

**ANALISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS PARA IDENTIFICAR LOS
CUIDADORES QUE ESTAN A CARGO DE LA SALUD ORAL DE LOS NIÑOS EN EL
DEPARTAMENTO DE SANTANDER, SEGÚN EL ENSAB IV AÑO 2014.**

INVESTIGADORES:

**JHOAN ALBERTO RODRÍGUEZ RAMÍREZ
MARÍA FERNANDA BARRERA REYES
YURLEY ANDREA VARGAS NÚÑEZ**

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BUCARAMANGA
2020**

**ANALISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS PARA IDENTIFICAR LOS
CUIDADORES QUE ESTAN A CARGO DE LA SALUD ORAL DE LOS NIÑOS EN EL
DEPARTAMENTO DE SANTANDER, SEGÚN EL ENSAB IV AÑO 2014.**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

INVESTIGADORES

**JHOAN ALBERTO RODRÍGUEZ RAMÍREZ
MARÍA FERNANDA BARRERA REYES
YURLEY ANDREA VARGAS NÚÑEZ**

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO

DR. DAVID GUTIÉRREZ

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BUCARAMANGA
2020**

DEDICATORIA

A nuestros padres por
todo su apoyo en nuestro proceso
académico, familiares,
asesores, docentes,
a la Universidad Antonio Nariño
y en especial a la Dra. Sonia Reyes Quintero
quien nos brindó su ayuda
y nos guió en todo este
proceso de investigación.

; con inmensa gratitud.

Jhoan Alberto Rodríguez Ramírez
María Fernanda Barrera Reyes
Yurley Andrea Vargas Núñez

TABLA DE CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	7
1. <i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	9
2. <i>JUSTIFICACIÓN</i>	11
3. <i>OBJETIVOS</i>	13
3.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	13
3.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	13
4. <i>MARCO TEÓRICO</i>	14
4.1 <i>Salud Oral</i>	14
4.2 <i>Salud oral en niños</i>	14
4.3 <i>Cuidadores de los niños</i>	19
5. <i>METODOLOGÍA</i>	23
5.1 <i>Tipo de diseño de investigación</i>	23
5.2 <i>Población y muestra (para estudios clínicos o poblacionales)</i>	23
5.3 <i>Cálculo de tamaño de muestra (para estudios clínicos o poblacionales)</i>	24
5.4 <i>Criterios de Inclusión y exclusión de sujetos</i>	24
5.5 <i>Cuadro operacional de datos sociodemográficos</i>	25
5.6 <i>Instrumento de recolección de datos</i>	26
5.7 <i>Proceso de análisis estadístico</i>	26
6. <i>RESULTADOS</i>	27
7. <i>DISCUSIÓN</i>	40
8. <i>CONCLUSIONES</i>	45
<i>RECOMENDACIONES</i>	46
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	47
<i>ANEXOS</i>	50
<i>Anexo 1. Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV)</i>	50
<i>Anexo 2. Formato para la solicitud de base de datos y encuestas poblacionales.</i>	51
<i>Anexo 3. Tabla DIC M4_EXAMEN_1 RID</i>	52
<i>Anexo 4. M4_EXAMEN_1 Santander grupo 2, txt. Excel</i>	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<i>Tabla 1. Frecuencia de población encuestadas según el sexo.</i>	29
<i>Tabla 2. Frecuencia de población encuestadas según la edad y el sexo</i>	30
<i>Tabla 3. Frecuencia de población encuestadas según el estrato y la zona.</i>	31
<i>Tabla 4. Frecuencia de población encuestadas según el Municipio.</i>	32
<i>Tabla 5. Frecuencia de población encuestadas según los cuidadores</i>	34
<i>Tabla 6. Frecuencia de población encuestadas según la Edad – Sexo y Ayuda en higiene oral</i>	35
<i>Tabla 7. Frecuencia de población encuestadas según la Sexo – Edad y Cuidadores</i>	36
<i>Tabla 8. Frecuencia de población encuestadas según la Zona – Edad y Cuidadores</i>	37
<i>Tabla 9. Frecuencia de población encuestadas según la Estrato y Cuidadores.</i>	38
<i>Tabla 10. Frecuencia de población encuestadas según la Edad-Zona y Ayuda en higiene oral.</i>	39
<i>Tabla 11. Frecuencia de población encuestadas según la ayuda en higiene oral – Zona y Régimen.</i>	40

LISTA DE GRAFICAS

	<i>Pág.</i>
<i>Gráfica 1. Sexo</i>	<i>29</i>
<i>Gráfica 2. Edad y sexo.</i>	<i>30</i>
<i>Gráfica 3. Estrato y Zona</i>	<i>31</i>
<i>Gráfica 4. Municipio</i>	<i>33</i>
<i>Gráfica 5. Cuidadores</i>	<i>34</i>
<i>Gráfica 6. Edad - Sexo y Ayuda en higiene oral.</i>	<i>35</i>
<i>Gráfica 7. Sexo – Edad y Cuidadores</i>	<i>36</i>
<i>Gráfica 8. Zona - Edad y Cuidadores</i>	<i>37</i>
<i>Gráfica 9. Estrato y cuidadores</i>	<i>38</i>
<i>Gráfica 10. Edad - Zona y Ayuda en higiene oral</i>	<i>39</i>
<i>Gráfica 11. Ayuda en higiene oral – Zona y Régimen.</i>	<i>40</i>

INTRODUCCIÓN

La educación en la salud oral en los niños es un determinante importante que influye en cada una de sus etapas de crecimiento y desarrollo, la falta de cuidados y de atención oportuna puede llegar a afectar su salud, ocasionando diversas enfermedades con repercusiones sistémicas. Por las condiciones propias de la niñez se hace indispensable y obligatorio que estén acompañados por los padres u otras personas responsables.

En la primera etapa de vida, es necesario proteger al bebé de la aparición de caries precoces debido a la ingesta de azúcares presentes en la leche del biberón o en productos azucarados. A partir del primer año de vida es recomendable limpiar las encías y los primeros dientes con una gasa húmeda, especialmente después de la última toma de leche materna o biberón, igualmente se debe empezar a educar a los niños para una correcta higiene bucodental (Bosch, 2007).

El rol del cuidador se involucra emocionalmente en la adaptación del cuidado en la salud oral del niño, los padres u otros cuidadores deben ser capacitados para estimular tempranamente a sus hijos en el aprendizaje de nuevos hábitos que permitan buenas prácticas de higiene oral. La participación de los padres o cuidadores debe ser constante para generar costumbres sanas en los infantes. (Cupé & García, 2015).

Las condiciones económicas que afectan a la sociedad actual a nivel nacional, se caracteriza como una variable de ingresos en hogares de estratos bajos y medios, la cual los padres y las madres cabezas de familia de zonas urbanas y rurales deben trabajar para cumplir las necesidades del hogar, relegando el cuidado de sus niños a terceros como familiares, amigos, vecinos, empleadas domésticas y hogares de bienestar.

Basados en los criterios de investigación de estudios realizados en países como Perú y México en los años 2015 y 2019 se determinan los conocimientos y las prácticas de los cuidadores sobre la salud bucal en los niños, obteniendo resultados que justifiquen este estudio para plantear nuevas investigaciones que no se han hecho en Colombia. Siendo como objeto de estudio el contenido del

documento en el ENSAB IV en el año 2014, se obtuvo como soporte una base de datos que no fueron analizados ni publicados.

La presente investigación basada en la información en el ENSAB IV del año 2014, pretende identificar y caracterizar al grupo poblacional que están al cuidado de la salud oral de los niños de 1 y 3 años en el departamento de Santander, con la finalidad de relacionar los resultados arrojados estadísticamente para que sirvan de aporte al Ministerio de Salud, Secretaría de Salud de Santander y a la Facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño en estudios posteriores que se seguirán en los años siguientes como una fuente bibliográfica, siendo conceptos de utilidad, actualidad y de alcance para todos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucodental del bebé, es considerado desde el momento de nacimiento como un tema de interés en esta etapa de vida, el cuidado, supervisión y acompañamiento es el componente de salud indispensable; es responsabilidad garantizar las adecuadas prácticas y hábitos de autocuidado saludables que deben ser ejercidos en los primeros años de vida; estos menores logran un crecimiento y desarrollo tanto a nivel craneofacial como físico, procurando patrones masticatorios que intervienen en una adecuada nutrición, un correcto desarrollo del lenguaje y un desarrollo cerebral y psicosocial. Los factores que se han identificado, pronostican las mejores condiciones psicológicas, afectivas y sociales, proporcionando un desarrollo integral con patrones de calidad de vida en los niños (percepciones de la salud bucal de los niños y niñas 2015).

En Colombia referenciar estudios donde se incluya la problemática de conocimiento y cuidado de hábitos en salud oral en menores son escasas, la falta de identificación de los factores de riesgo son un precedente para considerar que refleja este grupo poblacional. En algunos países como México y Perú han conceptualizado esta temática de estudio sobre (los conocimientos, actitudes y prácticas de padres en niños de 3 a 5 años), encontrando entre ellos el estrato y las condiciones socioeconómicas de los padres y cuidadores como un indicador que afecta este proceso de cuidado.

A esto sumamos que algunos estudios realizados en Medellín a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), refiere a las madres comunitarias, indicando que existe la idea de no requerir atención odontológica hasta que cumplan los 3 años; (Quintero, Robledo, Vásquez, Delgado & Franco, 2014). Adicionalmente como complemento a otros resultados relacionan a las madres cuidadoras, en el año 2010 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de Cartagena, que es necesario educar a los padres y a las madres mediante charlas de prevención, pero existe preocupación en las afecciones bucales de los menores cuando existen oportunidades para la atención de las personas de bajos recursos (González, Hernandez & Correa, 2013).

Para vincular algunas de las condiciones que afectan el cuidado de estos menores, se tuvo en cuenta el análisis estadístico del departamento Administrativo Nacional DANE, el cual sustenta en el censo de población del 2018, que el 77.1% está ubicado en las cabeceras Municipales y el 15.8%

en zona Rural dispersa, estos estimativos revelan que la población en la ruralidad es del 22.9%, de los cuales solo 11 millones de personas en Colombia viven en Zonas rurales. (www.dane.gov.co) (Semana rural.com, 5 de Julio 2020). También, podemos vincular aspectos como Aseguramiento en el Régimen de salud que involucran datos suministrados al 30 de septiembre del 2020, que los afiliados en salud en Colombia son en total 49.158.923, encontrando en el régimen subsidiado 24.207.977 afiliados, al régimen contributivo 22.847.652 y 2.103.294 al régimen especial (SISPRO, actualizada el 15 de noviembre del 2020).

El problema que plantea esta investigación se hace a través de la perspectiva que nos muestra el ENSAB IV en el año 2014 como una iniciativa del Ministerio de Salud, estableciendo las condiciones de salud-enfermedad y atención bucal de la población colombiana. De acuerdo a la información establecida en el Repositorio Institucional Digital (RID) y a partir del diseño de un estudio epidemiológico y demográfico poblacional, se integran los resultados de la valoración clínica de los sujetos, según el comportamiento de sus modos y estilos de vida que se reflejan en la salud bucal.

Como una preocupación de atención en el cuidado de la salud oral en niños de 1 y 3 años en el departamento de Santander, es de interés identificar y relacionar las condiciones demográficas de esta población a través de criterios de responsabilidad de los cuidadores, estableciendo unas variables de selección que intervienen e influyen en el aprendizaje de la salud oral. En esta etapa inicial de investigación apoyados en la documentación, los conocimientos y la experiencia del asesor del proyecto de investigación, tiene como fin contextualizar la relación de datos obtenidos, abriendo futuras líneas de investigación no encontradas en otros estudios.

De esta manera surge la necesidad de resolver el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las variables demográficas que relacionan las personas que están al cuidado de la salud oral en niños en el Departamento de Santander?

2. JUSTIFICACIÓN

El principal problema en la salud oral de los niños es la caries dental que depende de múltiples factores, se explica cómo una enfermedad crónica, característica de la infancia con lesiones cariosas que se desarrollan durante meses o años. Así se ha verificado en estudios epidemiológicos que alrededor del 18% de niños de dos y cuatro años de edad han padecido esta enfermedad (Soria, Molina, Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, la niñez está asociada con dificultades en el desarrollo del lenguaje y problemas psicológicos relacionados con la autoestima del niño, debido a esto se produce la pérdida temprana de dientes, pérdida de espacio que afecta el desarrollo de los arcos, colapso del crecimiento de los maxilares e infecciones que pueden progresar hasta la osteomielitis. Todos estos problemas locales tienen alta relación con otros problemas sistémicos entre los que se cuenta como el más importante la desnutrición o malnutrición infantil (Franco, y otros, 2008).

Por ende, los cuidadores de la salud oral en niños, juegan un papel importante para establecer las acciones que generen la salud oral en las etapas tempranas de la vida y la negligencia hacia el cuidado de la higiene oral, que es la principal causa de la caries dental. Basados en el concepto anteriormente expuesto, en un estudio realizado en México mostró que en el 87% de los casos, las personas responsables del cuidado de la salud oral en niños son las madres (Guizar, López, Amador, Lozano, García, 2019).

Se considera destacar como medidas de prevención en el cuidado de la salud oral en menores de 1 y 3 años, establecer un especial interés por los cuidadores y crear hábitos de higiene bucal desde muy temprana edad. De igual forma las acciones orientadas en salud oral buscan promover estrategias de protección en salud bucal a la población más vulnerable, y fortalecer una cultura más preventiva. (González, Hernández, & Correa, 2013)

Una vez identificado los actores responsables del autocuidado en la salud oral de los menores estudiados de 1 y 3 años en el departamento de Santander, lo que se pretende es generar mayores

estudios de investigación que contribuyan a la información recolectada, capacitando a las personas que están al cuidado de la salud oral de los niños, en pro de mejorar la calidad de vida y prevenir problemas o enfermedades bucales.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las variables sociodemográficas, que identifiquen los cuidadores que están a cargo de la salud oral de los niños en el Departamento de Santander, según el ENSAB IV año 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar la información preliminar obtenida por el Repositorio Institucional Digital - RID, suministrada por el Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV en el año 2014.
- Seleccionar las principales variables sociodemográficas que intervienen en el comportamiento y el cuidado de las prácticas de higiene oral en los niños de 1 y 3 años en el departamento de Santander.
- Relacionar con un análisis bivariado y multivariado a través de herramientas gráficas, las variables sociodemográficas seleccionadas como; Municipio, zona, estrato, régimen de los cuidadores, edad y sexo de los niños en el departamento de Santander en el año 2014.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Salud Oral

Para el análisis del estudio realizado, se toma en el marco teórico, estudios de referencia y conceptos en salud oral en referencia al cuidado de los dientes de los niños. Por ende, la salud oral es fundamental en nuestra salud general, ya que nos ayuda a mantener una boca sana y prevenir enfermedades.

Por otra parte, la Federación Dental Internacional define la salud oral como polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor e incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial. También la relacionan como un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental, que se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y comunidades, el cual refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de vida.

4.2 Salud oral en niños

En cuanto a las edades tempranas, se dice que la salud oral, como parte de la salud general, son importantes para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, debido a que integra diferentes etapas del proceso de salud/enfermedad que lo afecta. Además, el cepillado dental es la medida de higiene oral más indicada para eliminar la placa bacteriana y para conseguir una buena salud oral. En el resultado del cepillado influyen distintos factores como pueden ser el haber recibido instrucciones previas en materia de higiene oral, la frecuencia de cepillado, el tiempo empleado o la cantidad de pasta utilizada durante la realización del mismo (Blanco, Pérez, Santiago, & Smyth, 2015). Una nutrición adecuada fomenta la salud y el desarrollo integral, el crecimiento del esqueleto y los dientes del niño, que comienzan a formarse desde la vida fetal. Por su parte, las proteínas de origen animal, abundantes en la carne de res, pollo, pescado, huevo, queso y la leche, así como las de origen vegetal: frijoles, todos tipos de granos y en muchos vegetales, contribuyen a la formación y mantenimiento de los tejidos del organismo. Los quesos y la leche son ricos en

calcio que, junto con el flúor, presente en todos los pescados del mar, constituyen los 2 minerales más necesarios para la salud de los dientes. Los cereales como: maíz, arroz, avena y harina de trigo, también son importantes en la dieta porque contribuyen también en la formación del cuerpo del niño. (Cisneros & Hernández, 2011)

Asimismo, el odontólogo, como profesional de la salud, tiene un papel fundamental como educador sanitario en la salud oral. Por tanto, esta labor es muy importante cuando se refiere a los niños y adolescentes, ya que una correcta instrucción en higiene oral ayudaría al establecimiento de hábitos y facilitaría que se mantuviesen a lo largo de la vida si esta instrucción se repitiese en las visitas periódicas al odontólogo. Dentro de esta instrucción, el odontólogo debe recalcar la importancia del cepillado después de las comidas empleando para ello el tiempo necesario que permita la correcta eliminación de la placa. La técnica de cepillado ideal es la que permite lograr la eliminación completa de la placa en el menor tiempo posible y sin causar daño en los tejidos. Aunque más importante que la selección de una técnica determinada de cepillado, es la voluntad y la minuciosidad en la realización de la limpieza dental (Blanco, Pérez, Santiago, & Smyth, 2015).

La salud oral debe empezar en la primera etapa de vida y es necesario proteger al bebé de la aparición de caries precoces debido a la ingesta de azúcares presentes en la leche del biberón o en productos azucarados. En el primer año de vida es recomendable limpiar las encías y los primeros dientes con una gasa húmeda, especialmente después de la última toma de leche materna o biberón. A partir del primer año de vida hay que empezar a educar a los niños para una correcta higiene bucodental. Puede convertirse en un divertido juego enseñarles a cepillarse los dientes antes de ir a dormir, al principio con un cepillo dental adecuado y agua y, más adelante, cuando lo aconseje el pediatra, añadir una pasta dental infantil (Bosch, 2007).

Los dientes temporales o también llamados “dientes de leche” aseguran una adecuada alimentación, comenzando con la masticación, el cual es un ejercicio necesario para fortalecer la función de los músculos masticatorios y así permitir una adecuada coordinación entre la lengua y los labios, lo cual se traduce a demás como resultado en una adecuada dicción y un correcto estímulo para el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Además, estos dientes tienen un riesgo

alto a contraer enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal, entre otras. Siendo la caries dental el primer factor de pérdida de espacios para la aparición de los dientes permanentes. (Academia Colombiana, 2019)

Además, el cuidado de la boca en la adolescencia es de especial importancia para la conservación futura de los dientes. Es necesario cepillar bien los dientes después de cada comida y especialmente antes de dormir, así como usar hilo dental. Para evitar la caries es aconsejable reducir el consumo de almidones y azúcares. La visita periódica al odontólogo es clave para el control de los dientes y encías (Bosch, 2007).

En salud oral, los malos hábitos se definen como un comportamiento inconsciente y repetitivo que con el tiempo puede afectar el desarrollo de la boca, los labios, los dientes, entre otros. Estos hábitos generan cambios, especialmente en los niños, pues sus estructuras óseas son más moldeables que las de un adulto, provocando alguna deformación o afectando algunas de las funciones específicas de la boca. Siendo un factor común la enfermedad cariogénica, relacionada con malos hábitos higienodietéticos y mal oclusiones, vinculada a hábitos deformantes o patrones morfogenéticos heredados. (Plúa, diciembre 2014)

Asimismo, la enfermedad cariogénica o también llamada caries dental es el principal problema de la salud oral en las poblaciones y se presenta desde los primeros años de vida en muchos países industrializados y no industrializados, como una enfermedad que alcanza grados variables de severidad, con consecuencias negativas para la salud. En la niñez está asociada con dificultades en el desarrollo del lenguaje y problemas psicológicos relacionados con la autoestima del niño. Produce pérdida temprana de dientes, pérdida de espacio que afecta el desarrollo de los arcos, colapso del crecimiento de los maxilares e infecciones que pueden progresar hasta la osteomielitis. Todos estos problemas locales tienen alta relación con otros problemas sistémicos entre los que se cuenta como el más importante la desnutrición o malnutrición infantil (Franco, y otros, 2008).

La caries dental es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta a las estructuras dentarias y se caracteriza por un desequilibrio bioquímico; que puede conducir a

una cavitación y alteraciones del complejo dentino-pulpar. Es una enfermedad crónica de origen multifactorial en la que existe interacción durante un período de tiempo de tres factores principales: un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado, además es una característica principal de la infancia, donde las lesiones cariosas se desarrollan durante meses o años (Pedro & Lourdes., 2010). Estudios epidemiológicos relacionados con la caries dental señalan que alrededor del 18% de niños de dos y cuatro años de edad han padecido esta enfermedad (Soria, Molina, & Rodríguez, 2008).

Además, la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica define la caries dental infantil temprana (CIT) como la presencia de 1 o más dientes cariados, dientes perdidos (debido a caries), completos o superficies dentales en cualquier diente primario en un niño <6 años de edad. Por ende, es importante la evaluación temprana del riesgo, porque es el primer paso en la prevención. Se habla de dos tipos de prevención, la prevención primaria involucra evitar la transferencia de bacterias cariogénicas de madre a hijo durante la erupción de la dentición primaria, que ocurre entre los 6 y 30 meses de edad. La prevención secundaria implica instrucciones de higiene oral, asesoramiento alimentario y aplicación temprana de flúor para controlar la producción bacteriana de ácido y posiblemente revertir el proceso de caries ((SIIC), 2020).

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 tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal. (Cupé & García, 2015)

De la misma forma se habla de la caries dental de infancia temprana (CIT) como una de las patologías más frecuentes en la niñez cuya etiología es multifactorial. Por esto, son importantes los conocimientos, prácticas y actitudes de los padres/cuidadores en su prevención y control, así como también los hábitos de alimentación, cuidados en la higiene bucal, frecuencia de visitas al odontólogo, presencia y severidad de la enfermedad, etc. Para la prevención de la CIT es necesario

elaborar programas de promoción, educación y prevención, adecuados para cada comunidad, mejorando así los niveles epidemiológicos de la enfermedad (Victorio, Mormontoy, & Díaz, 2019).

La caries dental en los dientes temporales puede afectar de manera negativa a los dientes permanentes y conllevar a futuros problemas de salud dental. La falta de atención de los padres o cuidadores en la salud oral de los niños ha llevado a que en edades tempranas se produzcan problemas en el cuidado de su boca, desempeñando un papel crucial en el soporte emocional, como la necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños.

Además, se deben seguir ciertas indicaciones por el odontólogo u profesional en grupo etáreo de 0-4 años, se les debe realizar exámenes periódicos anuales en los servicios estomatológicos, control de placa dental y educación en salud a los niños de 2 a 4 años, así como a las personas en contacto con ellos. También se les debe prestar atención a las madres de niños menores de un año y a las educadoras de círculos infantiles. (Sosa)

En los niños de edad escolar (5-12) años, ocurren cambios muy importantes, como el recambio dental y un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. Aunque los padres todavía tienen una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, el niño presenta una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los tratamientos preventivos. (Moreta, 2017)

Dentro de otras indicaciones por el odontólogo, se recomienda el uso frecuente de los enjuagues bucales con flúor, bajo la supervisión de algún cuidador para prevenir la caries dental, se debe utilizar dependiendo de la edad del niño y si no es supervisado debe usarse regularmente para que tenga efecto. También se debe hacer la aplicación periódica de geles o barnices que son imprescindibles para prevenir lesiones por desmineralización, que más tarde quedan como señales del tratamiento. En los pacientes con alto riesgo de caries se recomiendan los exámenes periódicos, profilaxis, controles de placa dental y aplicaciones de lacas o barnices con flúor y clorhexidina cada 3 meses. (Marinho, Chong, Worthington, & Walsh, 2016)

4.3 Cuidadores de los niños

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los padres o cuidadores tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma. (Cupé & García, 2015)

Cabe resaltar que los padres de familia son la influencia más fuerte en la salud bucodental de los infantes, ya que ellos determinan si los niños llevan a cabo una higiene bucal de manera sistemática. Además, siempre va a existir una gran correlación en cuanto a las prácticas que tienen los progenitores y la conducta del pequeño, dado que los menores reproducen los hábitos de higiene oral de las personas de su núcleo familiar o de su entorno. (Álvarez, Hernández, Obando, & Ramírez, 2019)

Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es importante en este período de la vida, ya que repercutirá de forma directa sobre la salud del futuro recién nacido. Igualmente, la madre debe estimular la implementación de adecuados estilos de vida, que tendrán una significación importante en la familia. (Bouza, Martínez, Carmenate, Betancourt, & García, 2016)

De otra manera, se puede explicar porque los padres a pesar de saber cómo cuidar la boca de sus niños no les dedican mucho tiempo a sus hijos ya que para ellos lo más importante es trabajar para ganar un poco de dinero y así cubrir los gastos del hogar. Además, los niños por lo general están al cuidado de una tercera persona que en la mayoría de los casos es la abuela (Victorio, Mormontoy, & Díaz, 2019).

Los padres o cuidadores de la salud oral en niños, juegan un papel importante para establecer las acciones que generen la salud oral en las etapas tempranas de la vida y la negligencia hacia el cuidado de la higiene oral, que es la principal causa de la caries dental. En un estudio realizado en México se concluyó que en el 87% de los casos, las personas responsables del cuidado de la salud oral en los niños son las madres. De la misma forma, se considera que la educación al padre de familia es la medida más importante que se debe instaurar, ya que a través de esta estrategia se pueden crear hábitos de higiene bucal desde muy temprana edad (Guizar, López, Amador, Lozano, & García, 2019).

Es importante que los padres lleven buenos hábitos de higiene bucal, son comunes cuando los valores de salud se aceptan como parte del estilo de vida de la familia, e históricamente las mujeres (madres) están más involucradas en este proceso. El ejemplo de las madres es fundamental para sus hijos para que adquieran buenos hábitos. De este modo, ellas deben adquirir conocimientos adecuados con respecto a la salud bucal y sean motivadas y calificadas para actuar en la promoción y prevención de la salud bucal del niño. De esa manera ellos podrán orientar correctamente a sus hijos, desarrollar prácticas adecuadas y tener actitudes positivas. (Campos, Rabaldom, Bez, García, & Eger, 2010)

Por esto, la educación transmitida de padres a hijos desde pequeños es fundamental, así como las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en las escuelas. Cuando se piensa en las relaciones sociales de un niño en el inicio de la vida, es inevitable describir la de sus padres y profesores de primaria. En interacción continua esta relación vital y al inicio dependiente se convierte en el pilar social-emocional más importante de sus vidas. (Serrano Figueras, Arévalo, & Hernández, 2019)

También, se debe tener en cuenta que el niño pasa la mayor parte de sus primeros años de vida con su familia y adquiere parte de su bagaje social, cultural y educativo. Los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social, las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. Además, los miembros de la familia les enseñan a los niños a poseer, crear y transmitir creencias, valores, conocimientos y prácticas de salud. Históricamente,

la figura materna juega un papel destacado en el cuidado de la salud de los niños; ella a veces es responsable del establecimiento de higiene bucal. (Suarez & Moreno)

Asimismo, una educación verdadera de los padres o cuidadores es aquella que suministra al niño un acumulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general. Por ende, los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se convierten en patrimonio interior u orgánico de su personalidad, así se logrará responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que al incorporarse a la comunidad en general sean capaces de adoptar estilos de vida sanos (Cisneros & Hernández, 2011).

De este modo, la mejor manera de proteger los dientes de los niños es enseñarles buenos hábitos dentales, con la orientación adecuada, adoptará rápidamente buena higiene oral como parte de su rutina diaria. Sin embargo, aunque es posible que sea un participante entusiasta, no tendrá el control ni la concentración para lavar sus dientes por sí mismo. Es necesario la supervisión y la ayuda por parte de los padres a sus hijos, a que el cepillo retire toda la placa, las bacterias suaves y pegajosas, que contienen depósitos que se acumulan en los dientes, que es lo que ocasiona las caries dentales. También es importante prestar atención a las zonas con puntos café o blancos que pueden ser señales de caries dentales (Pediatrics, 2019).

Así mismo, los miembros de la familia del niño deben ser conscientes de sus hábitos de higiene, porque ellos tienden a imitar la actitud de los ancianos. Los adultos necesitan ser estimulados, receptivos y cooperativos, además de presentar conocimientos, hábitos, actitudes saludables y positivas para actuar, como multiplicadores, motivadores y orientadores que los niños adopten un estilo apropiado de vida para la salud bucal. En este sentido, los programas salud oral educativa / preventiva para padres y los cuidadores son importantes ya que pueden contribuir efectivamente a una menor incidencia de las enfermedades bucales ya que estimulan la adopción de hábitos saludables. Además, se debe tener en cuenta que los factores socioeconómicos interfieren en la

etiopatogenia de enfermedades bucales y el bajo nivel de conocimiento de las familias puede generar prácticas que favorecen la aparición de enfermedades bucales. (Campos, Rabal-dom, Bez, García, & Eger, 2010)

Además, los centros de cuidado infantil que están formados por personal de guardería, personal de programas basados en el centro, como personal de jardines y maestros de jardín de infancia tienen gran influencia para guiar a los niños en su salud oral y poder incrementar la promoción de la salud en los entornos de cuidado infantil fuera del hogar podría mejorar la salud bucal de los niños en edad preescolar. La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD) alienta al personal de los centros de cuidado infantil, los proveedores de educación temprana y los padres a implementar prácticas promocionales que puedan disminuir el riesgo de desarrollar Caries de la primera infancia (CPI Ò ECC) en los niños (Suttatip, 2015).

Se concluye que los factores de riesgo de la caries dental son razones o factores biológicos que causan la enfermedad o contribuirán a su manifestación futura en el diente. La mayoría de los factores que desencadenan la caries son modificables, permitiendo a los individuos y a los profesionales de la salud bucodental adoptar las acciones oportunas para prevenir o reducir la severidad de la enfermedad. (Salud, 2010)

Además, se debe hacer implementación de sistemas para promover una buena salud bucal, siendo responsabilidad del personal de políticas de salud / del gobierno. Las estrategias deben comenzar con la participación de la comunidad y siempre incluir a los proveedores de atención primaria y otros trabajadores de salud comunitarios. Los programas de arreglos deben involucrar no solo a odontólogos, también profesionales de la salud aliados y personal de guarderías. Aparte de estos programas no solo deben estar dirigidos a la odontología preventiva que se concentra únicamente en la salud bucal del niño, sino que también se debe prestar atención a toda la familia, se debe indagar acerca de sus hábitos de salud dental y estilos de vida. (OMS, 2020)

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de diseño de investigación

La presente investigación está basada en un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, que consiste en la recopilación de datos encontrados en el ENSAB IV realizados en el año 2014, por el Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud, en la que se identifica, analiza y correlaciona las variables sociodemográficas en la población de los infantes entre las edades de 1 a 3 años en el Departamento de Santander.

5.2 Población y muestra (para estudios clínicos o poblacionales)

El Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV, es una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social, en procura de caracterizar las condiciones de salud-enfermedad bucal de la población colombiana. En ese orden de ideas, este estudio de corte transversal con enfoque mixto cualicuantitativo permitirá reconocer diversas condiciones de la salud oral, como del contexto social en el que se generan el propósito de proveer información actualizada que contribuya al diseño de políticas, planes y proyectos. (Ministerio de salud, 2014)

Para el desarrollo del proyecto se realizó un recuento de 100.137 viviendas en 3.359 segmentos de la muestra. En los segmentos se seleccionaron 23.283 personas, logrando completar 20.534 encuestas con sus respectivos exámenes, de las cuales el 80 % fueron hechas en el área urbana y el 20% en área rural. La base de datos objeto de estudio de esta investigación, se obtuvo solicitando una autorización al Repositorio Institucional digital (RID) del Ministerio de Salud; analizado este documento se hace una búsqueda avanzada para poder identificar las condiciones demográficas y epidemiológicas en el Departamento de Santander.

Es así, como encontramos un referente a las acciones realizadas en la recolección de datos para definir la población y muestra, mediante un documento técnico, donde se evidencia operacionalmente el rango de edad con un criterio de 1 a 3 años, lo que indica que la edad es un

factor determinante para conocer el origen de evolución en el crecimiento y desarrollo de esta población.

Basados en el reconocimiento de las condiciones demográficas de esta población como punto de partida se toma la tabla DIC M4_EXAMEN_1 RID.pdf (anexo 1) donde se condensan, en el proceso de selección, las seis principales variables que se consideraron como antecedentes. También se hace evidente la tabla M4_EXAMEN_1 Santander grupo 2, txt. Excel (anexo 2) RID, ENSAB IV, la cual se filtran y se hallan las 209 encuestas seleccionadas con las siguientes variables como son Municipio, zona, estrato, régimen, cuidadores, edad y sexo de los niños en el departamento de Santander.

5.3 Cálculo de tamaño de muestra (para estudios clínicos o poblacionales)

Se realiza con una muestra a conveniencia según los criterios de selección para hallar la población de muestreo.

5.4 Criterios de Inclusión y exclusión de sujetos

Criterios de inclusión:

- Encuestas realizadas que pertenezcan al ENSAB IV del 2014.
- Niños entre las edades de 1 y 3 años.
- Padres /cuidadores que participaron en la realización de encuestas del ENSAB IV del 2014.
- Municipios pertenecientes al Departamento de Santander.
- Equipo interdisciplinario que realizó la encuesta por el Ministerio de Salud.

Criterios de exclusión:

- Clasificación por Departamentos.
- Selección de variables.
- Determinación de los rangos por edades.

5.5 Cuadro operacional de datos sociodemográficos

Nombre de la variable	Medición	Categorización de la variable	Tipo de variable
Edad	Fecha de nacimiento.	1 y 3 años	Cualitativa
Sexo	Condiciones fisiológicas del nacimiento.	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa
Departamento	Ubicación geográfica según la distribución socio política en Colombia.	Santander	cualitativo
Municipio	Localización geográfica según la distribución socio política en Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ● Aratoca ● Bolívar ● Bucaramanga ● Cimitarra ● El Carmen de Chucuri ● Lebrija ● Macaravita ● Molagavita ● Onzaga ● Puente Nacional ● Santa Bárbara ● Socorro ● Valle de San José ● Villa Nueva 	Cualitativa
zona	Ubicación de la vivienda según el plan de ordenamiento territorial de cada municipio.	1.Urbana 2.Rural	cualitativa
Estrato	Nivel socio económico	1.bajo 2.bajo-bajo 3.medio-bajo	cualitativa
Recibe ayuda de alguien de manera permanente, para el cuidado de la boca	Encuesta cerrada	1.si 2.no	cualitativa

¿De quién recibe ayuda para el cuidado de la boca?	Cuestionario cerrado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres 2. Hermanos mayores de 12 años 3. Cuidadores mayores de 12 años. 4. Nanas 5. Otras personas. 	cualitativa
--	----------------------	--	-------------

5.6 Instrumento de recolección de datos

Este tipo de investigación busca la recopilación de la información a través de un modelo de encuestas de preguntas cerradas, realizadas por el ENSAB IV 2014 del Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud - RID.

5.7 Proceso de análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo por medio de tablas de frecuencia absoluta, haciendo un análisis bivariado fue recopilado en una hoja de cálculo en Excel, se obtuvieron gráficos de barras y pastel.

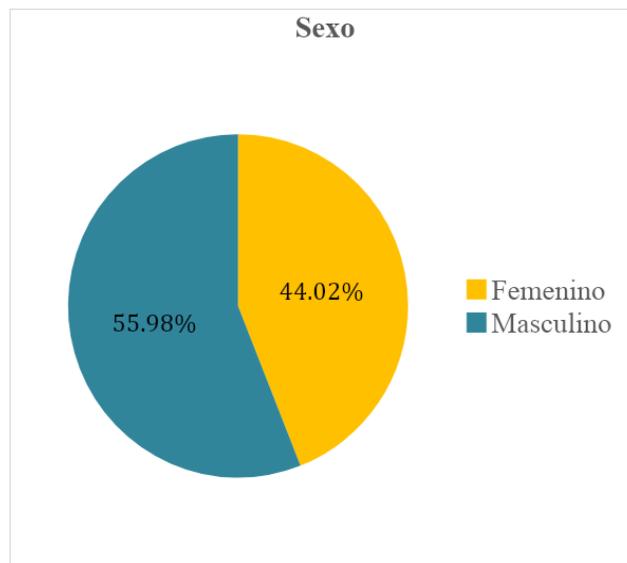
6. RESULTADOS

En el presente estudio se analizaron 209 (n=209) encuestas que cumplen con los criterios de selección según en el ENSAB IV del año 2014.

Tabla 1. Frecuencia de población encuestadas según el sexo.

Sexo	Total
Femenino	92
Masculino	117
Total general	209

Gráfica 1. Sexo

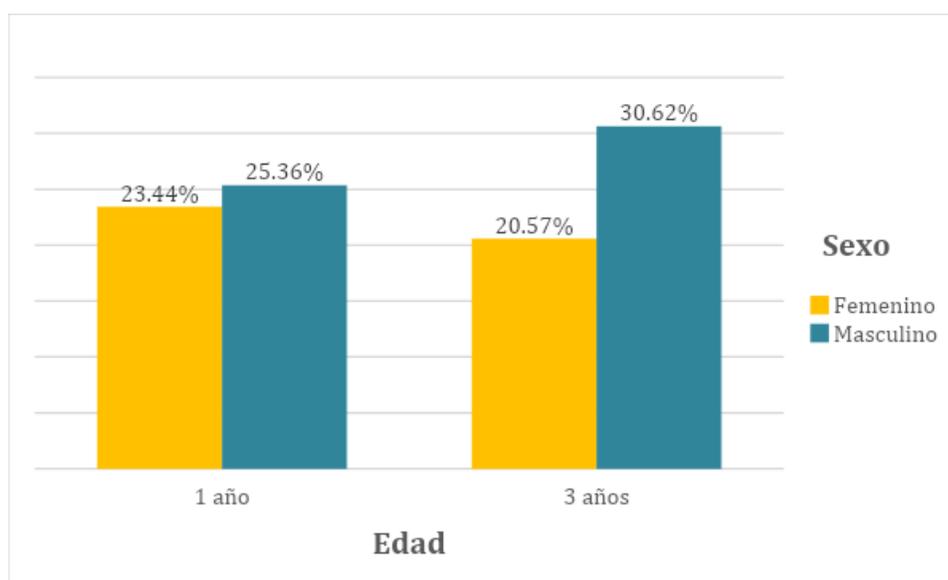


Análisis: Según los resultados obtenidos en la encuesta, la menor población corresponde al sexo femenino en un total de 92 personas que equivale al 44,02% y en el sexo masculino equivale a 117 personas que corresponde al 55,98%. Como conclusión el mayor grupo poblacional de la muestra corresponde al sexo masculino. (Gráfica 1).

Tabla 2. Frecuencia de población encuestadas según la edad y el sexo

Edad	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total general
1 año	49	53	102
3 años	43	64	107
Total general	92	117	209

Gráfica 2. Edad y sexo.



Análisis: Según los resultados obtenidos en la encuesta de las condiciones demográficas de la población, se reporta que hay mayor frecuencia de niños en edades de 1 año en el sexo femenino, equivalente a 53.26% y en el sexo masculino se reporta menor porcentaje con un 45,30 %.

En la edad de 3 años es mayor el porcentaje en el sexo masculino lo que obtiene un 54,70%, en relación en el sexo femenino es inferior con un 46,74%.

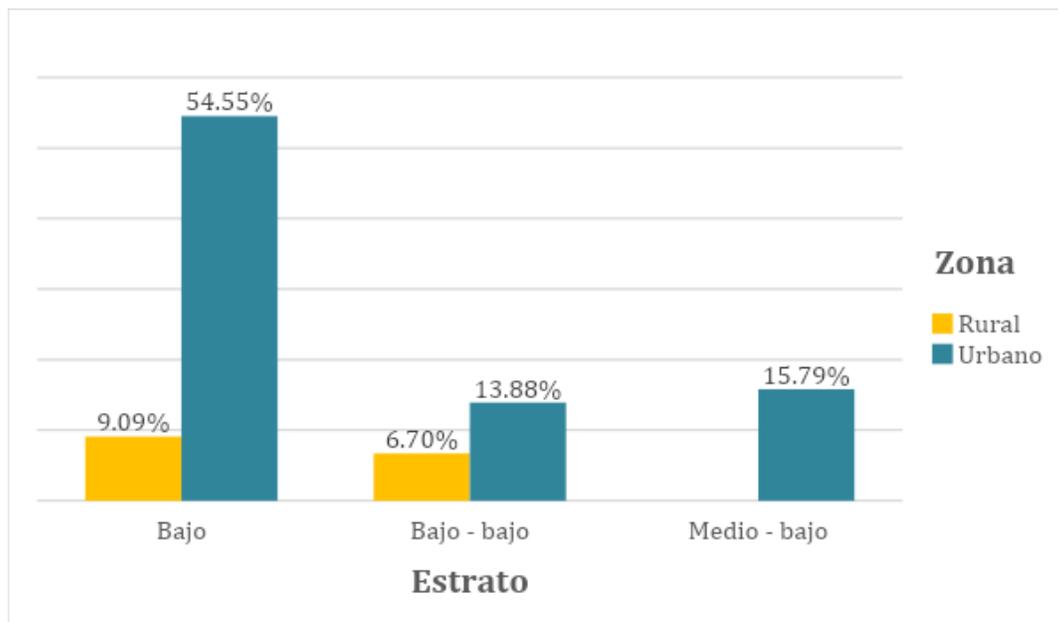
En conclusión, se afirma que el sexo masculino en la suma de las dos variables, es relativamente proporcionado superando siempre en escala los valores obtenidos en cada uno por los rangos de

edad, en diferencia al sexo femenino los resultados alcanzan una menor frecuencia en las 2 variables (Gráfica 2).

Tabla 3. Frecuencia de población encuestadas según el estrato y la zona.

Estrato	Zona		
	Rural	Urbano	Total general
Bajo	19	114	133
Bajo - bajo	14	29	43
Medio - bajo	0	33	33
Total general	33	176	209

Gráfica 3. Estrato y Zona



Análisis: Observamos que el resultado de los encuestados en la zona urbana sobresale en todas sus categorías por estrato. cuando tomamos el estrato bajo en zona urbana este valor equivale a 114 y corresponde al 54,55% y en la zona rural solo representa un valor de 19 o sea un 9,09%.

En estrato bajo-bajo en la zona urbana el resultado equivale a 29 lo que corresponde al 13,88% y en la zona rural se representa en 14 lo que corresponde al 6.70%.

En la zona urbana el estrato Medio-bajo equivale a 33 lo que corresponde a 15.79% mientras en la zona rural este dato no está representado equivale al 0 % es decir este estudio no encontró valoración en esta categoría.

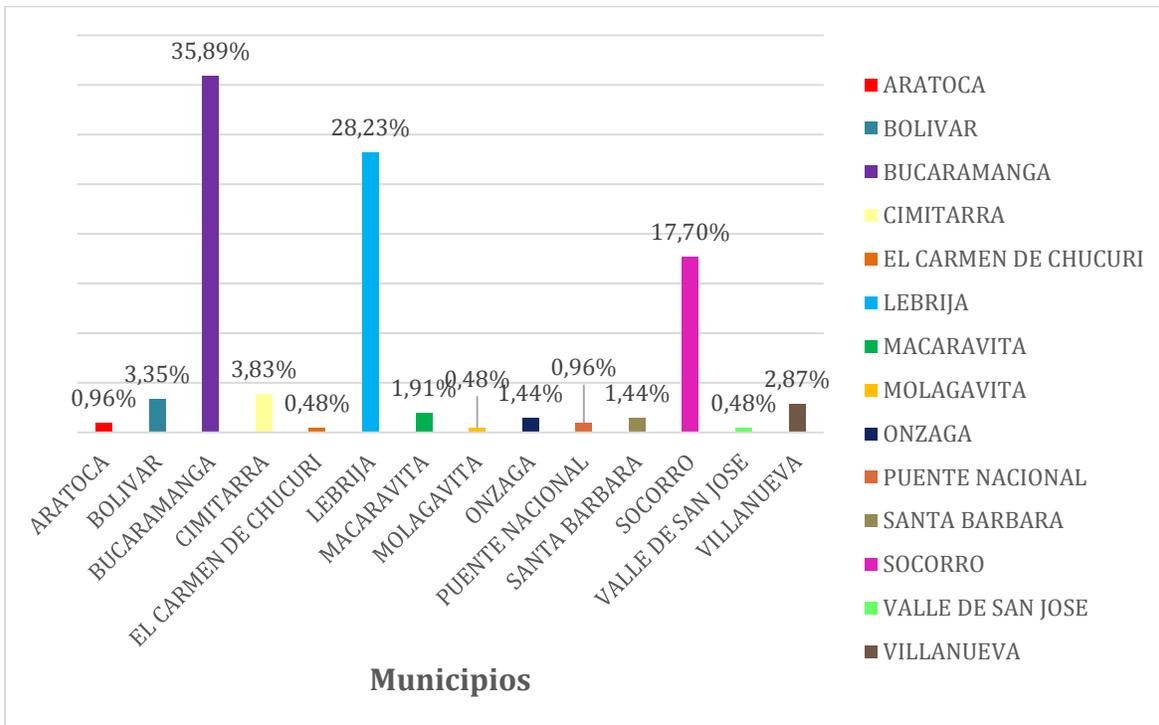
Concluimos:

- Que en este estudio los datos analizados deben tener en cuenta que la toma de muestra se valoró sobre un 80% en zona Urbana y un 20% en zona rural (ENSAB IV,2014).
- En relación a la zona urbana y rural, esta se distingue que la zona urbana está representada por 176 y la zona rural por 33 encuestados con un total de 209.
- La mayor frecuencia alcanzó una máxima representación en ambas zonas en el estrato bajo, encontrando la participación de encuestados en la zona urbana en un 54,55% y en la zona rural por un 9,09%.
- La representación del estrato medio-bajo solo obtuvo acceso a la zona urbana, lo cual alcanzó un 15,79%.

Tabla 4. Frecuencia de población encuestadas según el Municipio.

Municipios	Total
Aratoca	2
Bolívar	7
Bucaramanga	75
Cimitarra	8
El Carmen de chucuri	1
Lebrija	59
Macaravita	4
Molagavita	1
Onzaga	3
Puente nacional	2
Santa bárbara	3
Socorro	37
Valle de san José	1
Villanueva	6
Total general	209

Gráfica 4. Municipio



Análisis: De acuerdo a la gráfica 4 por municipios, se hace referencia de la participación de los tres municipios que alcanzaron mayor incidencia.

Según la muestra, la mayor participación de los encuestados se encuentra en el municipio de Bucaramanga con 75 personas lo que equivale a un 35,89%.

En el municipio de Lebrija se encuentran 59 personas lo que equivale a un 28,23% (59) y el en el municipio del Socorro fueron 37 personas lo que corresponde a un 17,70% (Gráfica 4.).

Los municipios que obtuvieron menos representación en la muestra fueron Molagavita, Valle de San José y San Vicente de Chucurí con un 0,48%, lo que equivale a la participación de una persona.

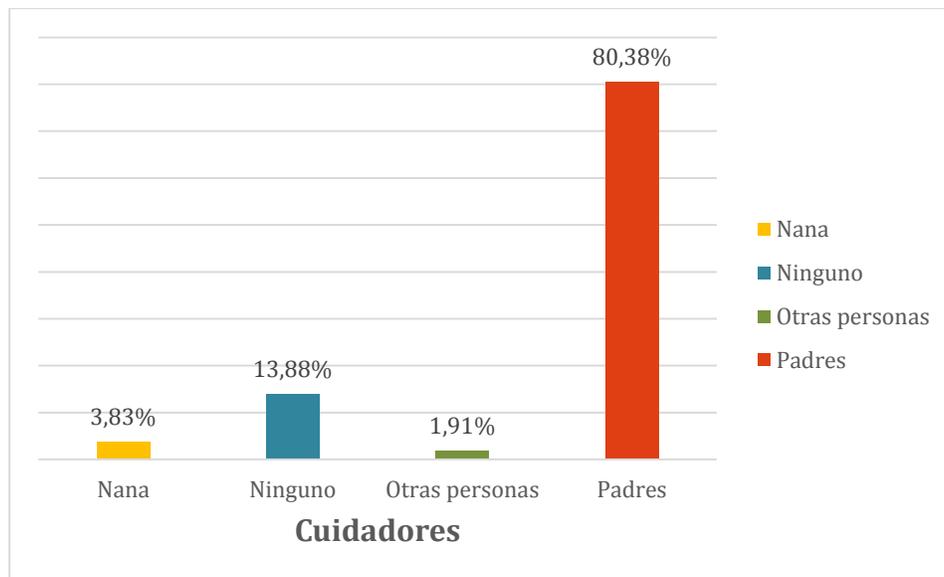
Conclusión:

- Se distingue que el Municipio de Bucaramanga alcanzó la muestra más alta, por tener el mayor número de participación.

Tabla 5. Frecuencia de población encuestadas según los cuidadores

Cuidadores	Total
Padres	168
Ninguno	29
Nanas	8
Otras personas	4
Total general	209

Gráfica 5. Cuidadores



Análisis: Es punto de observación en la gráfica 5, que los padres son los cuidadores que más acompañan y hacen seguimiento en el proceso de cuidado en salud oral de los niños de 1 y 3 años. La muestra de participación fue de 168 personas lo que equivale a un 80,38%.

Con respecto a la variable ninguno corresponde al grupo de personas que desconocen de quienes están al cuidado de la higiene bucal, encontramos que la muestra se hizo sobre 29 personas lo que equivale a 13,88%. (Gráfica 5).

- Se observa en el ítem correspondiente a las nanas que son las personas que están referenciadas como las empleadas de servicio domésticas, que la muestra de participación fue de 8 personas con un porcentaje de 3,83%.

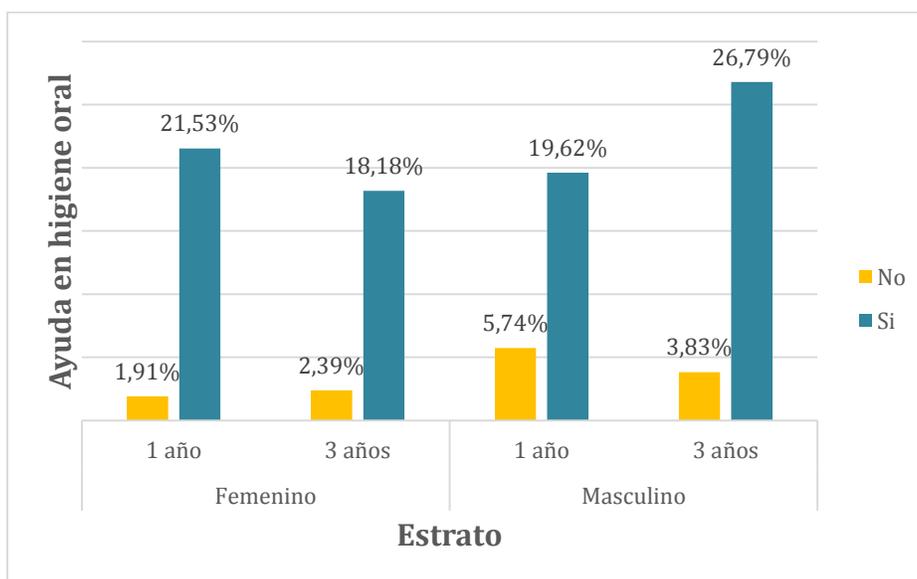
-De acuerdo a la representación de la barra denominada otras personas, esta corresponde a los vecinos y amigos que acompañan a los niños en el proceso de su higiene bucodental lo caracterizamos con una participación a 4 personas equivalente a un 1,91%.

Se concluye en escala que la mayor representación se encuentra en la barra de los padres con un 80,38% quienes son los responsables generalmente de los hábitos de higiene de los niños y con respecto a la representación de las personas que no tienen una gran participación en el cuidado de la salud bucal de los niños son los denominados otras personas que incluye (vecinos y amigos) Cabe resaltar que el ítem “ninguno” es escala se visualiza que estas personas cuidadoras señalan que el niño es sujeto y no objeto de cuidado.

Tabla 6. Frecuencia de población encuestadas según la Edad – Sexo y Ayuda en higiene oral

Sexo	Ayuda en higiene oral		Total general
	No	Si	
Edad			
Femenino	9	83	92
1 año	4	45	49
3 años	5	38	43
Masculino	20	97	117
1 año	12	41	53
3 años	8	56	64
Total general	29	180	209

Gráfica 6. Edad - Sexo y Ayuda en higiene oral.



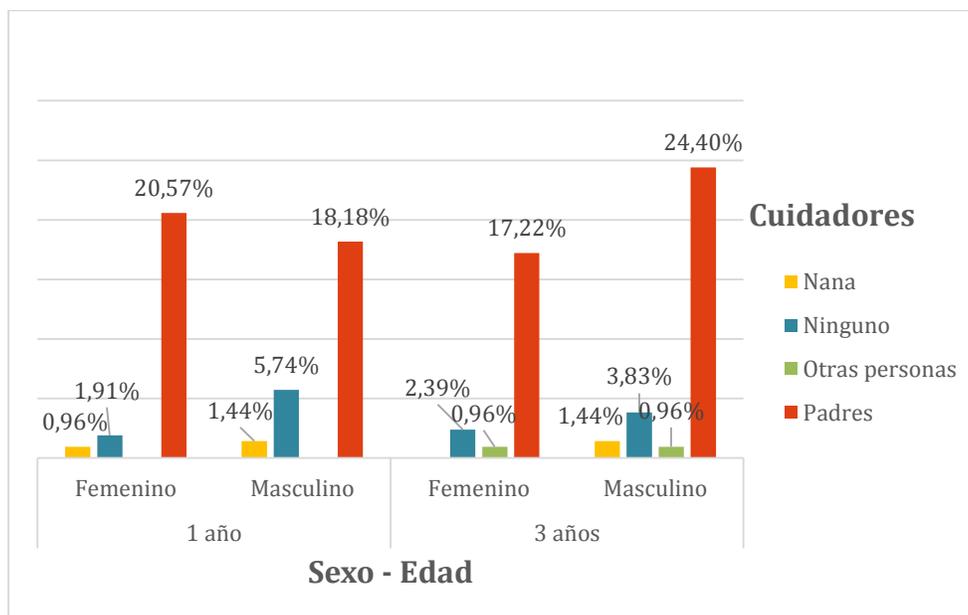
Análisis: Se observa en esta gráfica, que los niños de sexo masculino de 3 años reciben más ayuda en higiene oral por sus cuidadores en un 26,79%.

se observó que la ayuda en higiene oral en los dos grupos de edades y ambos sexos es relevante, el sexo femenino en edades de 1 año es de un 21,53%(45) a diferencia del sexo masculino con un 19,62%(38). En edades de 3 años el sexo femenino presenta ayuda de un 18,18%(41) en comparación al sexo masculino 26,79%(56). Concluyendo que el sexo masculino en edad de 1 año, es menos frecuente su ayuda en el cuidado de higiene oral. (Gráfica 6)

Tabla 7. Frecuencia de población encuestadas según la Sexo – Edad y Cuidadores

Edad y Sexo	Cuidadores				Total general
	Padres	Ninguno	Nana	Otras personas	
1 año	81	16	5		102
Femenino	43	4	2		49
Masculino	38	12	3		53
3 años	87	13	3	4	107
Femenino	36	5		2	43
Masculino	51	8	3	2	64
Total general	168	29	8	4	209

Gráfica 7. Sexo – Edad y Cuidadores

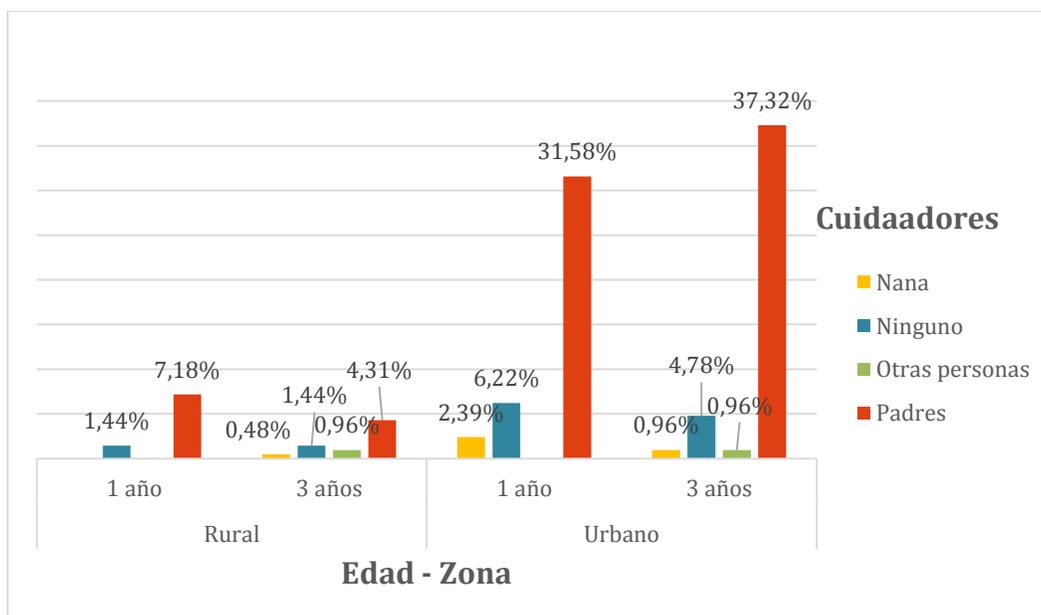


Análisis: Teniendo en cuenta el número de cuidadores encuestados. La representación de los datos nos muestra que, en el sexo masculino en la edad de 1 año no están recibiendo la atención del cuidador con un 5,74% (12), además se observa que la frecuencia del cuidado por los padres igualmente es menor con un 8,18%(38), en comparación del sexo femenino que la ausencia del cuidador está en 91% (4) y de los padres en un 20,57%(43). La diferencia se observa en la edad de 3 años, donde el sexo masculino es mayor el cuidado por los padres con un 24,40%(51), a diferencia del sexo femenino 17,22%(36). Concluyendo que la participación en el cuidado por otras personas, solo está presente en la edad de 3 años.

Tabla 8. Frecuencia de población encuestadas según la Zona – Edad y Cuidadores

Zona		Cuidadores				Total general
Edad	Padres	Ninguno	Nana	Otras personas		
Rural	24	6	1	2	33	
1 año	15	3			18	
3 años	9	3	1	2	15	
Urbano	144	23	7	2	176	
1 año	66	13	5		84	
3 años	78	10	2	2	92	
Total general	168	29	8	4	209	

Gráfica 8. Zona - Edad y Cuidadores

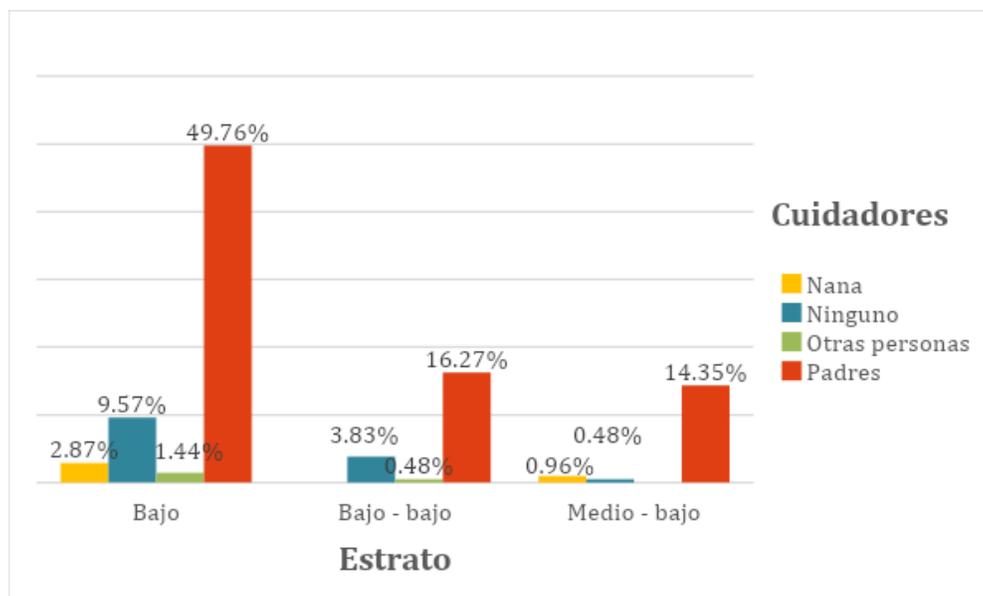


Análisis: Se evidencia que el cuidado por los padres en zonas rurales es mayor en la edad de 1 año con un 7,18% (15), a diferencia de la edad de 3 años donde el cuidado de los padres es del 4,31%(9) y que también cuenta con cuidadores como lo son otras personas 0,96%(2) y de las nanas 0,48%(1). En zonas urbanas en la edad de 1 año, es menos frecuente el cuidado por los padres con un 31,58%(66) en comparación a la edad de 3 años con un 37,32%(78). Concluyendo que, en la edad de 3 años en ambos grupos de zonas, el cuidado no solo está a cargo de los padres, sino también de otras personas y de las nanas. Además, en edades de 1 año en zonas rurales el cuidado solo está dado por los padres a diferencia de la zona urbana quienes son los padres y las nanas. (Gráfica 8)

Tabla 9. Frecuencia de población encuestadas según la Estrato y Cuidadores.

Estrato	Cuidadores				Total general
	Padres	Ninguno	Nana	Otras personas	
Bajo	104	20	6	3	133
Bajo - bajo	34	8		1	43
Medio - bajo	30	1	2		33
Total general	168	29	8	4	209

Gráfica 9. Estrato y cuidadores

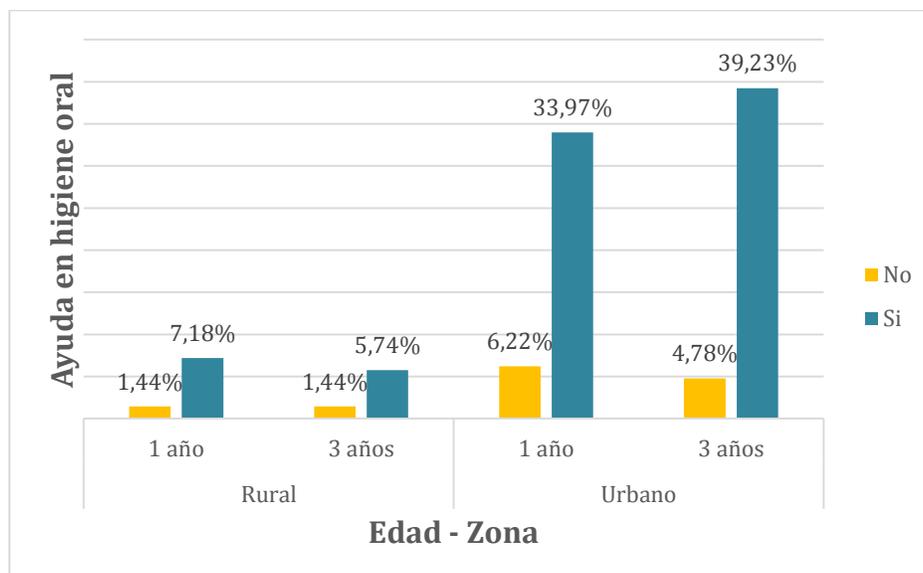


Análisis: Según la gráfica, se observa que los padres son quienes con más frecuencia están al cuidado de los niños en los distintos estratos socioeconómicos. En el estrato bajo el cuidado está dado por los padres con un 49,76%(104), seguido las nanas 2,87%(6) y otras personas 1,44%(3), en comparación al estrato bajo – bajo donde el cuidado está dado por los padres con el 16,27%(34) y también de otras personas con un 0,48%(1) a diferencia del estrato medio – bajo quienes los padres participan con un 14,35%(30) y las nanas con el 0,96%(2). Concluyendo que el estrato bajo es quien más participación de cuidadores presenta. (Gráfica 9)

Tabla 10. Frecuencia de población encuestadas según la Edad-Zona y Ayuda en higiene oral

Zona	Ayuda en higiene oral		
	No	Si	Total general
Rural	6	27	33
1 año	3	15	18
3 años	3	12	15
Urbano	23	153	176
1 año	13	71	84
3 años	10	82	92
Total general	29	180	209

Gráfica 10. Edad - Zona y Ayuda en higiene oral

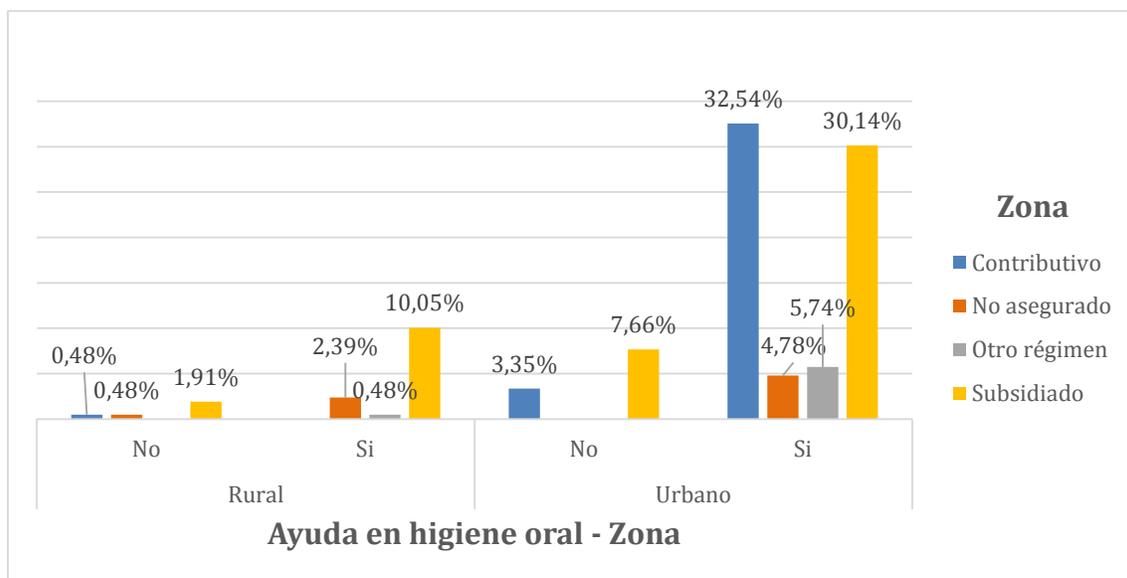


Análisis: Se identificó que la ayuda en higiene oral es significativa en los dos grupos de edades y de zona. Concluyendo que en la zona rural los niños de 1 año de edad, es más evidente la deficiente participación en el cuidado de su salud oral en (Gráfica 10)

Tabla 11. Frecuencia de población encuestadas según la ayuda en higiene oral – Zona y Régimen

Zona - Ayuda en higiene oral	Régimen				Total general
	Contributivo	No asegurado	Otro régimen	Subsidiado	
Rural	1	6	1	25	33
No	1	1		4	6
Si		5	1	21	27
Urbano	75	10	12	79	176
No	7			16	23
Si	68	10	12	63	153
Total general	76	16	13	104	209

Gráfica 11. Ayuda en higiene oral – Zona y Régimen.



Análisis: De acuerdo a la gráfica 11, se observa la relación de quienes habitan en las zonas urbanas y reciben ayuda, son pertenecientes a él régimen contributivo y subsidiado, pero no se descarta la presencia de otro régimen y los no asegurados. A comparación de quienes si reciben ayuda de zonas rurales donde el porcentaje es mayor en el régimen subsidiado que el contributivo.

7. DISCUSIÓN

Esta investigación analizó el impacto de las variables sociodemográficas con los cuidadores responsables del acompañamiento en las prácticas de higiene oral en niños de 1 y 3 años de edad. Dentro de los aspectos mayormente valorados como positivos para la muestra de resultados es que todos los cuidadores como son los padres están representados en la zona Urbana en el Municipio de Bucaramanga, esto implica mayor que hacer por estos actores en la preocupación de acompañar a sus niños en esta primera etapa de la vida en los cuidados de higiene oral ya sea asistiendo a los programas de Prevención y Promoción que ofrecen las IPS como fase de control y crecimiento. La oportunidad de encontrarse en zona Urbana permite acceso a los innumerables medios lo que consideran encontrar más ayudas para fortalecer este campo.

Teniendo en cuenta estos resultados se hace necesario articular con uno de los postulados como es Cuanto más alto sea el nivel educativo de los padres, más favorable es el cuidado oral de sus hijos (Castilhoa, Aline Rogéria, Fábio Luiz, & Souza., 2012). Según los autores, mencionan lo involucrado que está el nivel socioeconómico de las familias con la buena salud oral. Esto debe ser a que los hijos son la prioridad y responsabilidad de los padres, nuestro estudio tiene en cuenta el análisis de tres variables zona, estrato y cuidadores, donde se observó que la participación de los padres en el cuidado de higiene oral de los niños es significativa, pero entre más alto sea el estrato mayor es la intervención de los padres.

Se observa que en algunos países como México ha realizado estudios, donde se identificaron que el cuidado de la salud oral en los niños de la población León Guanajuato está a cargo en un 87% por parte de los padres y en un 13% delegado a otros familiares. En el siguiente estudio se observó que el cuidado de la salud oral de los niños resulta en un 80,38% a cargo de los padres y 1,91% a cargo de otros familiares. Estas diferencias en los resultados podrían presentarse debido a algunos aspectos sociodemográficos inherentes a cada población en particular, como el estrato y la zona donde residen. Lo que diferencio la zona urbana con la zona rural en sus resultados este obtuvo mayor participación en la zona urbana en estrato bajo, con un porcentaje de 54,55%, lo que permite observar que la recolección de datos predominó en un estrato específico.

Según los datos obtenidos de la investigación con respecto a la participación de los cuidadores de la zona rural este arroja un 15,79% a diferencia de la zona urbana 68,43%, lo que indica que la participación de la zona rural es mínima, analizando la última encuesta poblacional del DANE, el departamento de Santander posee un poco menos de la tercera parte de la población y estos se ubican en las zonas rurales, la cual no tienen las mismas condiciones de acceso a la salud que en la zona urbana. Los niños que habitan en zonas urbanas presentan mayor frecuencia de lesiones cariosas con un (62,2%), significativamente mayor que los niños de zona rural (51,2%) (Tsang, Gutierrez, Patel, Lewis, & Huang, 2019)

De igual forma, con respecto a la salud bucal, los padres informan que los niños de áreas rurales que son mayormente de estrato bajo, se ven obligados a compartir un solo cepillo de dientes a diferencia de los de zonas urbanas con el uso de cepillo individual (84,4% frente al 56,0%) (Tsang, Gutierrez, Patel, Lewis, & Huang, 2019). En este sondeo se observa que en zonas urbanas hay mayor educación en salud oral debido a la mayor accesibilidad en servicios de salud a diferencia de las zonas rurales.

Muchas opiniones de los cuidadores afirman que el estrato socioeconómico no es un factor influyente en la salud bucal de los niños, pues según los participantes, "La enfermedad oral se trata de hábitos que se deben aprender en casa y esto no tiene ningún costo, además, son innumerables las oportunidades que el gobierno ofrece en programas de salud"(González, Hernandez&Correa,2013).

Por otra parte, otros estudios indican que los padres son los principales responsables que los menores presenten patologías bucales, debido a que son ellos quienes deben estar atentos de la higiene bucal de los niños, ya que en esta etapa no son autónomos y no tienen la destreza para realizar estos procedimientos (González, Sierra Barrios, & Morales Salinas, Knowledge, attitudes and practices in oral health of parents and caregivers in children's homes in Colombia, 2011). Igualmente, a estos estudios se observa que los padres son los principales educadores y cuidadores

en salud bucal de los niños y que estos necesitan de acompañamiento y seguimiento en su primera etapa de infancia.

los cuidadores de la salud oral en los niños juegan un papel importante. Aunque el personal profesional en odontología se reconoce como el principal educador en salud oral y se ha demostrado su eficacia también está probado que la educación en salud oral es más frecuente por parte de los cuidadores y más efectiva (Priya, Asokan, Janani, & Kandaswamy, 2019).

En otro de los hallazgos significativos y con relevancia es la participación de los niños con respecto a las niñas en un rango de edad de 0 a 4 años, en comparación el sexo masculino de los infantes se obtuvo mayor porcentaje en niños siendo 8,27% con un total de 84.743 y las niñas un 7,68% con 80.488 en el Departamento de Santander, lo que permite evaluar es la población censada en esta edad relativamente al dato del Boletín N. 35, Información estadística en el Departamento de Santander registrado en el 2016, que es la primera distribución por sexo donde la mayor parte de población colombiana está representado por el sexo femenino con un 50,56% con un total de 1.047.233 mujeres y el sexo masculino en un 49,43% con 1.023.783 hombres, pero en la evaluación de estructura de sexo y grupos por edad las mujeres representan mayor proporción de la población en todos los grupos poblacionales excepto en el grupo de 0 a 4 años siendo más hombres que mujeres. Consideramos que en nuestro estudio se dio una variable proporcional a los resultados elaborados por el boletín N. 35 a partir del DANE. (Quintero, 2016)

Es notable que las familias en su vida cotidiana se ven influenciadas en gran medida por las condiciones sociales, culturales, ambientales y económicas. Estos aspectos sociales juegan un papel clave en la salud bucal de los niños, alcanzando un impacto positivo o negativo en la formación para la adopción de hábitos, actitudes y comportamientos particulares.

El cuidado de la salud oral en las primeras etapas de la vida es importante para establecer hábitos que serán determinantes en la calidad de la salud oral y general de un individuo. En la mayoría de los casos, son los padres de los niños quienes se encargan del cuidado de la salud, pero en la sociedad actual, otros aspectos han hecho que los padres tengan que ausentarse y deleguen el cuidado a otras personas.

Uno de los factores que se correlacionan con el índice de caries infantil a la edad temprana es la vivienda rural. Esto puede estar relacionado a que la accesibilidad a los dispensarios de salud sea poco frecuente, además puede relacionarse también a los alimentos desde el agua hasta el consumo de alimentos azucarados.

El cuidado de la salud oral en las primeras etapas de vida es importante para establecer hábitos que serán determinantes en la calidad de la salud oral y general de un individuo. En la mayoría de los casos, son los padres de los niños quienes se encargan del cuidado de la salud, pero en la sociedad actual, otros aspectos han hecho que los padres tengan que ausentarse y deleguen el cuidado a otras personas. Probablemente debido al hecho de que los padres son ejemplo a seguir, los niños imitaran esos hábitos adquiridos en sus primeras etapas de vida. Es un patrón de conducta que las niñas sigan los pasos de sus madres y los niños a emular a sus padres. En comparación a nuestro estudio, esta hipótesis es válida, pero en comparación a los resultados de la población encuestada es mayor la tasa de población en niños y con relación a la ayuda que reciben las niñas es mayor en un 90,22%, lo que se considera que hay una diferencia entre los comportamientos y conductas a seguir sobre esos patrones de la sociedad en los niños.

(Khadri, Gopinath, Hector, & Davenport, 2010) observaron que los padres son las personas que supervisan la salud oral de los niños en un 80% en edades de 3 o más años. En el presente estudio se encontró que el cuidado de la salud oral de los niños en un 80,38% está a cargo de los padres. Estas diferencias se deben posiblemente a que el estudio realizado en México se hizo en 2 tipos de estratos; medio y bajo, mientras que en este estudio se hizo en 3 tipos de estrato que eran bajo, bajo-bajo y medio-bajo lo que podría haber más posibilidades por parte de los padres para el cuidado de salud oral de los niños, debido a que no tienen que trabajar y pueden estar más pendiente de los infantes. Además, en el estudio realizado en México analizaron 8 tipos de variables que fueron el nivel educativo, socioeconómico, nivel de conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal, actitudes, autoeficacia, habilidades, características psicométricas y la categoría de cariogenicidad de la dieta del preescolar, mientras que en este estudio se analizaron 5 variables que fueron edad, sexo, estrato, cuidadores y la zona.

Es así como los resultados de experiencia y satisfacción de esta investigación con respecto a los cuidados sobre la atención bucal de niños en la primera etapa, se observan en este estudio, que se podrá comprobar lo afirmado según la participación de los padres o cuidadores, lo cual debe ser constante para generar costumbres sanas en los infantes según (Cupé & García, 2015), quienes expresan que una de las formas de medir estos resultados, es determinar las consecuencias de caries dental en la vida de los niños, lo cual incluyen hospitalizaciones, visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

8. CONCLUSIONES

- Las personas que están al cuidado de la salud oral de los niños en el departamento de Santander son principalmente los padres en un 80,38% y en un 3,83% son las nanas y el 1,91 % familiares y un 13,88% que no reciben ayuda en el rango de edad de 1 y 3 años.
- Por esto, es fundamental estudiar a los padres que están al cuidado de la salud oral de los niños en los primeros años de vida, ya que son ellos los responsables de impulsar las acciones para la salud oral de sus hijos, también para generar hábitos sanos en su higiene bucodental y prevenir futuras lesiones cariosas que afecten la cavidad oral en los infantes.
- La variable que se identifica como ayuda en higiene oral en los niños, evidencia mayor ayuda en las zonas urbanas a diferencia de los niños de zonas rurales. Además, se observa que en el sexo femenino hay mayor influencia de las personas que están al cuidado de la salud oral.
- En el estrato bajo es mayor la población encuestada, por lo tanto, la participación de los padres que están al cuidado de la salud oral de los niños es más alta en un 49,76% en comparación con el estrato medio-bajo con un 14,35% de los padres que están al cuidado de la salud oral de los niños.
- Para entender el impacto de este análisis frente a las condiciones sociodemográficas en los niños del departamento Santander es consecuente que el estrato medio-bajo posee mejores condiciones económicas para estar atentos en la higiene oral.
- La mayor parte de los análisis sobre la higiene oral tiene como finalidad contribuir al diseño de medidas y del cuidado de larga duración que haga posible un aumento de bienestar en las personas en situación de desventaja.

RECOMENDACIONES

- Se deben incluir más variables que tengan en cuenta el conocimiento de los cuidadores, como el nivel de estudio, desempeño laboral, horas de trabajo y tiempo libre.
- Se recomienda colocar a un profesional en las áreas de promoción y prevención de salud oral, para capacitar, hacer control y seguimiento de todas las actividades que pueden ser dirigidas por los padres o cuidadores.
- Se les recomienda a las alcaldías y otros entes gubernamentales para formulen y coordinen proyectos viables, políticas públicas, líneas de atención telefónicas, plataformas digitales, uso de tics para que se amplíe la cobertura brindando conocimiento en este tema que es la Salud Oral.
- Se deberá implementar por profesionales de la salud para la zona rural las visitas domiciliarias, donde se socializará el tema de Higiene oral con la comunidad en general que incluyan las familias, docentes, madres comunitarias y líderes.
- Se le recomienda al Ministerio de Salud actualizar la base de información con un tema de relevancia en promoción y prevención para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud, la reducción de la inequidad y la inclusión.
- Como un aporte a la investigación realizada en el departamento de Santander, se invita a otras instituciones académicas realizar estudios que profundicen estos análisis sociodemográficos, obteniendo mayor muestra en niños por rangos de edad, población, estratos que nos permita ofrecer alternativas en la salud pública.
- Se sugiere al Ministerio de Salud autorizar al ENSAB, la publicación del análisis realizado del estudio de las personas que están a cargo de la salud oral en niños de 1 y 3 años en el departamento de Santander, como un soporte académico investigativo de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño.

BIBLIOGRAFÍA

- (SIIC), S. I. (2020). Salud oral en la infancia. Incorporación de evaluaciones bucales periódicas en visitas de rutina para mejorar la calidad de la salud oral. *Intramed*.
- Blanco, M., Perez, R. M., Santiago, P. M., & Smyth, E. (2015). Salud e higiene oral en los adolescentes gallegos. *ELSEVIER ESPAÑA*, 6.
- Bosch, Á. (2007). Higiene bucodental Productos utilizados y recomendaciones básicas. En B. Ángela, *Higiene bucodental Productos utilizados y recomendaciones básicas*. (pág. 4). OFFARM.
- Campos, L., Rabaldom, B. E., Bez, B. J., García, d. S., & Eger, S. B. (2010). Conocimiento de madres de diferentes clases. Sobre salud bucal en el municipio de Cocal do Sul (SC). *Rev Sul-Bras Odontol.*, 9.
- Cisneros, D. G., & Hernández, B. Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Medisan.*, 14.
- Cupé, A. A., & García, R. C. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana* .
- Franco, Á. M., Martínez, C. M., Álvarez, M., Coutin, I. A., Larrea, I. M., Otero, M. A., . . . Zapata, A. M. (2008). Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. *Revista CES Odontología Vol. 21 - No. 1* , 8.
- González, M. F., Hernández, S. L., & Correa, M. K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública*, 10.
- Guizar, M. J., López, A. C., Amador, L. N., Lozano, P. O., & García, G. C. (2019). Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. *Nova Scientia*, 17.
- Khadri, F., Gopinath, V., Hector, M., & Davenport, E. (2010). Cómo los niños en edad preescolar aprenden a cepillarse los dientes en Sharjah, Emiratos Árabes Unidos. *Int J Paediatr Dent-Pubmed*.

- Pediatrics, A. A. (18 de Julio de 2019). *American Academy of pediatrics*. Obtenido de [healthychildren.org:https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/oral-health/Paginas/How-Knowledge-Attitudes-Beliefs-Affect-Oral-Health.aspx](https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/oral-health/Paginas/How-Knowledge-Attitudes-Beliefs-Affect-Oral-Health.aspx)
- Soria, H. A., Molina, N., & Rodríguez, R. ... (2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*, 4.
- Suttatip, K. (2015). Oral Health Knowledge, Attitude. *Research Gate*, 17.
- Tsang, C., Gutierrez, K. S., Patel, P., Lewis, B., & Huang, D. (2019). Early Childhood Oral Health and Nutrition in Urban. *MDPI*.
- Victorio, P. J., Mormontoy, L. W., & Díaz, P. M. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Rev. Estomatol. Herediana vol.29*.
- Academia Colombiana, d. O. (2019). *Acop - Academia Colombiana de Odontología Pediátrica*. Obtenido de <https://www.acop.com.co/salud-bucal-de-los-ninos/>
- Alvarez, H. P., Hernández, S. H., Obando, A. J., & Ramírez, N. I. (2019). *Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en padres de niños de 5 a 12 años que asisten a la clínica odontológica de la universidad cooperativa de Colombia campus pasto año 2019*. San Juan de Pasto.
- Bouza, V. M., Martínez, A. J., Carmenate, R. Y., Betancourt, G. M., & García, N. M. (2016). El embarazo y la salud bucal. *Rev.Med.Electrón. vol.38 no.4 Matanzas-SCIELO*.
- Marinho, V., Chong, L., Worthington, H., & Walsh, T. (29 de Julio de 2016). *Cochrane*. Obtenido de https://www.cochrane.org/es/CD002284/ORAL_enjuagues-bucales-con-fluor-para-prevenir-la-caries-dental-en-ninos-y-adolescentes
- Moreta, Q. K. (2017). *Necesidades y posibilidades de prevención de caries en niños de 5 a 12 años de edad*. Ecuador.
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de Salud Bucodental: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

- Pedro, N. D., & Lourdes., G. B. (2010). Bioquímica de la caries dental. *Revista Habanera de Ciencias Médicas - Scielo*, 11.
- Plúa, S. J. (diciembre 2014). *Prevalencia de hábitos en salud bucal en escolares anexos al dispensario las gilces del s.s.c, parroquia crucita, cantón portoviejo. Periodo septiembre-diciembre 2013*. Quito.
- Salud, S. D. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral*. Bogotá.
- Serrano Figueras, K. M., Arévalo, R. N., & Hernández, Z. G. (2019). El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. *Correo Científico Médico (ccm) vol.23 no.2 Holguín- SCIELO*.
- Sosa, R. M. (s.f.). *Promoción de Salud bucodental y prevención de enfermedades*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>
- Suarez, O., & Moreno, J. (s.f.). *La familia como eje fundamental en la formación de valores*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf
- Ministerio de salud. (2014). *IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- DANE. (2005). *BOLETÍN Censo General 2005 Datos desagregados por sexo*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/censo2005/gene_15_03_07.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV)



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

Anexo 2.

Formato para la solicitud de base de datos y encuestas poblacionales.

estudio-nacional-salud-bucal-ensab-iv - Excel

Inicio ses.

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer? Compartir

Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

Calibri 12 A+ A- N K S U B I A- A+ Ajustar texto Combinar y centrar Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

C12

No.	Información	Despliegue los ítem según corresponda
1	*Tipo de usuario	
2	*Primer nombre	
3	*Segundo Nombre	
4	*Primer Apellido	
5	*Segundo Apellido	
6	*Tipo de documento de identidad	
7	*Número de Documento	
8	*País	

SOLICITUD

100%

Anexo 3.

Tabla DIC M4_EXAMEN_1 RID

Información de variable			
Variable	Posición	Etiqueta	medición
DANE	1	DANE	Escala
GRUPO	6	Grupo	Nominal
MPIO	7	Nombre del municipio	Nominal
DPTO	8	Nombre del departamento	Nominal
FORM	16	Número de formulario a aplicar según edad	Nominal
M4_101A	17	101A. ENTREVISTADOR(A): Transcriba número de orden del	Nominal
M4_101B	18	101B. ENTREVISTADOR(A): Transcriba los nombres y	Nominal
M4_102A	19	102A. Fecha de la encuesta modulo 1. (Día)	Escala
M4_102B	20	102B. Fecha de la encuesta modulo 1. (Mes)	Nominal
M4_102C	21	102C. Fecha de la encuesta modulo 1. (Año)	Escala
M4_103A	22	103A. Fecha de nacimiento. Día	Escala
M4_103B	23	103B. Fecha de nacimiento. Mes	Nominal
M4_103C	24	103C. Fecha de nacimiento. Año	Escala
M4_104	25	104. Edad	Nominal
TP_EXAM	26	Tipo de intervención	Nominal
DORDEN	30	Orden de la persona seleccionada en el hogar	Nominal
MD_102	31	102. ENTREVISTADOR(A): Verifique con pregunta 203 del	Nominal
MD_103	32	103. ¿Nombre del joven tiene dificultad para el cuidado de la	Nominal
MD_104	33	104. ¿Recibe ayuda de alguien de manera permanente, para el	Nominal
MD_105	34	105. De quién?	Nominal
MD_201A	35	201A. Alergias (medicamentos, látex, polvo, urticaria)	Nominal
MD_201B	36	201B. Hipertensión arterial (presión alta)	Nominal
MD_201C	37	201C. Epilepsia (ataque con convulsiones)	Nominal
MD_201D	38	201D. Hemorragias o sangrados constantes (en sitios diferentes	Nominal
MD_201E	39	201E. Enfermedades cardiovasculares (angina infarto,	Nominal
MD_201F	40	201F. Hepatitis (enfermedades del hígado)	Nominal
MD_201G	41	201G. Ansiedad, depresión o estrés	Nominal

Anexo 4.

M4_EXAMEN_1 Santander grupo 2, txt. Excel

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled "M4_EXAMEN_1 Santander grupo 2.txt (5) - Excel". The spreadsheet contains a table with the following columns: A (MPIO), B (DPTO), C (Edad), D (MA_104), E (MA_105), F (MA_201A), G (MA_201B), H (MA_201C), I (MA_202), J (MA_203), K (MA_204), L (MA_308A), M (MA_308B), N (MA_309A), O (MA_309B), P (Sexo), and Q (Zona). The data rows (rows 2-23) list individuals from Bucaramanga, Santander, with various exam scores and demographic details. The status bar at the bottom indicates "M4 Examen 1 Santander Grupo 2".

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
	MPIO	DPTO	Edad	MA_104	MA_105	MA_201A	MA_201B	MA_201C	MA_202	MA_203	MA_204	MA_308A	MA_308B	MA_309A	MA_309B	Sexo	Zona
2	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
3	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
4	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
5	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	2	NULL	1	0	0	16	2	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
6	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	1	0	0	16	1	1	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
7	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	2	NULL	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
8	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	1	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
9	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	2	NULL	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
10	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	4	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
11	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	2	2	0 NULL	0 NULL	2	1		2
12	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	9	1	1	0 NULL	0 NULL	2	1		1
13	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
14	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	1	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
15	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	1	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
16	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
17	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	1	0	0	16	2	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
18	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
19	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	1	1	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
20	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	2	NULL	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		2
21	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	1	0	0	16	2	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
22	BUCARAMANGA	SANTANDER	1	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1
23	BUCARAMANGA	SANTANDER	3	1	1	0	0	0	16	1	2	0 NULL	0 NULL	0 NULL	0 NULL		1