 2014;44.
2. Bosch R, Rubio A, García H. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Av en Oodontoestomatología*. 2012;28(1):17–23.
3. Nuñez P. Bioquímica de la caries dental. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2010;9(2):155–66.
4. Palomer R L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. *Rev Chil pediatría [Internet]*. 2006 Feb [cited 2016 Sep 30];77(1):56–60. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Rodríguez Llanes Dr. R, Traviesas Herrera Dr. EM, Lavandera Carballido E, Duque Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. *Rev Cubana Estomatol*. 2009;46(2):11–2.
6. Pitts N, Ismail A, Martignon S, Ekstrand K, Douglas G, Longbotton C, Guia ICCMS para clinicos y educadores. Global Collaboraty for Caries Management. Diciembre 2014.
7. Víctor- C. Modelo educativo , preventivo y recuperativo para el control de la caries en niños menores de 5 años , Ciudad de Dios-Yura , Arequipa. :100–8.
8. Suyo, TI & Iannacone J. Original Article / Artículo Original. *Biol*. 2013;11:307–19.
9. Ramírez-Puerta,B; Molina-Ochoa,H; Álvarez-Sánchez L. Experiencia de caries en dentición permanente, en niños de 12 años, municipio de Andes (Colombia), 2012. *Rev CES Odontol [Internet]*. 2013;26(2):11–21. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2801/2015>
10. Buunk-Werkhoven YAB, Jaso ME, Dijkstra A, Acevedo S, van del Schans CP, Parodi Estellano G. Evaluación y promoción de la actitud hacia la higiene oral en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad católica de Uruguay. *Actas Odontológicas [Internet]*. 2008;5(2):13–20. Available from: <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/viewFile/1096/1078>
11. Agudelo Suárez A.A. Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 8 (16): 91-105, enero-junio de 2009
12. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB - IV 2013-2014. 2015;1–378.
13. Martignon S, González MC, Tellez M, Guzmán A, Quintero IK, Sáenz V, et al. Schoolchildren's tooth brushing characteristics and oral hygiene habits assessed with video-recorded sessions at school and a questionnaire. *Acta Odontol Latinoam [Internet]*. 2012;25(2):163–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23230636>
14. Diaz S. Arrieta k. Gonzales F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena , Colombia. *Rev Clín Med Fam [Internet]*. 2011;4(2):100–4. Available from: www.scielo.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a14.pdf
15. Palacios E, Ventocilla MS, Castro A, Paulino W. 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. 2012;15(1):14–8.

16. Cupé-Araujo AC G-RC. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares : desarrollo y validación de un instrumento. 2015;25(2):112–21.
17. Dávila M.E. M de GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. 2008;46:1–7.
18. Vidal EL. Conocimientos sobre salud bucal en pacientes del consultorio estomatológico Barrio Bolívar en Venezuela Knowledge of oral health in patients of the dentist ' s office Barrio Bolívar in Venezuela. 2009;13(6).
19. Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Universidad Alas Peruanas Facultad De Medicina Humana Y Ciencias De La Salud Escuela Académico Profesional De Estomatología; 2011.
20. Wigen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor Epidemiol.* 2012;22(1):13–9.
21. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme Y de la C, Laffita LY, Torres Márquez ,Pedro Alejandro, Márquez Filiú M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria . Motivaciones , estrategias y prioridades odontopediátricas Promotion of oral and dental health in students of the primary teaching . Motivations , strategies and odonto-pediatric priori. *Medisan.* 2009;13(1):13.
22. Martínez FG, Laura D, Saravia H, Karina D. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles Social representations on oral hygiene in mothers and caregivers at child care centers. 2013;39(1):59–68
23. Meyer-Lueckel H., Ekstrand K.R., Paris S., Manejo de la caries ciencia y práctica clínica. Caracas Venezuela. Amolca. 2015.
24. Gutiérrez Prieto SJ, García DA, Santacolma S, Mejía JP. Caries dental: ¿influyen la genética y la epigenética en su etiología? Revisión de la literatura. *Univ Odontol [Internet].* 2013;32(69):83–92. Available from: file:///C:/Users/Vianey/Downloads/4362-25251-1-PB.pdf
25. Prevalencia de Enfermedad Gingival en niños con Dentición Primaria. María Eugenia Martín Adscripta para perfeccionamiento en la Odontopediatria e iniciación en investigación. Cátedra Odontopediatria. María Susana Discacciatti de Lértora Directora. Profesora Adjunta Cátedra Odontopediatria.
26. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital N.LNS.PNP en Enero del año 2010
27. A CMMI. D la CRCY. LY. RHAMCT. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez.” 2010;14(1):232–42.
28. Enfermedad periodontal y factores relacionados en escolares con síndrome de Down en Cartagena, Colombia- Tirado Amador L*, Ramos Martínez K**, Arrieta Vergara, K.
29. MINSAL. Guía Clínica:Atencion primaria Odontologica del preescolar de 2 a 5 años. 2009;108.
30. Soto MG. Cuidar al cuidador informal. *Nuberos Científica.* 2015;2(15).
31. 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.* 2011;53(3):247–57.
32. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Medisan [Internet].* 2011;15(10):1445–58. Available from:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. Psicol Soc [Internet]. 2007;457–90. Available from: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
 34. Recepcional E. Universidad veracruzana facultad de odontologia region poza rica – tuxpam. 2011;
 35. Pc S, Mejora BE, Sánchez-borjas PC. Actitudes Y Prácticas a Través De Una Intervención En Salud Oral Basada En Comunidad. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;83–8.
 36. Socorro M, Colaboradora P, Social D, Mar A, Titular P, Asociada P, et al. P á g i n a | 1 Hábitos de higiene bucal y el nivel socio-económico de niños entre 15 y 20 meses de edad P á g i n a | 2. 2007;1–9.
 37. Muñiz J. Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. Papeles del Psicol. 2010;31(1):57–66.
 38. Argibay JC. Técnicas psicométricas. cuestiones de validez y confiabilidad. Subj y procesos Cogn. 2006;15–33.
 39. Fernández, E., Cobo, E., & Guallar-Castillón, P. La declaración STROBE o cómo mejorar la presentación de los estudios observacionales. *Gaceta Sanitaria*, 2008 22(2), 87-89.
 40. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Designing clinical research: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
 41. Martignon S, González MC, Santamaría RM, Jácome-Liévano S, Muñoz Y, Moreno P. Oral-health workshop targeted at 0-5-yr. old deprived children's parents and caregivers: effect on knowledge and practices. J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2006;31(2):104–8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/705/CN-00578705/frame.html>
 42. Martignon S, Bautista G, González M, Lafaurie G, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. Rev Salud Pública [Internet]. 2008;10(2):308–14. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a11.pdf>
 43. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Salud Publica Mex. 2010;52(1):46–51
 44. Dhó M.S. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Av Odontoestomatol. 2015; 31(2): 67-76.

Apéndices

A. Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores	Objetivos
I. Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos según el registro civil	Cuantitativa	Razón	Número de años cumplidos.	Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a las variables sociodemográficas
II.Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Sexo según la identificación Masculino-femenino.	Cualitativa	Nominal	Mujer (1) Hombre (2)	Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a las variables sociodemográficas
III.Nivel educativo	Grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida educativo	Grado de educación alcanzado según certificado de estudio	Cualitativo	Ordinal	Primaria(1) Básica media (2) Secundaria(3) Técnica (4) Tecnología(5) Profesional(6)	Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a las variables sociodemográficas
IV.NivelSocioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar.	Estrato social según lugar donde viven.	Cualitativo	Ordinal	Estrato 1 (1) Estrato 2 (2) Estrato 3 (3) Estrato 4 (4) Estrato 5 (5) Estrato 6 (6)	Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a las variables sociodemográficas
Actitudes	Disposición de ánimo manifestada de algún modo.	Está conformada por 3 preguntas.	Cualitativa	Nominal	Positiva (1) Negativa (2) Indiferente (3)	Determinar la actitud de los padres en relación con la salud oral
1. Cuidado de Dientes.	Manera de comportarse u obrar de una persona.	Revisar conductas sobre las respuestas al cuidado dental.	Cualitativa	Nominal	Tener una sonrisa bonita (1) Tener una buena salud dental y general (2) Poder comer y hablar bien (3) Otra ¿Cuál? (4) No sabe (5) Nula (6)	Determinar la actitud de los padres en relación con la salud oral
12. Aspecto de Dientes.		Que comportamiento toma el	Cualitativa	Ordinal	Muy preocupado (1)	Determinar la actitud de los padres en relación con la salud

13. Apariencia sonreír	padre de familia con respecto a la apariciencia de los dientes del hijo				Bastante preocupado(2) Algo preocupado(3) Poco preocupado (4) Nulo(5)	oral.
	Que conducta asume el padre de familia en relación a la apariciencia del hijo/a	Cualitativa		Ordinal	Totalmente de acuerdo (1) De acuerdo(2) Neutral(3) Desacuerdo(4) Totalmente en desacuerdo(5) Nula (6)	Determinar la actitud de los padres en relación con la salud oral.
Conocimientos	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la	Está compuesta por 8 preguntas.	Cualitativa		Nominal	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
2. Información	naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Determinar la persona encargada del cuidado bucodental de los niños.	Cualitativa		Nominal	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
6. Apariencia caries		Revisar el juicio sobre la percepción de la caries dental.	Cualitativa		Nominal	Medico/enfer- mera(1) Odontólogo(2) Jardinera/mad- re comunitaria(3) Encargado de la droguería(4) Televisión, radio, folleto, etc.(5) Nadie(6) Nula (7)
						Como un hueco en el diente(1) Como una mancha negra en el diente(2) Como una mancha blanca en el diente(3) No sabe(4) Nulo (5)
4. Edad importancia crema		Reconocer la edad promedio que es recomendable para los padres utilizar la crema dental fluorada	Cualitativa		Nominal	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
						Desde que el niño nace(1) Desde aparecen los dientes de leche (2) Desde que tiene todos los dientes de leche (3) Desde que aparecen todos los

5. Utilidad crema dental	Analizar la opinión de los padres sobre la crema dental fluorada	Cualitativa	Nominal	dientes definitivos.(4) Acualquierda d es igual(5) No sabe (6) Nulo (7) Para prevenir y tratar la caries dental (1) Para blanquear los dientes (2) Para dejar un aliento fresco (3) Otro: ¿cuál?(4) No sabe (5) Nulo (6)	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
9. Responsable limpieza	Reconocer quien es responsable de la higiene oral del niño/a	Cualitativa	Nominal	Padres (1) Profesores (2) Odontólogo (3) Todos (4) Padres y profesores (5) Padres y Odontólogo (6) Profesor y odontólogo (7) Ninguno (8) Nulo (9)	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
10. responsable caries	El padre de familia reconoce quien es responsable de la presencia de caries en el niño/a	Cualitativa	Nominal	Padres (1) Profesores (2) Odontólogo (3) Todos (4) Padres y profesores (5) Padres y Odontólogo (6) Profesor y odontólogo (7) Ninguno (8) Nulo (9)	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
18. Fecha limpieza	El padre de familia recuerda un promedio de edad en que se realiza la primera limpieza del hijo/a	Cualitativa	Ordinal	< a 1 año (1) de 1 < 2 años (2) de 2 < a 3 años (3) >a 3 años (4) Nulo (5)	Identificar los conocimientos de los padres de familia o acudientes sobre salud oral.
24. Marca crema	El padre de familia reconoce la	Cualitativa	Nominal	Pregunta abierta Colgate (1)	Identificar los conocimientos de los padres de familia o

			crema dental que utiliza para la higiene su hijo/a			Fluocardent (2) Otra (3) Ninguna (4) Varias (5) Nulo (6)	acudientes sobre salud oral.
Practicas	Poner en práctica algo que se ha aprendido y especular	Consta de 19 preguntas		Cualitativa	Nominal		Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
3. Momento limpieza		Poner en práctica los conocimientos obtenidos sobre la limpieza dental.		Cualitativa		Desde que el niño/a nace(1) Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)(2) Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)(3) Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes) (4) A cualquier edad es igual(5) no sabe(6) Nula (7)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
7. Controlar y prevenir caries		Determinar el control y prevención de la caries dental según las personas a cargo		Cualitativa	Nominal	(1)Si (2)No	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
8. Prevenir caries		Que costumbres realiza para prevenir y controlar la caries dental		Cualitativa	Nominal	Con buena limpieza en los dientes y asistiendo al odontólogo(1) Dejando de comer dulces y comiendo más saludable(2) Usando más crema dental y enjuague con flúor(3) No sabe (4) La pregunta	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres

11. Higiene cansancio	Habitualmente el niño se debe cepillar los dientes aun si el padre está cansado	Cualitativa	Ordinal	A, B, C (5) A Y B (6) A Y C (7) Totalmente de acuerdo(1) De acuerdo (2) Neutral(3) Desacuerdo(4) Totalmente en desacuerdo(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
14. Dolor colegio	Según las experiencias del padre, el niño/a a dejado de asistir al colegio por dolor en los dientes	Cualitativa	Ordinal	Totalmente de acuerdo(1) De acuerdo(2) Neutral(3) Desacuerdo(4) Totalmente en desacuerdo(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
15. Primera consulta	Determinar las prácticas de consulta odontológica	Cualitativa	Ordinal	Nunca(1) De 0 a 11 meses (2) De 1 año a 1 año 11 meses(3) De 2 años a 2 años – 11 meses(4) De 3 años o >(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
16. Consulta dolor	Acostumbra llevar al niño/a o consulta odontológico al presentar dolor	Cualitativa	Nominal	Si (1) No (2)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
17. Ultima restauración	Reconocer el tiempo en que se le hicieron restauraciones a los dientes de los niños.	Cualitativa	Ordinal	Nunca(1) Menos de 1 año(2) entre 1 y 3 años (3) Más de 3 años (4) Nulo (5)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
19. Persona higiene	Analizar la persona encargada de la higiene dental del niño o niña.	Cualitativa	Nominal	Combinado (niños-adultos)(1) La mamá(2) El papá (3) Otro adulto (4) El niño solo(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
20. Noches dientes	Examinar si el niño al ir a la cama realiza	Cualitativa	Ordinal	Siempre (1) Casi siempre(2)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de

cepillados	higiene bucal.			No sabe (3) Casi nunca(4) Nunca (5) Nula (6)	acuerdo a lo reportado por los padres.
21. Mañanas dientes cepillados	Analizar si antes de salir de la casa el niño se realiza higiene oral.	Cualitativa	Ordinal	Siempre (1) Casi siempre(2) No sabe(3) Casi nunca(4) Nunca(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres.
22. Cepillo exclusivo	Determinar si el cepillo dental utilizado para sí higiene es propio y exclusivo.	Cualitativa	Nominal	Si (1) No (2)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres.
23. Crema dental	Saber si tiene conocimiento de los componentes de la crema dental utilizada.	Cualitativa	Ordinal	Siempre(1) Casi siempre(2) No sabe (3) Casi nunca(4) Nunca(5) Nula (6)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
25. Cantidad crema	Reconocer el total de la crema dental colocada en el cepillo dental	Cualitativa	Nominal	3/3 (1) 2/3 (2) 1/3 (3)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres.
26. Cantidad cepillado	Cantidad de veces que el niño se cepilla los dientes durante el día.	Cualitativa	Ordinal	>2 veces (1) 2 veces (2) 1 ves (3) 0 veces (4) Nula (5)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
27. Edad biberón	Explorar hasta que edad el niño tomo leche materna y biberón.	Cualitativa	Ordinal	< 2 años (1) > 2 años (2) No sabe (3) Nula (4)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
28. Cantidad Comidas	Examinar la cantidad de veces que el niño o niña consume comidas intermedias.	Cualitativa	Ordinal	Hasta 3 al día (1) De 4 a 5 al día(2) De 6 a 7 al día (3) < de 7 al día(4) Nula (5)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres
29. Cantidad bebidas	Reconocer la Cantidad de bebidas endulzadas que consume al día.	Cualitativa	Ordinal	0 comidas(1) 1 comida(2) 2 comidas(3) > a 2 comidas (4) Nula (5)	Definir las prácticas de salud oral de los estudiantes de acuerdo a lo reportado por los padres

B. Instrumento

No de Registro

Instrucciones para diligenciar la encuesta:

Lea cuidadosamente las preguntas con sus respectivas respuestas, marque con una X la respuesta que usted crea conveniente en el recuadro pequeño.

Nota: ninguna de las respuestas es considerada como correcta o incorrecta.

Información socio demográfica

Información del padre de familia o acudiente

Edad (número de años cumplidos): _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Nivel educativo: _____

- A. ☐ Primaria
- B. ☐ Básica media
- C. ☐ Secundaria
- D. ☐ Técnica
- E. ☐ Tecnología
- F. ☐ Profesional

Nivel socioeconómico:

- A. ☐ Estrato 1
- B. ☐ Estrato 2
- C. ☐ Estrato 3
- D. ☐ Estrato 4
- E. ☐ Estrato 5
- F. ☐ Estrato 6

Información del estudiante:

Edad (número de años cumplidos): _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Nivel cursado: _____

Encuesta CAPs en salud oral/ valoración riesgo

1) ¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?

- A. ☐ Tener una sonrisa bonita
- B. ☐ Tener una buena salud dental y general
- C. ☐ Poder comer y hablar bien
- D. ☐ Otra ¿Cuál?
- E. ☐ No sabe

2) ¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?

- A. ☐ Medico/enfermera
- B. ☐ Odontólogo
- C. ☐ Jardinera/madre comunitaria
- D. ☐ Encargado de la droguería
- E. ☐ Televisión, radio, folleto, etc.
- F. ☐ Nadie

3) ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?

- A. ☐ Desde que el niño/a nace
- B. ☐ Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
- C. ☐ Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)
- D. ☐ Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)
- E. ☐ A cualquier edad es igual
- F. ☐ No sabe

4) ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?

- A. ☐ Desde que el niño/a nace
- B. ☐ Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)
- C. ☐ Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)
- D. ☐ Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)
- E. ☐ A cualquier edad es igual
- F. ☐ No sabe

5) En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?

- A. ☐ Para prevenir y tratar la caries dental
- B. ☐ Para blanquear los dientes
- C. ☐ Para dejar un aliento fresco
- D. ☐ Otra. ¿cuál?
- E. ☐ No sabe

6) ¿Cómo se ve la caries dental?

- A. ☐ Como un hueco en el diente
- B. ☐ Como una mancha negra en el diente
- C. ☐ Como una mancha blanca en el diente
- D. ☐ No sabe

7) En su opinión. ¿es posible controlar y prevenir la caries dental? (SI: pase a la preg. 8
NO: pase a la preg. 9)

Sí ☐ No ☐

8) ¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental? (puede contestar más de una opción) ☐

- A. ☐ Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo
- B. ☐ Dejando de comer dulces y comiendo más saludable
- C. ☐ Usando más crema dental y enjuagues con flúor
- D. ☐ No se

9) ¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios? (**Responda cada una de las opciones que se presentan a continuación**)

Los padres de familia:	Sí ☐	No ☐	☐
Los profesores:	Si ☐	No ☐	☐
El odontólogo:	Si ☐	No ☐	☐

10) ¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries? (**Responda cada una de las opciones que se presentan a continuación**)

Los padres de familia:	Sí ☐	No ☐	☐
Los profesores:	Si ☐	No ☐	☐
El odontólogo:	Si ☐	No ☐	☐

11) ¿Los dientes de su niño/ niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado? (lea los distractores) ☐

- A. ☐ Totalmente de acuerdo
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

12) En los últimos dos meses ¿qué tan preocupado ha estado por el aspecto de los dientes de su hijo o hija? (lea los distractores) ☐

- A. ☐ Muy preocupado
- B. ☐ Bastante preocupado
- C. ☐ Algo preocupado
- D. ☐ Un poco preocupado

13) ¿En los últimos dos meses. ¿la apariencia de su hijo o hija le han impedido a sonreír? (lea los distractores)

- A. ☐ Totalmente de acuerdo ☐
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

14) ¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio? (lea ☐ distractores)

- A. ☐ Totalmente de acuerdo
- B. ☐ De acuerdo
- C. ☐ Neutral
- D. ☐ En desacuerdo
- E. ☐ Totalmente en desacuerdo

Visitas al odontólogo del niños/ la niña

15) ¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez? ☐

- A. ☐ Nunca
- B. ☐ De 0 a 11 meses
- C. ☐ De 1 año – 1 año 11 meses
- D. ☐ De 2 años- 2 años 11 meses
- E. ☐ De 3 años o mayor

16) ¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?

Sí ☐ No ☐

17) ¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron ☐ diente?

- A. ☐ Nunca
- B. ☐ Menos de un año
- C. ☐ Entre 1 y tres años
- D. ☐ Más de 3 años

Higiene oral

18) ¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a? ☐

- A. ☐ Menor a 1 año
- B. ☐ 1 a menos de 2 años
- C. ☐ 2 a menos de 3 años
- D. ☐ Mayor o igual a 3 años

19) ¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña? ☐

- A. ☐ Combinado (el niño/la niña con adulto)
- B. ☐ La mamá
- C. ☐ El papá
- D. ☐ Otro adulto (abuela, etc.)
- E. ☐ El niño o la niña solo/a

¿Cuándo cepilla los dientes?

20) ¿Todas las noches el niño/a se acuesta con los dientes cepillados?

☐

- A. ☐ Siempre
B. ☐ Casi siempre
C. ☐ No sabe
D. ☐ Casi nunca
E. ☐ Nunca

21) ¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?

☐

- A. ☐ Siempre
B. ☐ Casi siempre
C. ☐ No sabe
D. ☐ Casi nunca
E. ☐ Nunca

22) ¿El cepillo dental que usa el niño/la niña es de uso exclusivo del niño/la niña?

☐Sí ☐ No ☐**Acerca de la crema dental**

23) ¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña? (si contesta nunca pase a la pregunta 27)

☐

- A. ☐ Siempre
B. ☐ Casi siempre
C. ☐ No sabe
D. ☐ Casi nunca
E. ☐ Nunca

24) ¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?

☐

25) ¿Qué cantidad de crema dental le coloca sobre el cepillo al niño o niña?

☐A. ☐B. ☐C. ☐

26) ¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?

☐

- A. ☐ Mayor a 2
B. ☐ 2
C. ☐ 1
D. ☐ 0

Alimentación

- 27) ¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?
- A. ☐ Menor o igual a 2 años
- B. ☐ Mayor a 2 años
- C. ☐ No sabe
- 28) ¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?
- A. ☐ Hasta 3 al día
- B. ☐ 4-5 al día
- C. ☐ 6-7 al día
- D. ☐ Menos de 7 al día
- 29) ¿Cuántas bebidas/comidas endulzadas con azúcar, panela o miel consume el niño/ la niña al día?
- A. ☐ 0
- B. ☐ 1
- C. ☐ 2
- D. ☐ Mayor a 2

C. Plan de análisis estadístico

Variable Dependiente	Variable Independiente	Niveles de Medición	Prueba Estadística
Conocimientos	Sexo	Ordinal – Dicotómica	Chi2
	Edad	Ordinal – Razón	H de Kruskall Wallis
	Nivel socioeconómico	Ordinal – Ordinal	Chi2
	Nivel Educativo	Ordinal – Ordinal	Chi2
Actitudes	Sexo	Ordinal – Dicotómica	Chi2
	Edad	Ordinal – Razón	H de Kruskall Wallis
	Nivel socioeconómico	Ordinal – Ordinal	Chi2
	Nivel Educativo	Ordinal - Ordinal	Chi2
Practicas	Sexo	Ordinal – Dicotómica	Chi2
	Edad	Ordinal – Razón	H de Kruskall Wallis
	Nivel socioeconómico	Ordinal – Ordinal	Chi 2
	Nivel Educativo	Ordinal – Ordinal	Chi2

D. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES DE
FAMILIA SOBRE SALUD BUCAL EN EL COLEGIO INEM SEDE ESCUELA SAN
MARTÍN DE BUCARAMANGA**

Este trabajo está realizado por las estudiantes July Smith Guerrero Marín, Derly Lizeth Infante Prada, Yusely Yeritza Ortega Monsalve y Laura Tatiana Salazar Plata, como requisito de trabajo de grado para obtener el título de Odontólogas de la universidad Santo Tomás. A través de este documento queremos invitarlo a participar en el Estudio de Investigación Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Padres de Familia sobre Salud Oral en el Colegio INEM sede escuela San Martín de Bucaramanga, que tiene como objetivo medir los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los padres de familia de los estudiantes de la sede San Martín de Bucaramanga con respecto a la salud oral. La realización de este proyecto se llevará a cabo a través de un instrumento (cuestionario) validado en Bogotá D.C. / Colombia y así se comparará cada criterio incluido en el instrumento según las variables socio demográficas. El objetivo del estudio es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o acudientes en relación a la salud oral en el colegio San Martín de Bucaramanga durante II periodo 2016, para determinar en qué aspecto se requiere un refuerzo, usted no se beneficiará económicamente por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para determinar que factor requiere una pronta intervención y esto producirá a futuro un beneficio en la salud bucal de sus hijos.

Su participación es voluntaria, es decir, en caso de no querer participar puede negarse a responder la encuesta, si decide no participar no tendrá ninguna consecuencias en el proceso académico de su hijo/a, por otra parte tiene derecho a retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente en tal caso la información será eliminada y no será utilizada; en caso de participar tenga en cuenta que esta información no será divulgada, es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias académicas, sin embargo, su nombre no será conocido; tome el tiempo que requiera para tomar su decisión, lea cuidadosamente este documento y haga las preguntas que desee a las investigadoras, ninguna pregunta será determinada como correcta o incorrecta

Aclaremos que esta investigación no tiene riesgos para usted o su hijo/a, además este estudio es financiado por las investigadoras, por lo tanto su participación no será recompensada económicamente.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar a las investigadores July Smith Guerrero Marín Cel: 3152819084- Derly Lizeth Infante Prada Cel: 3155786569 – Yusely Yeritza Ortega Monsalve Cel: 3158126840- Laura Tatiana Salazar Plata cel: 3016848794, Investigadoras Responsables del estudio.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación, usted puede llamar a la Dra. Adriana Gaona Directora del proyecto docente de la facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás de Floridablanca, ó al email: agaona@yahoo.es

Declaración de consentimiento

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y se me ha informado que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo. No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación médica según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

Firma: _____

Nombre del Investigador 1:

Firma: _____

Nombre del Investigador 2:

Firma: _____

Nombre del Investigador 3:

Firma: _____

Nombre del Investigador 4:

Firma: _____

Directora de proyecto

Nombre:

Firma: _____

Codirectora del proyecto

Nombre:

Firma: _____

Codirectora de proyecto

Nombre:

Firma: _____

Director de la Institución o su Delegado

Nombre:

*E. Tablas de resultados**Tabla 9. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo. **

Pregunta	Respuesta	Primaria n(%)	Básica Media n(%)	Secundaria n(%)	Técnica n(%)	Tecnología n(%)	Profesional n(%)	P
¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?	Tener una sonrisa bonita	4(12,5)	---	---	---	---	---	0,3
	Tener una buena salud dental y general	23(71,8)	7 (100)	32(94,1)	5 (100)	2(100)	2(66,6)	
	Poder comer y hablar bien	2(6,2)	---	1(2,9)	---	---	1(33,3)	
	Otra ¿Cuál?	---	---	---	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	---	---	---	
	Nula	3 (9,3)	---	1(2,9)	---	---	---	
En los últimos meses ¿qué tan preocupado a estado por el aspecto de los dientes de su hijo(a)?	Muy preocupado	11(34,3)	4(57,1)	7(20,5)	2(40)	1(50)	1(33,3)	0,3
	Bastante preocupado	2(6,2)	---	6(17,6)	1(20)	1(50)	1(33,3)	
	Algo preocupado	11 (34,3)	3(42,8)	13(38,2)	---	---	1(33,3)	
	Poco preocupado	8(25)	---	7(20,5)	2(40)	---	---	
	Nulo	---	---	1(2,9)	---	---	---	
	Totalmente de acuerdo	10(31,2)	1(14,2)	2(5,8)	---	---	---	
¿En los últimos dos meses. ¿La apariencia de su hijo o hija le han impedido sonreír?	De acuerdo	3(9,3)	1(14,2)	4(11,7)	---	---	---	0,06
	Neutral	6(18,7)	4(57,1)	9(26,4)	1(20)	---	1(33,3)	
	Desacuerdo	10(31,2)	---	15(44,1)	3(60)	1(50)	---	
	Totalmente en desacuerdo	2(6,2)	1(14,2)	4(11,7)	1(20)	1(50)	2(66,6)	
	Nula	1(3,1)	---	---	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

Tabla 10. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.*

Pregunta	Respuesta	Primaria n(%)	Básica Media n(%)	Secundaria n(%)	Técnica n(%)	Tecnología n(%)	Profesional n(%)	P
¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?	Medico/ enfermera	2(6,2)	---	1(2,9)	---	---	---	0,4
	Odontólogo	23(71,8)	5(71,4)	32(94,1)	5(100)	2(100)	2(66,6)	
	Jardinera/madre comunitaria	1(3,1)	---	---	---	---	---	
	Encargada de la droguería	---	---	---	---	---	---	
	Televisión, radio, folleto, etc.	---	---	---	---	---	---	
	Nadie	3(9,3)	1(14,2)	1(2,9)	---	---	---	
	Eliminada	3(9,3)	1(14,2)	---	---	---	1(33,3)	
¿Cómo se ve la caries dental?	Como un hueco en el diente	8(25)	1(14,2)	3(8,8)	---	1(50)	---	0,4
	Como una mancha negra en el diente	12(37,5)	4(57,1)	17(50)	2(40)	1(50)	2(66,6)	
	Como una mancha blanca en el diente	5(15,6)	2(28,5)	11(32,3)	3(60)	---	1(33,3)	
	No sabe	---	---	---	---	---	---	
	Eliminada	6(18,7)	---	1(2,9)	---	---	---	
		1(3,1)	---	2(5,8)	---	---	---	
		3(9,3)	---	1(2,9)	---	---	---	
¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?	Desde que el niño/a nace	3(9,3)	---	1(2,9)	---	---	---	0,1
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	16(50)	4(57,1)	16(47,06)	3(60)	---	---	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	7(21,8)	1(14,2)	11(32,3)	1(20)	1(50)	---	
	Desde que aparecen los dientes definitivos	4(12,5)	---	6(17,6)	1(20)	1(50)	2(66,6)	
	(permanentes)	---	1(14,2)	---	---	---	---	
	A cualquier edad es igual	1(3,13)	---	---	---	---	1(33,3)	
	No sabe	1(3,13)	1(14,2)	---	---	---	---	
En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?	Eliminada	---	---	---	---	---	---	0,2
	Para prevenir y tratar la caries dental	26(81,2)	6(85,7)	29(85,2)	5(100)	1(50)	1(33,3)	
	Para blanquear los dientes	1(3,1)	---	2(5,8)	---	1(50)	2(66,6)	
	Para dejar un aliento fresco	2(6,2)	---	2(5,8)	---	---	---	
	Otra. ¿Cuál?	---	---	---	---	---	---	
	No sabe	1(3,1)	---	1(2,9)	---	---	---	
	Eliminada	2(6,2)	1(14,2)	---	---	---	---	

Tabla 10.a. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.

¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios?	Padres	12(37,5)	5(71,4)	15(44,1)	3(60)	2(100)	1(33,3)	0,4
	Profesores	---	---	---	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	---	---	---	
	Todos	13(40,6)	2(28,5)	7(20,5)	1(20)	---	1(33,3)	
	Padres y profesores	---	---	---	---	---	---	
	Padres y odontólogo	7(21,8)	---	12(35,2)	1(20)	---	1(33,3)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	---	---	---	
	Ninguno	---	---	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries?	Padres	15(46,8)	4(57,1)	23(67,6)	3(60)	2(100)	1(33,3)	0,09
	Profesores	---	---	---	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	---	---	---	
	Todos	10(31,2)	1(14,2)	4(11,7)	---	---	---	
	Padres y profesores	---	---	---	---	---	---	
	Padres y odontólogo	7(21,8)	1(14,2)	7(20,5)	1(20)	---	1(33,3)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	---	---	---	
	Ninguno	---	1(14,2)	---	1(20)	---	1(33,3)	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a?	Menor a 1año	6(18,7)	2(28,7)	10(29,4)	1(20)	---	---	0,9
	1 a menos de 2 años	8(25)	2(28,7)	8(23,5)	1(20)	1(50)	1(33,3)	
	2 a menos de 3 años	5(15,6)	2(28,7)	6(17,6)	2(40)	1(50)	1(33,3)	
	Mayor o igual a 3 años	13(40,6)	1(14,2)	10(29,4)	1(20)	---	1(33,3)	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?	Colgate	27(84,3)	6(85,7)	30(88,2)	4(80)	2(100)	2(66,6)	0,2
	Fluocardent	3(9,3)	1(14,2)	4(11,7)	---	---	---	
	Otra	2(6,25)	---	---	1(20)	---	---	
	Ninguna	---	---	---	---	---	---	
	Varias	---	---	---	---	---	1(33,3)	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

Tabla 11. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo. *

Pregunta	Respuesta	Primaria n(%)	Básica Media n(%)	Secundaria n(%)	Técnica n(%)	Tecnología n(%)	Profesional n(%)	P
¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?	Desde que el niño/a nace	4(12,5)	1(14,2)	8(23,5)	2(40)	1(50)	---	0,2
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	23(71,8)	3(42,8)	21(61,7)	2(40)	1(50)	3(100)	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	4(12,5)	---	4(11,7)	1(20)	---	---	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	---	1(14,2)	1(2,9)	---	---	---	
	A cualquier edad es igual	---	---	---	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	---	---	---	
	Eliminada	1(3,1)	2(28,5)	---	---	---	---	
En su opinión. ¿Es posible controlar y prevenir la caries dental?	Si	30(93,7)	5(71,4)	34(100)	5(100)	2(100)	3(100)	0,08
	No	2(6,2)	2(28,5)	---	---	---	---	
¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental?	Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo	14(46,6)	2(40)	15(44,1)	2(40)	2(100)	2(66,6)	0,8
	Dejando de comer dulces y comiendo más saludable	1(3,33)	---	3(8,8)	---	---	1(33,3)	
	Usando más crema dental y enjuagues con flúor	1(33,3)	---	---	---	---	---	
	No se	---	---	---	---	---	---	
	A,B,C	---	---	---	---	---	---	
	A Y B	6(20)	---	6(17,5)	1(20)	---	---	
	A Y C	7(23,3)	1(20)	7(20,5)	2(40)	---	---	
¿Los dientes de su niño/niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado?	A Y C	1(33,3)	2(40)	3(8,8)	---	---	---	0,3
	Totalmente de acuerdo	24(75)	4(57,1)	28(82,3)	4(80)	1(50)	3(100)	
	De acuerdo	3(9,3)	2(28,5)	2(5,8)	1(20)	---	---	
	Neutral	---	---	1(2,9)	---	---	---	
	En desacuerdo	---	1(14,2)	---	---	1(50)	---	
	Totalmente en desacuerdo	3(9,3)	---	1(2,9)	---	---	---	
	Eliminada	2(6,2)	---	2(5,8)	---	---	---	

¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio?	Totalmente de acuerdo	7(21,8)	---	1(2,9)	---	---	---	0,03
	De acuerdo	7(21,8)	2(28,5)	1(2,9)	1(20)	---	1(33,3)	
	Neutral	4(12,5)	---	7(20,5)	---	---	---	
	En desacuerdo	5(15,6)	3(42,8)	13(38,2)	2(40)	1(50)	---	
	Totalmente en desacuerdo	8(25)	2(28,5)	12(35,2)	2(40)	---	2(66,6)	
	Eliminada	1(3,1)	---	---	---	1(50)	---	
¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez?	Nunca	2(6,2)	---	---	---	---	---	0,07
	De 0 a 11 meses	4(21,5)	3(42,8)	1(2,9)	2(40)	---	1(33,3)	
	De 1 año – 1 año 11 meses	9(28,1)	1(14,2)	10(29,4)	1(20)	2(100)	---	
	De 2 años- 2 años 11 meses	5(15,6)	1(14,2)	6(17,6)	2(40)	---	1(33,3)	
	De 3 años o mayor	12(37,5)	2(28,5)	17(50)	---	---	1(33,3)	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?	Si	9(28,1)	2(28,5)	10(29,4)	---	1(50)	---	0,6
	No	23(71,8)	5(71,4)	24(70,5)	5(100)	1(50)	3(100)	
¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron un diente?	Nunca	7(21,8)	1(14,2)	12(35,2)	2(40)	---	1(33,3)	0,3
	Menos de un año	11(34,3)	1(14,2)	13(38,2)	1(20)	1(50)	---	
	Entre 1 y tres años	5(15,6)	3(42,8)	6(17,6)	2(40)	1(50)	1(33,3)	
	Más de 3 años	9(28,1)	2(28,5)	3(8,8)	---	---	1(33,3)	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	
	Combinado (el niño/la niña con adulto)	2(6,2)	1(14,2)	11(32,3)	---	---	1(33,3)	
¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña?	La mamá	16(50)	1(14,2)	14(41,1)	3(60)	1(50)	1(33,3)	0,01
	El papá	---	---	2(2,9)	---	1(50)	---	
	Otro adulto (abuela, etc.)	---	---	---	---	---	---	
	El niño o la niña solo/a	9(28,1)	2(28,5)	8(23,5)	2(40)	---	1(33,3)	
	Eliminada	5(15,6)	3(42,8)	---	---	---	---	
	Siempre	12(37,5)	4(57,1)	13(38,2)	1(20)	1(50)	---	
Casi siempre	14(43,7)	3(42,8)	14(41,1)	4(80)	1(50)	2(66,6)		
No sabe	---	---	1(2,9)	---	---	---		
Casi nunca	2(6,2)	---	3(8,8)	---	---	1(33,3)		
Nunca	4(12,5)	---	3(8,8)	---	---	---		
Eliminada	---	---	---	---	---	---		

Tabla 11.b. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.

¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	Siempre	25(78,1)	7(100)	29(85,2)	4(80)	2(100)	1(33,3)	0,4
	Casi siempre	6(18,7)	---	4(11,7)	1(20)	---	2(66,6)	
	No sabe	---	---	1(2,9)	---	---	---	
	Casi nunca	---	---	---	---	---	---	
	Nunca	1(3,1)	---	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	1,0
	Si	30(93,7)	7(100)	32(94,1)	5(100)	2(100)	3(100)	
	No	2(6,2)	---	2(5,8)	---	---	---	
¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña?	Siempre	18(56,2)	6(85,7)	25(73,5)	2(40)	2(100)	1(33,3)	0,1
	Casi siempre	10(31,2)	---	4(11,7)	3(60)	---	---	
	No sabe	2(6,2)	---	3(8,8)	---	---	1(33,3)	
	Casi nunca	2(6,2)	1(14,2)	2(5,8)	---	---	1(33,3)	
	Nunca	---	---	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	0,004
	3/3	22(62,8)	2(5,7)	10(28,5)	1(2,8)	---	---	
	2/3	7(18,9)	4(10,8)	19(51,3)	4(10,8)	2(5,4)	1(2,7)	
	1/3	3(27,2)	1(9)	5(45,4)	---	---	2(18,1)	
¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?	Mayor a 2	11(34,3)	3(42,8)	11(32,3)	2(40)	1(50)	---	0,4
	2	17(53,1)	4(57,1)	18(52,9)	3(60)	---	2(66,6)	
	1	2(6,2)	---	58(14,7)	---	1(50)	---	
	0	1(3,1)	---	---	---	---	1(33,3)	
	Eliminada	1(3,1)	---	---	---	---	---	
¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?	Menor o igual a 2 años	21(65,6)	4(57,1)	16(47)	3(60)	1(50)	1(33,3)	0,05
	Mayor a 2años	9(28,1)	3(42,8)	18(52,9)	2(40)	---	1(33,3)	
	No sabe	2(6,2)	---	---	---	1(50)	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	1(33,3)	
¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?	Hasta 3 al día	21(65,6)	5(71,4)	20(58,8)	2(40)	---	1(33,3)	0,08
	4-5 al día	7(21,8)	2(28,5)	13(38,2)	3(60)	---	2(66,6)	
	6-7 al día	3(9,3)	---	1(2,9)	---	2(100)	---	
	Menos de 7 al día	1(3,1)	---	---	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	---	---	---	

Tabla 11.c. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Educativo.

¿Cuántas	0	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	---	---	---	0,6
bebidas/comidas	1	12(54,5)	2(9)	6(27,2)	1(4,5)	1(4,5)	---	
endulzadas con panela o	2	7(36,8)	2(10,3)	7(36,8)	2(10,5)	---	1(5,2)	
miel consume el niño/a	Mayor a 2	12(30,7)	2(5,1)	20(51,2)	2(5,1)	1(2,5)	2(5,1)	
al día?	Eliminada	---	---	---	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

Tabla 12. Actitudes de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico*

Pregunta	Respuesta	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	P
¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?	Tener una sonrisa bonita	4 (9,7)	---	---	0,4
	Tener una buena salud dental y general	32 (78)	36 (92,3)	3 (100)	
	Poder comer y hablar bien	2 (4,8)	2 (5,1)	---	
	Otra ¿Cuál?	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	
	Nula	3 (7,3)	1 (2,5)	---	
En los últimos meses ¿qué tan preocupado a estado por el aspecto de los dientes de su hijo(a)?	Muy preocupado	15 (36,5)	10 (25,6)	1 (33,3)	0,2
	Bastante preocupado	4 (9,7)	7 (17,9)	---	
	Algo preocupado	16 (39)	10 (25,6)	2 (66,6)	
	Poco preocupado	5 (12,2)	12 (30,7)	---	
	Nulo	1 (2,4)	---	---	
¿En los últimos dos meses. ¿La apariencia de su hijo o hija le han impedido a sonreír?	Totalmente de acuerdo	9 (21,9)	4 10,2	---	0.3
	De acuerdo	4 (9,7)	4 10,2	---	
	Neutral	11 (26,8)	9 23	1 33,3	
	Desacuerdo	13 (31,7)	16 41	---	
	Totalmente en desacuerdo	4 (9,7)	5 12,8	2 66,6	
	Nula	---	1 2,5	---	

Prueba estadística Chi2*

Tabla 13. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.*

Pregunta	Respuesta	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	P
¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño/niña?	Medico/ enfermera	1 (2,4)	2 (5,1)	---	0,7
	Odontólogo	32 (78)	34 (87,1)	3 (100)	
	Jardinera/madre comunitaria	1 (2,4)	---	---	
	Encargada de la droguería	---	---	---	
	Televisión, radio, folleto, etc.	---	---	---	
	Nadie	3 (7,3)	2 (5,1)	---	
	Eliminada	4 (9,7)	1 (2,5)	---	
¿Cómo se ve la caries dental?	Como un hueco en el diente	6 (14,6)	6 (15,3)	1 (33,3)	0,8
	Como una mancha negra en el diente	18 (43,9)	19 (48,7)	1 (33,3)	
	Como una mancha blanca en el diente				
	No sabe	10 (24,3)	11 (28,1)	1 (33,3)	
	Eliminada				
		5 (12,2)	2 (5,1)	---	
		2 (4,8)	1 (2,5)	---	
¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental con flúor?	Desde que el niño/a nace	2 (4,8)	2 (5,1)	---	0,7
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	22 (53,6)	16 (41)	1 (33,3)	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	8 (19,5)	12 (30,7)	1 (33,3)	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	6 (14,6)	7 (17,9)	1 (33,3)	
	A cualquier edad es igual	---	1 (2,5)	---	
	No sabe	2 (4,8)	---	---	
	Eliminada	1 (2,4)	1 (2,5)	---	
En su opinión, ¿para qué le sirve la crema dental con flúor a los dientes?	Para prevenir y tratar la caries dental	32 (78)	34 (87,1)	2 (66,6)	0,3
	Para blanquear los dientes				
	Para dejar un aliento fresco	2 (4,8)	3 (7,6)	1 (33,3)	
	Otra. ¿Cuál?	3 (7,3)	1 (2,5)	---	
	No sabe	---	---	---	
	Eliminada	1 (2,4)	1 (2,5)	---	
		3 (7,3)	---	---	

Tabla 13.a. Conocimientos de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.

¿Quién es responsable de que su niño/a tenga los dientes limpios?	Padres	16 (39)	20 (51,2)	2 (66,6)	0,6
	Profesores	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	
	Todos	14 (34,5)	10 (25,6)	---	
	Padres y profesores	---	---	---	
	Padres y odontólogo	11 (26,8)	9 (23)	1 (33,3)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	
	Ninguno	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Quién es el responsable o los responsables de que el niño/a muestre señales de caries?	Padres	21 (51,2)	25 (64,1)	2 (66,6)	0,7
	Profesores	---	---	---	
	Odontólogo	---	---	---	
	Todos	8 (19,5)	7 (17,9)	---	
	Padres y profesores	---	---	---	
	Padres y odontólogo	10 (24,3)	6 (15,3)	1 (33,3)	
	Profesor y odontólogo	---	---	---	
	Ninguno	2 (4,8)	1 (2,5)	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Cuándo le empezaron a realizar limpieza de la boca al niño/a?	Menor a 1año	12 (29,7)	7 (17,9)	---	0,7
	1 a menos de 2 años	11 (26,8)	9 (23)	1 (33,3)	
	2 a menos de 3 años	8 (19,5)	8 (20,5)	1 (33,3)	
	Mayor o igual a 3 años	10 (24,3)	15 (38,4)	1 (33,3)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Qué marca de crema dental utiliza el niño/la niña?	Colgate	35 (85,3)	34 (87,1)	2 (66,6)	0,3
	Fluocardent	5 (12,2)	2 (5,1)	1 (33,3)	
	Otra	1 (2,4)	2 (5,1)	---	
	Ninguna	---	---	---	
	Varias	---	1 (2,5)	---	
	Eliminada	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*

Tabla 14. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.*

Pregunta	Respuesta	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	P
¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/niña?	Desde que el niño/a nace	8 (19,5)	7 (17,9)	1 (33,3)	0,7
	Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	25 (60,9)	26 (66,6)	2 (66,6)	
	Desde que tienen todos los dientes de leche (temporales)	4 (9,7)	5 (12,8)	---	
	Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	1 (2,4)	1 (2,5)	---	
	A cualquier edad es igual	---	---	---	
	No sabe	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	
En su opinión. ¿Es posible controlar y prevenir la caries dental?	Si	37 (90,2)	39 (100)	3 (100)	0,2
	No	4 (9,7)	---	---	
¿Cuál es la mejor manera de controlar y prevenir la caries dental?	Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo	18 (48,6)	17 (43,5)	2 (66,6)	0,6
	Dejando de comer dulces y comiendo más saludable	2 (5,4)	2 (5,1)	1 (33,3)	
	Usando más crema dental y enjuagues con flúor	1 (2,7)	---	---	
	No se	---	---	---	
	A,B,C	7 (18,9)	6 (15,3)	---	
	A Y B	6 (16,2)	11 (28,2)	---	
	A Y C	3 (8,1)	3 (7,6)	---	
¿Los dientes de su niño/ niña deben ser cepillados aun si Ud. Se siente cansado?	Totalmente de acuerdo	30 (73,1)	31 (79,4)	3 (100)	0,5
	De acuerdo	4 (9,7)	4 (10,2)	---	
	Neutral	1 (2,4)	---	---	
	En desacuerdo	1 (2,4)	1 (2,5)	---	
	Totalmente en desacuerdo	1 (2,4)	3 (7,6)	---	
	Eliminada	4 (9,7)	---	---	
¿El dolor de los dientes de su niño/a le ha impedido asistir al colegio?	Totalmente de acuerdo	6 (14,6)	2 (5,1)	---	0,2
	De acuerdo	7 (17)	4 (10,2)	1 (33,3)	
	Neutral	5 (12,2)	6 (15,3)	---	
	En desacuerdo	11 (26,8)	13 (33,3)	---	
	Totalmente en desacuerdo	12 (29,2)	13 (33,3)	1 (33,3)	
	Eliminada	---	1 (2,5)	1 (33,3)	

Tabla 14.a. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.

¿A qué edad asistió el niño/la niña a consulta odontológica por primera vez?	Nunca	2 (4,8)	--	---	0,7
	De 0 a 11 meses	6 (14,6)	5 (12,8)	---	
	De 1 año – 1 año 11 meses	12 (29,2)	9 (23)	2 (66,6)	
	De 2 años- 2 años 11 meses	7 (17)	8 (20,5)	---	
	De 3 años o mayor	14 (34,1)	17 (43,5)	1 (33,3)	
	Eliminada	---	---	---	
¿Ha tenido que llevar al niño/la niña o ha asistido a consulta por dolor en el último año?	Si	12 (29,2)	9 (23)	1 (33,3)	0,7
	No	29 (70,7)	30 (76,9)	2 (66,6)	
¿Cuándo fue la última vez que el niño/la niña le hicieron una calza o le sacaron un diente?	Nunca	12 (29,2)	10 (25,6)	1 (33,3)	0,3
	Menos de un año	9 (21,9)	17 (43,5)	1 (33,3)	
	Entre 1 y tres años	11 (26,8)	7 (17,9)	---	
	Más de 3 años	9 (21,9)	5 (12,8)	1 (33,3)	
	Eliminada	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Quién le realiza la higiene de la boca del niño o niña?	Combinado (el niño/la niña con adulto)	5 (12,2)	9 (23)	1 (33,3)	0,08
	La mamá	22 (53,6)	14 (35,9)	---	
	El papá	---	1 (2,5)	1 (33,3)	
	Otro adulto (abuela, etc.)	---	---	---	
	El niño o la niña solo/a	9 (21,9)	12 (30,7)	1 (33,3)	
	Eliminada	5 (12,2)	3 (7,6)	---	
¿Todas las noches el niño/a se acuesta con los dientes cepillados?	Siempre	18 (43,9)	13 (33,3)	---	0,6
	Casi siempre	17 (41,4)	18 (46,1)	3 (100)	
	No sabe	1 (2,4)	---	---	
	Casi nunca	2 (4,8)	4 (10,2)	---	
	Nunca	3 (7,3)	4 (10,2)	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Todas las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	Siempre	33 (80,4)	32 (80)	3 (100)	1,0
	Casi siempre	7 (17)	6 (15,3)	---	
	No sabe	1 (2,4)	---	---	
	Casi nunca	---	---	---	
	Nunca	---	1 (2,5)	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿El cepillo dental que usa el niño/la niña es de uso exclusivo del niño/la niña?	Si	40 (97,5)	36 (92,3)	3 (100)	0,4
	No	1 (2,4)	3 (7,6)	---	

Tabla 14.b. Prácticas de los Participantes de Acuerdo al Nivel Socioeconómico.

¿Utiliza crema dental con flúor para cepillar los dientes del niño o niña?	Siempre	27 (65,8)	25 (64,1)	2 (66,6)	0,7
	Casi siempre	8 (19,5)	9 (23)	---	
	No sabe	3 (7,3)	3 (7,6)	---	
	Casi nunca	3 (7,3)	2 (5,1)	1 (33,3)	
	Nunca	---	---	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Qué cantidad de crema dental le coloca sobre el cepillo al niño o niña?	3/3	22(62,8)	13(37,1)	---	0,06
	2/3	13(35,1)	22(59,4)	2(5,4)	
	1/3	6(54,5)	4(36,3)	1(9)	
¿Cuántas veces al día son cepillados los dientes del niño con crema dental con flúor?	Mayor a 2	14 (34,1)	13 (33,3)	1 (33,3)	0,3
	2	22 (53,6)	21 (53,8)	1 (33,3)	
	1	3 (7,3)	5 (12,8)	---	
	0	1 (2,4)	---	1 (33,3)	
	Eliminada	1 (2,4)	---	---	
¿Hasta qué edad el niño/la niña recibió lactancia materna o biberón?	Menor o igual a 2 años	21 (51,2)	24 (61,5)	1 (33,3)	0,6
	Mayor a 2años	18 (43,9)	13 (33,3)	2 (66,6)	
	No sabe	1 (2,4)	2 (5,1)	---	
	Eliminada	1 (2,4)	---	---	
¿Cuántas veces al día el niño/la niña tiene comidas/onces?	Hasta 3 al día	27 (65,8)	21 (53,8)	1 (33,3)	0,3
	4-5 al día	11 (26,8)	15 (38,4)	1 (33,3)	
	6-7 al día	2 (4,8)	3 (7,6)	1 (33,3)	
	Menos de 7 al día	1 (2,4)	---	---	
	Eliminada	---	---	---	
¿Cuántas bebidas/comidas endulzadas con azúcar, panela o miel consume el niño/ la niña al día?	0	2(66,6)	1(33,3)	---	0,2
	1	15(68,1)	6(27,2)	1(4,5)	
	2	7(36,8)	11(57,8)	1(5,2)	
	Mayor a 2	17(43,5)	21(53,8)	1(2,5)	
	Eliminada	---	---	---	

Prueba estadística Chi2*