



**Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o
cuidadores de niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior
de Junín Cundinamarca en el año 2022**

Eliana Norellys Méndez Moreno

Código: 10571711120

Wendy Tatiana Pineda Parra

Código: 10571723493

Valentina Zambrano Zamora

Código: 10571728102

Nikolay Coy Cucunuba

Código: 10571526159

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Bogotá, Colombia

2022

**Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o
cuidadores de niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior
de Junín Cundinamarca en el año 2022.**

**Eliana Norellys Méndez Moreno, Wenndy Tatiana Pineda Parra, Valentina
Zambrano Zamora, Nikolay Coy Cucunuba**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Odontólogo General

Director (a):

Odontóloga – Magister en Salud Pública, Yeily Isabel Thomas Alvarado

Línea de Investigación:

Promoción y prevención en salud oral.

Grupo de Investigación:

Salud oral

Universidad Antonio Nariño

Programa Pregrado

Facultad de odontología

Bogotá, Colombia

2022

Nota de Aceptación

El trabajo de grado titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022.”, elaborado por, Eliana Norellys Méndez Moreno, Wenndy Tatiana Pineda Parra, Valentina Zambrano Zamora y Nicolay Coy Cucunuba; ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo General.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá, Día 31 octubre 2022

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a Dios Todopoderoso por permitirme llegar a la culminación de esta gran meta, a mi madre, hermanos, sobrinos y demás familia por brindarme los consejos motivadores para continuar, a mi papi Carlos y hermano Sergio que desde el cielo acompañaban mi caminar y a cada una de las personas que de una u otra forma aportaron para que mi carrera fuera un logro exitoso. (Eliana Norellys Méndez Moreno)

Dedico este trabajo principalmente a Dios que es y será una guía en mi camino, a mis padres que son un motor en mi vida que me han impulsado a ser la persona que soy, por enseñarme los valores fundamentales y enseñarme a ser perseverante y ahora verme crecer como profesional, estoy infinitamente agradecida por brindarme una carrera para mi futuro y por siempre creer en mis habilidades y capacidades. (Wenndy Tatiana Pineda Parra)

Es para mí de gran satisfacción poder dedicar mi trabajo de grado, principalmente a Dios, a mis padres y hermano, quienes han sido pilares para seguir adelante, brindándome su apoyo, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio. A mis compañeras, en especial a la Señora Herlinda Moreno quien estuvo siempre acompañándonos y brindándonos su apoyo para la realización de este trabajo. (Valentina Zambrano Zamora)

Dedico este trabajo principalmente a Dios que es el que hace posible que este sueño sea una realidad , de mismo modo agradecer a mis padres que son un pilar fundamental en mi vida siendo ejemplo a seguir, ellos con su apoyo incondicional lograron darme las herramientas para ser una persona con principios y valores fundamentales para resto de mi vida, también a los doctores y a la facultad de odontología de la universidad Antonio Nariño. (Nicolay Coy Cucunuba).

Agradecimientos

A Dios como dador de vida por dotarme de inteligencia, sabiduría y entendimiento; a las directivas, docentes de primaria Urbana y Rural y a los Padres de Familia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca; a mi familia principalmente a mi madre y mis hermanos por el apoyo incondicional y estar presentes en el desarrollo de mi carrera profesional; a la Doctora Yeily Isabel Thomas quien nos guio durante el desarrollo del proyecto. (Eliana Norellys Méndez Moreno).

Agradezco principalmente a mi padre celestial que me cuidó durante todo este trayecto, gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado. Agradezco a mi tutora Yeily Thomas por ser parte de un proyecto muy exitoso y por brindarnos su apoyo incondicional. (Wendy Tatiana Pineda Parra).

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme llegar hasta este punto, gracias a mis compañeros y profesores que brindaron sus conocimientos para seguir día a día, a la Escuela Normal Superior de Junín quien nos abrió sus puertas y nos dio la confianza para el desarrollo de este trabajo de grado (Valentina Zambrano Zamora).

Agradecido con Dios principalmente por permitirme llegar hasta mi meta propuesta y así mismo encomendaré a él todas mis acciones para la salud de mis pacientes, a mis padres y familia por ser mi apoyo en todo momento, motivándome y ayudándome; a todos los docentes que han sido parte de mi camino universitario les quiero agradecer por transmitirme sus conocimientos y experiencias para poder estar aquí. (Nicolay Coy Cucunuba)

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen.....	13
Abstract.....	14
Introducción.....	15
1. Planteamiento del Problema.....	16
1.1 Pregunta de investigación.....	19
2. Objetivos.....	20
2.1 Objetivo general.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
3. Justificación.....	21
4. Marco teórico.....	24
4.1 Salud bucal.....	24
4.2 Higiene bucal.....	28
4.2.1 Elementos de higiene bucal y su uso.....	31
4.2.2 Promoción de la salud bucal y prevención de riesgo de caries.....	37
4.3 La caries dental.....	38
4.4 Índice COP.....	41
4.5 Índice de Oleary.....	43

4.6 El concepto de conocimientos en salud	44
4.8 Antecedentes	48
5. Diseño metodológico	63
5.1 Tipo de estudio.....	63
5.2 Población	63
5.3 Muestreo	63
5.4 Muestra	63
5.4.1 Criterios de inclusión.....	63
5.4.2 Criterios de exclusión	63
5.5 Variables de estudio.....	63
5.5 Descripción del procedimiento:	70
5.6 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	73
5.6.1 Consentimiento informado de los padres de familia	73
5.6.2 Encuesta.....	73
5.7 Técnicas de análisis de la información	73
5.8 Aspectos éticos	74
6. Resultados.....	75
7. Discusión	101
8. Conclusiones.....	104

9. Recomendaciones	105
Bibliografía	106

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1	26
Figura 2	27
Figura 3	29
Figura 4	30
Figura 5	32
Figura 6	32
Figura 7	34
Figura 8	35
Figura 9	39
Figura 10	40
Figura 11	46
Distribución de la muestra por sexo	76
Distribución de la muestra por estado civil	77
Distribución de la muestra por edad	77
Distribución de la muestra por lugar de nacimiento	78
Descripción de la muestra por ocupación	79
Distribución de la muestra por nivel educativo	79
Distribución de la muestra en nivel socioeconómico	80
Pregunta 1 de conocimientos en salud oral	81
Pregunta 2 de conocimientos en salud oral	82

Pregunta 3 de conocimientos en salud oral	83
Pregunta 4 de conocimientos en salud oral	84
Pregunta 5 de conocimientos en salud oral	85
Pregunta 6 de conocimientos en salud oral	86
Pregunta 1 de actitudes en salud oral	87
Pregunta 2 de actitudes en salud oral	87
Pregunta 3 de actitudes en salud oral	88
Pregunta 4 de actitudes en salud oral	89
Pregunta 5 de actitudes en salud oral	90
Pregunta 6 de actitudes en salud oral	91
Pregunta 7 de actitudes en salud oral	92
Pregunta 1 de prácticas en salud oral	93
Pregunta 2 de prácticas en salud oral	94
Pregunta 3 de prácticas en salud oral	95
Pregunta 4 de prácticas en salud oral	95
Pregunta 5 de prácticas en salud oral	96
Pregunta 6 de prácticas en salud oral	97
Pregunta 7 de prácticas en salud oral	98
Pregunta 8 de prácticas en salud oral	99
Pregunta 9 de prácticas en salud oral	99

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Variables	65
Tabla 2: Opciones de pregunta	97
Tabla 3: Promedio conocimientos	100
Tabla 4: Promedio actitudes	100
Tabla 5: Promedio practicas	101

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado	122
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	123

Resumen

Objetivo: Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con una muestra de 206 padres y/o cuidadores de la Institución Educativa Departamental Escuela Normal Superior en el Municipio de Junín Cundinamarca, se aplicó el instrumento de recolección de datos validado por Canisales & Malpica (2018) para determinar y evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores.

Resultados: Se determinó que los padres y/o cuidadores participantes del estudio 174 son mujeres y 32 son hombres, la mayoría de la población pertenece a un estrato socioeconómico bajo, se identificó que el 70% de la población tiene un nivel aceptable de conocimientos, en actitudes el 68% presentan un nivel aceptable, pero en referencia a las practicas tienen un nivel escaso con un 72% en los padres y/o cuidadores.

Conclusiones: los conocimientos y actitudes en la higiene oral, de acudientes es aceptable, respecto a la práctica es altamente preocupante dado que el 0% de los acudientes no posee buenas prácticas, es importante el conocimiento respecto al uso de cremas fluoradas, buenas prácticas y la supervisión de un adulto son los factores que más inciden en el escaso manejo de prácticas, esto se puede mejorar si se realiza una inclusión a los acudientes a charlas educativas de los procesos correctos que se deben manejar en la higiene bucal.

Palabras clave: Salud bucal, padres y/o cuidadores, conocimientos, actitudes, practicas.

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge, attitudes and practices in oral health of parents and/or caregivers of early childhood children of the I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca in the year 2022.

Material and methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out with a sample of 206 parents and/or caregivers of the Departmental Educational Institution Escuela Normal Superior in the Municipality of Junín Cundinamarca, the data collection instrument validated by Canisales & Malpica (2018) was applied. of the Universidad del Bosque to determine and evaluate the level of knowledge, attitudes and practices in oral health of parents and/or caregivers.

Result: It was determined that the parents and/or caregivers participating in the study 174 are women and 32 are men, the majority of the population belongs to a low socioeconomic stratum, it was identified that 70% of the population has an acceptable level of knowledge, in attitudes 68% have an acceptable level, but in reference to practices they have a low level with 72% in parents and/or caregivers.

Conclusions: Regarding the knowledge and attitudes in oral hygiene, the caregivers is acceptable, regarding the practice it is highly worrying since 0% of the caregivers do not have good practices, it is important to know about the use of fluoridated creams, good practices and the supervision of an adult are the factors that most affect the scarce management of practices, this can be improved if the attendees are included in educational talks on the correct processes that must be managed in oral hygiene.

Keywords: Oral health, parents and/or caregivers, knowledge, attitudes, practices.

Introducción

La prevención de la enfermedad busca considerar la definición de parámetros que faciliten a los profesionales de odontología el diagnóstico, análisis, desarrollo, direccionamiento, aplicación y seguimiento de una serie de acciones preventivas y de medidas de tratamiento de las lesiones en etapas iniciales de la vida (Suárez & Velosa, 2013). Dado que se ha encontrado que las costumbres de higiene bucal se adquieren como modelos dentro de la familia y se conservan a lo largo de la vida (Spencer et al., 2017).

De esta forma este trabajo de investigación espera aportar al campo odontológico conocimientos que permitan relacionar la presencia de caries en infantes con edades inferiores a los cinco años en la que se busca hacer un cambio radical en la salud bucal de cada uno de ellos y de así seguir creando diferentes recursos para que padres y niños aprendan de la salud oral y su cuidado. Así mismo, servirá para los profesionales ayuden a identificar si los conocimientos de la familia del niño influyen en su desarrollo bucal, aportando diferentes estrategias que integren al entorno familiar haciéndoles saber que la salud oral es de mucha importancia (Saldarriaga et al., 2010).

Puesto que los padres tienen un papel fundamental al momento de apoyar en sus hijos el desarrollo de una adecuada rutina de higiene bucal en su primera infancia a fin de poder establecer hábitos que les deben perdurar en el transcurso de sus vidas (Tello & Narvárez, 2017).

1. Planteamiento del Problema

La caries dental es una patología que generalmente se ubica las superficies del esmalte de los dientes, la cual se identifica por la pérdida progresiva de minerales ocasionando la destrucción de sus tejidos por la acción intermitente de los ácidos orgánicos que se dan como resultado del proceso metabólico de las bacterias que contraen los diferentes carbohidratos de la dieta (Escobar & Ramirez, 2020).

Por lo tanto, se ha considerado que se trata de una enfermedad crónica por su lento progreso metabólico bacteriano y al no ser autolimitante, la ausencia de tratamiento oportuno puede conllevar la destrucción del diente afectado; bajo estas circunstancias influye la presencia de bacterias adheridas a la biopelícula como *Streptococcus mutans*, las cuales durante su metabolización de sacarosa producen los ácidos orgánicos los cuales desmineralizan el esmalte (Podestá, 2019).

En estas condiciones resulta relevante la salud dental de las personas como un hábito que debe adquirirse desde la niñez, en especial basado en el hecho de que los padres, familiares y/o cuidadores sigan puntualmente las recomendaciones del odontopediatra de sus hijos (Campillay, y otros, 2021). Y no solamente tengan en cuenta las indicaciones realizadas en la consulta con el pediatra (Saliba et al., 2015).

Esto porque, según lo indican (Estrada, 2019) la buena condición de los dientes depende del cuidado que se tenga de los mismos, así como de factores asociados que incluyen la percepción y reconocimientos que en el seno familiar se cultiven para fomentar adecuados hábitos de higiene bucal, acompañado de la confirmación de la enfermedad a través de exámenes de diagnóstico clínicos dentales y así mejorar la calidad de vida.

Este tipo de intervenciones proporcionan parámetros para que los profesionales de la salud dirijan abordajes acertados que permitan fomentar reglas y pautas de prevención a seguir en casa (Suarez & Velosa, 2013) (Global Health Metrics, 2018). Para que los niños y niñas las tengan en cuenta diariamente como hábito de por vida, con miras a disminuir la progresión de la caries dental (Petti et al., 2018).

Lo anterior porque en ocasiones y según Cupe & Garcia (2015). Se evidencia una marcada tendencia relacionada con los pocos o nulos conocimientos en materia de salud oral de parte de los padres y/o cuidadores de los niños; además de que existe desinformación sobre sus causas y consecuencias creadas por el descuido, la ausencia y desinterés en la prevención y practicas correctas de la higiene bucal.

Así las cosas, resultan ser los padres la clave para establecer una rutina diaria y hacer que sus hijos comprendan la importancia de desarrollar hábitos asertivos sobre su higiene bucal dado que el cepillado de los dientes debe presentarse como un hábito y una parte integral de la higiene diaria (Cartes et al.,2012). Los padres tienen la misión de enseñar, dirigir y supervisar todo lo concerniente al proceso de cepillado de los dientes de sus hijos aproximadamente durante los primeros 12 años, hasta que las funciones mentales y motoras logren permitir que, el niño rutinariamente solo realice una adecuada técnica de cepillado de dientes.

Adicional a ello y de acuerdo a Estrada (2019) tradicionalmente en el diagnóstico de la salud bucodental de los infantes no es común tener en cuenta las percepciones que dentro de la familia se tiene sobre esta temática, la cual se tiende a minimizar al solo hecho de llevar a sus hijos a controles y/o a realizar los procedimientos que se requieran, dejando de lado el hecho de que es en casa donde el niño aprende sobre su cuidado e higiene personal incluida la

salud dental, cuando es evidente que la prevalencia de caries en los niños es elevada y por ende se considera como un problema de salud pública de emergencia comprobada (Organización Panamericana de salud (2013); (Saliba et al., 2015); Federación Dental Mundial (2015).

Desde esta perspectiva es fundamental tener un acercamiento sobre las percepciones y reconocimientos en lo relacionado con la salud bucodental infantil, para promover de la mejor manera posible entre los adultos familiares o cuidadores una serie de actividades educativas sobre las rutinas de higiene bucal adecuadas en etapas de la vida tempranas para ayudar a asegurar el crecimiento y desarrollo normal de dientes fuertes y sanos (Petti et al., 2018).

Además, y según la Carga Mundial de Enfermedades 2017 (*Global Burden of Disease Study 2017*) de Spencer et al., (2018), se ha estimado en todo el mundo que cerca de 3.900 millones de individuos reportan enfermedades bucodentales, siendo la afección más común la caries de los dientes permanentes. Igualmente se considera que aproximadamente 2.300 millones de casos reportan caries y se estima que más de 530 millones de infantes reportan la reportan en dientes temporales (dientes de leche).

Adicionalmente se tiene que en los Estados Unidos se ha estimado que aproximadamente uno de cada cinco niños correspondientes a un 20% entre los 5 a 11 años presentan al menos un diente cariado y sin tratar; uno de cada siete adolescentes con un 13% entre los 12 a los 19 años al menos reporta un diente con caries y también sin tratamiento. Los hijos de 5 a 19 años que pertenecen a familias de bajos recursos tienen el doble de probabilidades (25%) de tener caries, cuando son comparados con los niños pertenecientes a hogares de ingresos más altos (11%) Dental and Oral health (2016).

En el progreso de la enfermedad el caso de Colombia se comporta de igual forma

respecto a otros países del mundo, dado que se evidencia una baja prevalencia de caries dental. Sin embargo, las cifras de caries siguen siendo altas y datos del último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSB (Ministerio de salud y protección social, 2014), evidencian que la caries dental sigue siendo la de mayor presencia en toda la población, por ejemplo, se evidencia caries sin tratar en niños de 1 a 5 años en el 33,84% (Ramos et al., 2016).

Bajo estas perspectivas, el desarrollo de estos tipos de estudios son relevantes en razón a que la caries dental infantil, independientemente de la edad del niño, se constituye claramente en una problemática de salud pública y por tanto en una sobrecarga económica para los sistemas de salud, el cual se ha asociado a una serie de determinantes socioculturales y por ende se requiere de su visualización desde diversas áreas del conocimiento, especialmente la odontología en intervenciones pediátricas, a fin de complementar el adecuado tratamiento (American Cleft Palate-Carioracial Association (2017). Detectándose las causas desde edades tempranas respecto a su nivel de asociación de las costumbres sobre la higiene oral reportadas en el propio núcleo sociofamiliar (Saliba et al., 2015).

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de primera infancia en la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022.

2.2 Objetivos específicos

Establecer las variables sociodemográficas de los padres y/o cuidadores de los niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca.

Identificar los conocimientos de padres y/o cuidadores de los niños de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca.

3. Justificación

Este trabajo es desarrollado dentro de la línea de investigación de Promoción y Prevención en Salud Oral en la facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño, porque resulta pertinente el identificar los conocimientos en salud oral de padres/cuidadores y su correlación con el estado de salud bucal del I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca.

Dicha caracterización busca definir parámetros de esencial importancia, no solo para el odontólogo y odontopediatra sino para todo el personal de salud interesado en la prevención de la enfermedad dental infantil (Asociación Española de Pediatría, 2019). Además de aportar información para robustecer los programas de prevención en salud pública encaminados a buscar las mayores soluciones en este sentido (Organización mundial de la salud., 2022).

Lo anterior en razón a que, si bien existe profusa información local, nacional e internacional publicada sobre investigaciones de la temática de estudio en relación a los constructos teóricos, etiológicos, epidemiológicos y operacionales (educación, abordaje) que son propios de la práctica clínica, la especificación de la enfermedad de la caries dental se debe realizar teniendo en cuenta las condiciones y características propias de la higiene bucal de los niños y niñas, incluyendo la perspectiva de los padres, familiares y cuidadores en cuanto a los conocimientos, percepciones y reconocimientos de los hábitos diarios en casa sobre higiene bucodental y sus efectos; resultados que permiten considerar, evaluar y visibilizar la verdadera naturaleza de la enfermedad y sus particularidades en los contextos social y familiar del cuidado e higiene personal en general (Cartes et al., 2012).

Además de que se trata de un estudio que ofrece información valiosa que se puede

utilizar para definir parámetros de diagnóstico a nivel preventivo a corto, mediano y largo plazo (Cayo et al., 2019). Así como para la toma de decisiones que faciliten definir el mejor abordaje preventivo y el tratamiento de esta enfermedad con pautas educacionales de inicio precoz para el trabajo en pediatría en general, incluyendo el accionar en odontología (Cayo et al., 2019).

Dado que los padres, familiares y cuidadores son los encargados del cuidado e higiene de sus hijos, no se puede dejar de lado que los hábitos para lograr una adecuada salud bucodental corresponden a todo el personal de salud porque es a ellos a quienes los padres acuden por ayuda para sus hijos (Dental and Oral health, 2016). Definiéndose así acciones familiares del nivel preventivo o previsor (Herrera et al., 2017).

Es así que se debe realizar e incentivar académicamente el desarrollo de este tipo de investigaciones con el fin de visualizar dicha problemática desde perspectivas diferentes que contribuyan a una educación social odontológica en general, particularmente con miras a intervenir mediante acercamientos a nivel del núcleo escolar, docentes, cuidadores y padres de familia para incentivar, fortalecer y mantener hábitos de salud bucodental (Duarte et al., 2018). Desde los procesos del cuidado personal en la infancia y que permanezcan en el tiempo por el resto de la vida, educando así personas sanas en todos los sentidos de su salud (Gonzalez et al., 2016).

Adicionalmente, los hallazgos de este estudio permiten brindar información actualizada de una problemática existente en los regímenes de salud de países no solo desarrollados sino también de economías emergentes como Colombia, se traducen en altos costos y representan inconvenientes en la atención desde la infancia hasta la adultez (Spencer et al., 2018). Siendo de vital importancia tener datos basados en la realidad del problema para

alcanzar un mejor enfoque de intervención al diseñar y llevar a la práctica directrices y políticas públicas mayormente centradas en las necesidades de la enfermedad de caries dental de la población infantil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Desde la intervención temprana en hábitos de salud bucal en casa, porque cuanto más se conozca sobre las características y condiciones del problema, más fácil resulta dimensionar los factores asociados al mismo, los posibles cambios patológicos negativos y las circunstancias que los rodean, dejando un amplio espectro de posibles acciones para planificar de mejor manera los servicios preventivos odontopediátricos buscando asistir a esta población de forma apropiada, rápida, eficaz y oportuna (Nithilia et al., 2014).

4. Marco teórico

4.1 Salud bucal

Según la OMS (2022). La salud bucodental o salud bucal incluye enfermedades como la "caries, periodontitis, traumatismos en boca y dientes, cánceres bucales, manifestaciones del VIH en boca y dientes, labio leporino, paladar hendido, así como la condición denominada noma la cual es una enfermedad grave del tipo gangrenosa que se genera en boca y afecta mayormente a los infantes" (p. 2).

De igual forma, se tiene que la salud dental es una forma de condición física en la cual deben intervenir los padres de familia dado que son los primeros educadores y guía de sus hijos especialmente en edades tempranas y por estas razones resulta esencial reconocer el nivel de conocimientos que tiene acerca del autocuidado, para así lograr descubrir la necesidad de aclarar, reforzar y/o educar en algún concepto deficiente o posiblemente nulo, que no les permita empoderarlos como acompañantes verdaderos y positivos durante todo lo que implica el proceso de desarrollo normal de sus hijos (Rodriguez & Berbesí, 2018).

La OMS (2022). Estima que durante el transcurso de la vida aproximadamente 3.500 millones de personas presentan problemas de salud bucal, lo cual hace que la prevención sea una meta incluida en las políticas de salud pública estatales, y dichos problemas incluyen "molestias, dolor, inflamación, abscesos, desfiguración y en algunos casos de procesos infecciosos crónicos llegar incluso a la muerte" (p.1).

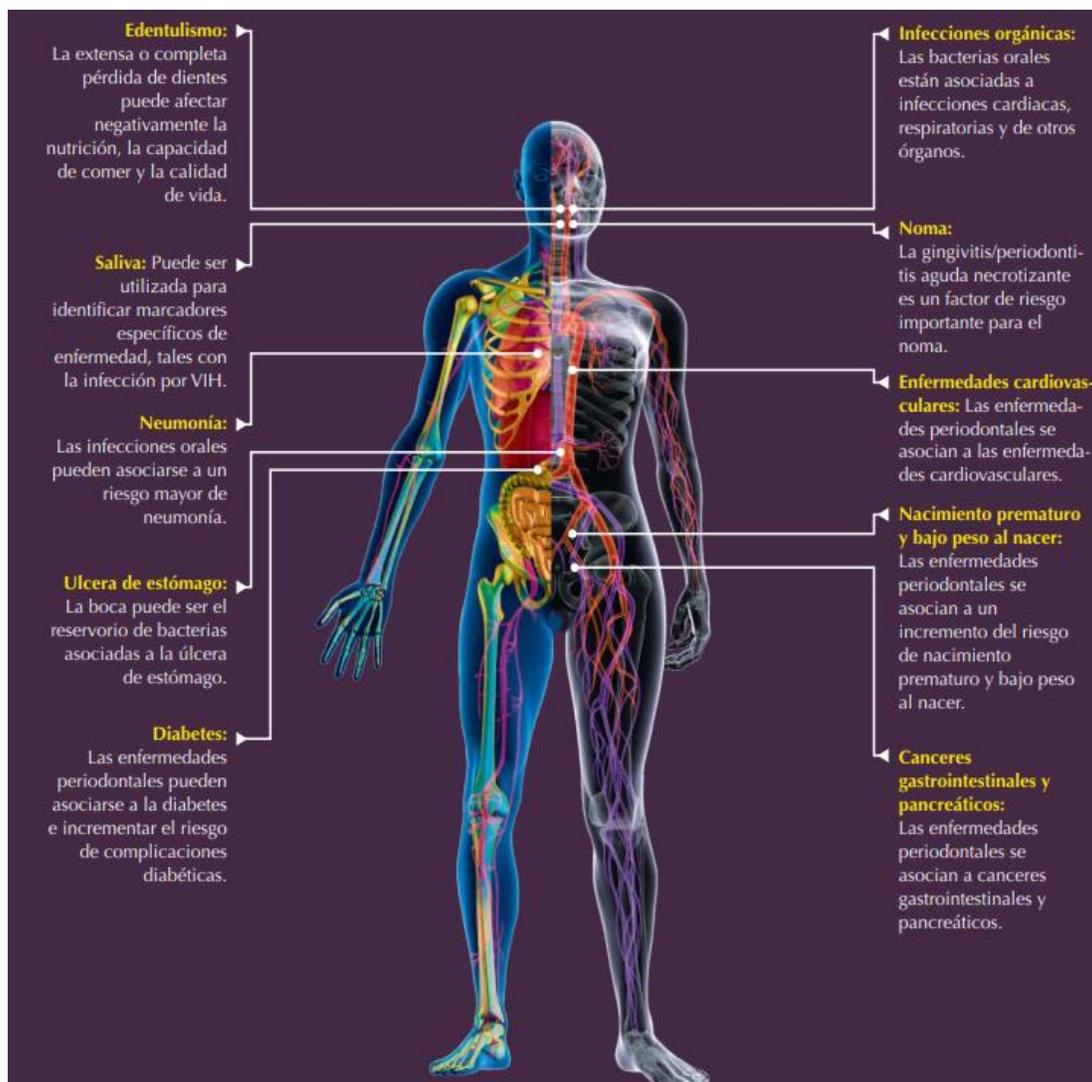
Además, hay que sumarles a estas circunstancias el hecho de que aproximadamente las dos terceras partes de las caries no tienen tratamiento en los países con ingresos que oscilan entre moderados y altos, lo cual permite inferir que en aquellos de bajos recursos la situación se acrecienta en todos los grupos etarios (Federacion Dental Mundial, 2015).

Es por ello que se ha estimado que, como para otro tipo de patologías bucodentales, la caries se encuentra asociada a los mismos determinantes sociales y a iguales condiciones de desigualdad en el contexto general de la salud" (Federacion Dental Mundial, 2015 p.16). En la Figura 1 se aprecian los factores asociados entre la salud bucodental y la afectación directa sobre la salud general.

En Colombia las patologías que negativamente inciden en la salud bucal "son múltiples sin embargo, se pueden definir principalmente la caries dental, diversas afecciones en encías, todos los tipos de traumas dentales, fluorosis e incluso anomalías congénitas como labio y/o paladares fisurados" Secretaria de salud de Medellín y Universidad de Antioquia, (2018).

Teniendo en cuenta la Clasificación única de Procedimientos en Salud - CUPS en Colombia los servicios odontológicos presentan las siguientes características:

- El 68,6% se asigna a los servicios de periodoncia, cirugía oral y maxilofacial; el 6,4% a exámenes radiológicos, el 4% a servicios quirúrgicos; el 3,8% a interconsultas; el 3,8% a servicios con ortopedista, ortodontista y otra serie de intervenciones oclusales no restauradoras; el 3,6% a servicios endodónticos; el 3,4% a la atención odontopediatría; y el 3,2% a diversas actividades de promoción de la salud oral y prevención en la misma. Secretaria de salud de Medellín y Universidad de Antioquia, (2018), p.25).

Figura 1.*Asociación entre la salud general y los problemas de salud bucodental*

Fuente: Imagen tomada de Federación Dental Mundial (2015, p.15).

Denotándose de esta forma, que el porcentaje dedicado a la promoción de la salud bucal y para la prevención del riesgo de enfermedad es realmente bajo, aspecto que confirma un informe en donde se encontró que las partidas presupuestales destinadas a este tipo de políticas estatales son menores independientemente del producto interno bruto - PIB de los países de América Latina, respecto a las sumas destinadas para tales efectos por los países industrializados (Nithilia

et al., 2014).

En la siguiente imagen se observan las variables asociadas a los costos directos públicos y privados de las enfermedades bucodentales, interpretando que las mismas reportan una connotación de asociación casi directamente proporcional con otras patologías Federación Dental Mundial (2015). Cuya atención hace recurrente que las personas asistan a los servicios odontológicos por diferentes motivos (Zelocuatecatl et al., 2019)

Figura 2.

Asociación de variables de los costos directos públicos y privados de las enfermedades bucodentales



Fuente: Imagen adaptada de Federación Dental Mundial (2015, p.57).

Lo anteriormente mencionado, si se tiene en cuenta que los casos en los que se reportan complicaciones resultan corresponder a un alto porcentaje dada la necesidad de procedimientos repetidos, aumento en los tiempos clínicos y quirúrgicos, que en resumidas cuentas representan sobrecostos generales en los tratamientos odontológicos no solo para el sistema sanitario sino también para el paciente y su familia, así éste tenga la cobertura de

salud apropiada (Brito, 2014).

De esta forma, se puede definir que adicional a otras enfermedades bucodentales diferentes a la caries, la afectación de la diabetes y las patologías cardiovasculares representan costos significativos a los sistemas de salud de los países, tanto de aquellos denominados de economías emergentes como de los países industrializados (Nithilia et al., 2014).

En la mayoría de países, dichos sobrecostos en los sistemas de salud hacen que la accesibilidad a la atención bucodental esté claramente restringida y se ha encontrado que en gran medida los costos de tratamiento recaigan directamente en el paciente, situación que hace que muchos de ellos abandonen sus programas de rehabilitación bucodental (Agudelo et al., 2014). Afectándose así negativamente su salud bucal y general.

4.2 Higiene bucal

Se trata de un concepto que enmarca el conjunto de cuidados que se deben realizar para la conservación general de la salud de las personas, englobando las piezas dentales, encías, lengua así como todo el conjunto de la cavidad bucal, no sólo para tener un buen aspecto físico y facial sino también por sus implicaciones en el organismo en general (Duangthip & Hung, 2020).

De esta forma, la higiene bucal involucra siete factores principales: cavidad oral que a simple vista se observa y huele saludablemente, dientes limpios y libres de restos de alimentos, encías rosadas, encías libres de dolor y sangrado al cepillado y/o uso de hilo dental, no existe persistencia de un mal aliento, involucra cuidados preventivos diarios. Así como, visitas regulares al odontólogo (Sales & Tomei, 2011).

En la siguiente figura se aprecia una visión de los cuidados bucodentales teniendo en cuenta variables como necesidades, costos y cuidados requeridos. Además, en la Figura 4 se

aprecia la ubicación de Colombia dentro de las cifras mundiales sobre la cobertura sanitaria bucodental universal, denotándose que en este contexto internacional el país al año 2014 no había reportado información al Banco Mundial de Datos de la Federación Dental Mundial, (2015) sobre las acciones en cuidados básicos en salud bucodental, lo cual es un mal indicativo en la garantía de las políticas nacionales en esta materia.

Figura 3.

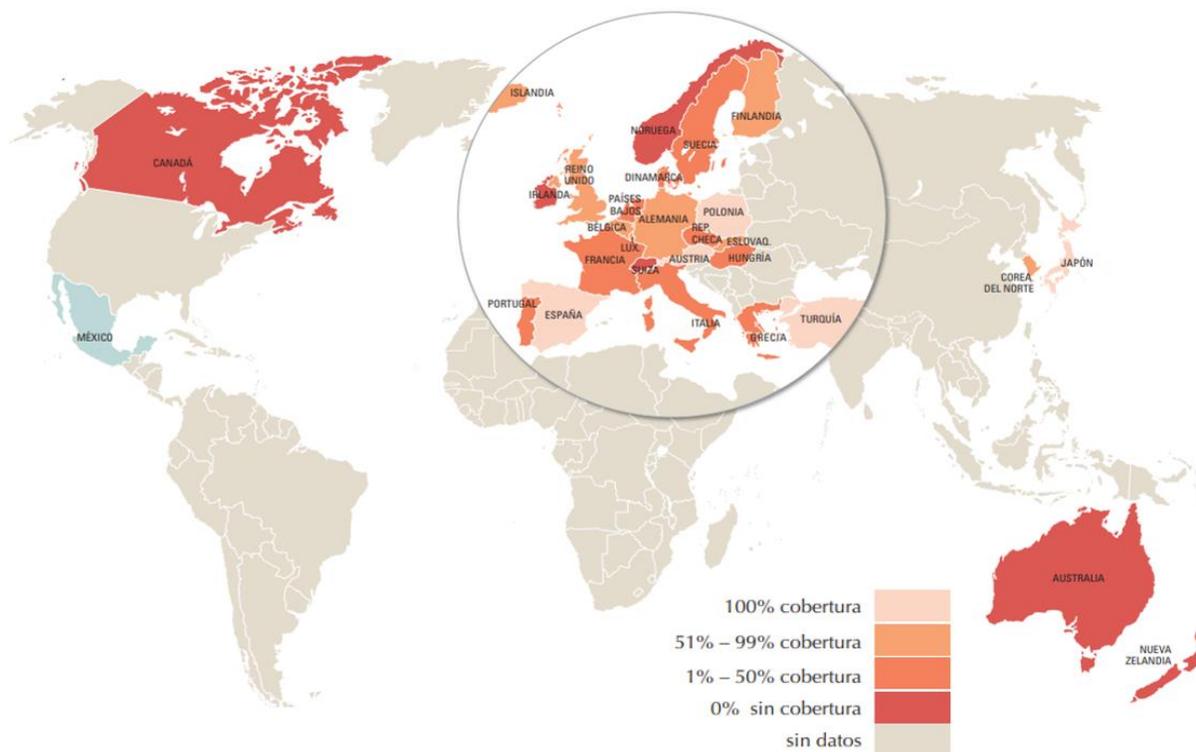
Frecuencia de necesidades Vs. Costos Vs Cantidad de cuidados bucodentales requeridos



Fuente: Imagen adaptada de Federación Dental Mundial (2015, p.65).

Figura 4.

Nivel de cobertura de los cuidados bucodentales básicos



Fuente: Imagen adaptada de Federacion Dental Mundial, (2015, p.87).

Un estudio desarrollado por Rocha (2013) determinó que "el acceso a la salud se ve menoscabado debido a la amplia existencia de barreras económicas y se han constituido en la principal limitante a la contribución de los servicios de salud bucal del país" (p.97), aspecto negativo para una adecuada higiene bucal de los colombianos.

Lo anterior, pese a que en Latinoamérica se ha encontrado que la carga de este tipo de patologías ha descendido en forma significativa desde la década de los años 80's, debido en gran medida a las intervenciones de salud pública por exigencias de la OPS que incluyeron la mezcla del flúor tanto en la sal como en el agua potable, así como la implementación de sencillas y eficaces tecnologías encaminadas a mejorar la higiene y salud bucodental

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (2013)

4.2.1 Elementos de higiene bucal y su uso

Los elementos de higiene bucal se definen como aquellas herramientas, instrumentos, equipos, técnicas, procedimientos, procesos que son utilizados en el proceso de mantener saludables y limpias las piezas dentales, encías, lengua y en general toda la boca (Duangthip & Hung, 2020), siendo los más comunes el cepillo, el hilo o seda dental, crema - pasta dental o dentífrico, flúor tópico, enjuagues orales, colutorios bucales (antiséptico bucal) preferiblemente que no contengan alcohol, principalmente en los casos de infantes (Bances & Sanz, 2017).

"Un cepillo dental de cerdas medias resulta ser el idóneo para cumplir la función de eliminar la placa dental así como los posibles restos de comida. Igualmente, se sugieren aquellos cepillos dentales diseñados con cabeza pequeña puesto que, por estas características, pueden alcanzar mejor todas las zonas de la boca del niño, aún aquellos dientes posteriores de difícil acceso sin causarles daño alguno" (Bances & Sanz, 2017).

En el caso de los usuarios infantiles se recomienda que entre los 3 hasta los 6 años, el niño debe desarrollar el hábito del cepillado; en menores de 3 años debe limpiarse correctamente la boca dos veces al día (después del desayuno y la comida nocturna) usando una gasa húmeda y limpia (Clinica Praxis Dental España, 2017).

Los padres además de las recomendaciones del odontopediatra, deben tener en cuenta aspectos como: el tamaño del cepillo debe ser ideal para la boca del niño de tal forma que alcance las áreas de más difícil acceso, la cabeza del cepillo debe ser redondeada preferiblemente recubierta de silicona, los filamentos deben ser suaves para evitar sangrado, el mango debe ser largo y grueso que permita su agarre con firmeza, los cepillos deben

cambiarse entre 3 a 4 meses de su uso y preferiblemente deben contener imágenes visualmente atractivas para que los niños se motiven a usarlos (Clinica Praxis Dental España, 2017). ver la Figura 5.

Figura 5.

Cepillo dental infantil



Fuente: Imagen tomada de Amazon (2022).

El cepillado es una actividad la cual forma parte de un hábito o rutina cotidiana de la vida, se debe realizar tras cada ingesta de comida (Bances & Sanz, 2017). Se ha estimado que realizar diariamente el cepillado es ideal, pero cuando se realiza con un promedio de duración de dos minutos, sólo se removerá la mitad de la placa lo cual permite que quede la otra mitad sin remover, haciendo que ésta se regenere rápidamente (De la Rosa et al., 1979). En niños se recomienda que la acción de cepillado debe ser ejecutada hasta los 8 años por un adulto (Asociacion Española de Pediatría, 2019). En la Figura 6 se aprecian los pasos de un correcto cepillado.

Figura 6.

Pasos de un correcto cepillado



Incline el cepillo a un ángulo de 45° contra el borde de la encía y deslice el cepillo alejándose de ese mismo borde y hacia adelante.



Cepille suavemente el exterior e interior y la superficie de masticación de cada diente con movimientos cortos hacia atrás.



Cepille suavemente la lengua para eliminar las bacterias y refrescar el aliento.

Fuente: Imagen tomada de Colgate-Palmolive Company (2022).

Por otra parte, y en lo que respecta a las cremas dentales o pastas de dientes el principal grupo lo representan aquellas con fórmulas anticaries, antiplaca, antisarro, antimanchas, para la hipersensibilidad dental, para tratar enfermedades periodontales, las fabricadas a base de hierbas, las especialmente fabricadas para población infantil porque contienen menor cantidad de abrasivos, menos flúor (Sirona, 2021). Aunque es claro que algunos tipos de pastas dentales que contienen demasiado flúor, sólo previenen la caries a partir de los 6 años (Asociación Española de Pediatría, 2019).

Adicional a la información anterior, estudios como los de (Bash et al., 2013) y de (Jaramillo et al., 2014) indican que por lo general los padres no consultan con su pediatra u odontopediatra sobre la proporción en la cantidad de pasta dental a utilizar en el proceso de la higiene bucal infantil.

Sin embargo, la cantidad de dentífrico utilizada en los niños se trata de una elección personal de sus padres y que por lo general se encuentra dictada por las campañas publicitarias y comerciales en donde los anuncios presentan cantidades excesivas en el cepillo dental, aspecto que entra en conflicto con las instrucciones y recomendaciones de los odontólogos y/o expertos de la salud infantil (Jaramillo et al., 2014).

En la siguiente imagen se aprecia una aproximación de la porción del dentífrico o de crema dental que se debe utilizar en el proceso de higiene bucal según la edad. De esta forma la dosificación por edades para usuarios pediátricos es la siguiente: niños < 3 años se inicia la limpieza con crema dental con 1000 ppm de ion flúor, niños de 3 a 6 años y dependiendo del riesgo de caries del niño puede ser con 1000 a 1450 ppm de ion flúor, en niños > 6 años la proporción de crema dental con 1450 ppm de ion flúor deberá ser correspondiente al tamaño

de un guisante (arveja) y según el nivel de riesgo de caries, donde los niveles de concentración de ion flúor del dentífrico sería de hasta 5000 ppm (única y exclusivamente por indicación del odontopediatra) y siempre se debe procurar que los niños utilicen la pasta dental específica para infantes (Asociación Española de Pediatría, 2019).

Figura 7.

Cantidad aproximada de crema dental por rango de edad



Fuente: Imagen adaptada de Heranz (2016) y de Centro Odontológico EvoDent México (2019).

Dentro de este grupo de materiales también se cuenta con el flúor tópico que es aquel que se coloca sobre el cepillo junto con la pasta de diente o se pone directamente sobre los dientes, también se suelen realizar abordajes clínicos con diversos geles o barnices de flúor en los cuales se ha demostrado que la aplicación directa sobre el diente para alcanzar un efecto local del flúor o flúor tópico, es el procedimiento que realmente previene las caries, aunque en usuario pediátrico debe estar bajo estricta vigilancia del odontopediatra (Asociación Española de Pediatría, 2019).

Otro elemento que forma parte de la higiene bucal es el hilo dental que por lo general

son un conjunto de monofilamentos recubiertos de nylon, plástico o silicona que ayudan a retirar restos de comida y/o suciedad que se depositan entre dientes y encías, contribuyendo así a la eliminación del mal aliento, previniendo placa, caries, enfermedades e infecciones (Bances & Sanz, 2017).

En general se conocen siete tipos de sedas dentales: hilo dental sin cera de nylon fino de 35 filamentos, hilo dental con cera de nylon estándar, cinta o hiladillo dental más ancho, plano y disponible comercialmente con o sin cera, hilo dental de politetrafluoroetileno (PTFE) fabricado en el mismo material del tejido Gore-Tex avanzado, hilo dental Superfloss de material con textura parecida a la lana (especial para usuarios con ortodoncia, puentes fijos, prótesis, implantes, coronas), hilo dental saborizado especial para niños, hilo dental eléctrico con cabezal inclinado para facilitar el acceso a los molares recomendado en usuario pediátrico (Procter & Gamble, 2022). Se recomienda su uso a partir de los 6 años (Asociación Española de Pediatría, 2019).

En cuanto a su rigidez, los hilos o sedas dentales pueden ser: rígidos con menor tendencia a la ruptura (no recomendado en usuarios pediátricos ni en caso de problemas de artritis o de Parkinson porque en ellos la motricidad fina se encuentra comprometida) y suaves que son los más comunes (Marcos, 2019). En la Figura 8 se aprecian el correcto uso de la seda o hilo dental.

Figura 8.

Pasos del correcto uso de la seda o hilo dental



Utilice unos 45 cm (18") de hilo dental, dejando 3 ó 5 cm (1 ó 2") para trabajar.



Siga suavemente las curvas de sus dientes.



Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma.

Fuente: Imagen tomada de Colgate-Palmolive Company, (2022).

Por otro lado, los enjuagues y colutorios bucales se tiene que alguna firmas comercializadoras no hacen una distinción entre estos dos productos. Sin embargo, los colutorios tienen una presentación medicada más acuosa viscosa que los enjuagues, y dadas estas características antisépticas generalmente se aplican sobre la mucosa para el control de placa y gingivitis con pinceles o espátulas incorporadas en el tapón del producto (Pacho, 2015).

En los niños, el enjuague bucal potencia los efectos cuando se utiliza una vez al día, el hilo dental y del cepillado se realiza dos veces al día, contribuyendo así a que se mantenga el aliento fresco (Colgate-Palmolive Company, 2022).

Los enjuagues bucales fabricados a base de fluoruro brindan igualmente una dosis de protección adicional para los niños de más de seis años en sus cavidades. Cuando el niño utiliza un aparato de ortodoncia u ortopedia, el uso de un enjuague bucal contribuye a remover los restos de comida que se pudieran queda atascados en los frenillos, brindando de esta forma una mejor limpieza cada vez que el aparato se retira. El enjuague bucal contribuye igualmente, a aquellos niños que aún no dominan completamente el cepillado y tampoco el uso de la seda

dental, dado que les facilita llegar a lugares de acceso difícil (Colgate-Palmolive Company, (2022, p.2).

4.2.2 Promoción de la salud bucal y prevención de riesgo de caries

Según la (OMS, 2021) la promoción de la salud se ha definido como aquel número de pasos que permiten a los seres humanos lograr desarrollar un control sobre su salud y la prevención del riesgo, según (Dohme, 2021). Se define como todas aquellas gestiones que se realizan en pro de minimizar, erradicar y/o eliminar por completo todo impacto de la enfermedad y sobre la discapacidad.

Ambos conceptos abordan una serie de estrategias con enfoque integral multidisciplinar encaminadas a elevar los niveles de la salud dental de los niños donde se deben involucrar diversos actores que incluyen acciones desde las directrices estatales y locales encaminadas a fomentar la atención sanitaria a las familias, las recomendaciones y sugerencias a la industria de alimentos y bebidas en sus etiquetas, los cambios de paradigmas socioculturales entre otros en donde la sociedad en general tiene un papel importante que desempeñar (Seguros Centauros México., 2017).

Por ello, resultan esenciales tanto "la motivación como la instrucción del paciente para corregir y optimizar su higiene oral, junto con la limpieza dental o profilaxis, para de esta forma alcanzar los mejores resultados a largo plazo" (Kürschner, 2011). Lo cual debe ser una misión generalizada del personal de salud y no solo del pediatra, odontopediatra, higienista dental entre otros (González, et al., 2015).

De hecho, la relevancia de la promoción y la prevención del riesgo en la salud dental radica en el hecho de que la Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (2013) ha establecido que las diversas patologías bucodentales se encuentran

estrechamente asociadas a factores de riesgo de cuatro importantes enfermedades crónicas que incluyen las anormalidades cardiovasculares, algunos tipos de cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y otras como la diabetes mellitus, viéndose éstas favorecidas por variables como dietas poco o nada saludables, consumo de tabaco y el consumo de alcohol, junto con una deficiente higiene bucodental " (p. 1).

El contar con más profesionales en salud bucodental así como con programas enfocados en la prevención de la caries y la promoción de la higiene dental a mediano y largo plazo, se convierten en una garantía de que los abordajes en odontología propendan por un futuro mejor, donde las generaciones de niños y niñas aprendan la necesidad de fortalecer sus hábitos mediante la prevención y buscando que "los indicadores de salud se tornen positivos y se estimule la prevención de las enfermedades desde su primer nivel" (Secretaria de salud de Medellín, 2017) p.3) .Y desde etapas tempranas de la vida de las personas.

4.3 La caries dental

La caries dental se enmarca en un proceso de desmineralización del tejido dental, que se da como producto de una inestabilidad entre el diente y la biopelícula. En el momento que el pH de la cavidad oral desciende, la enfermedad se observa clínicamente, reportada como una lesión de mancha blanca (Castellanos et al., 2013).

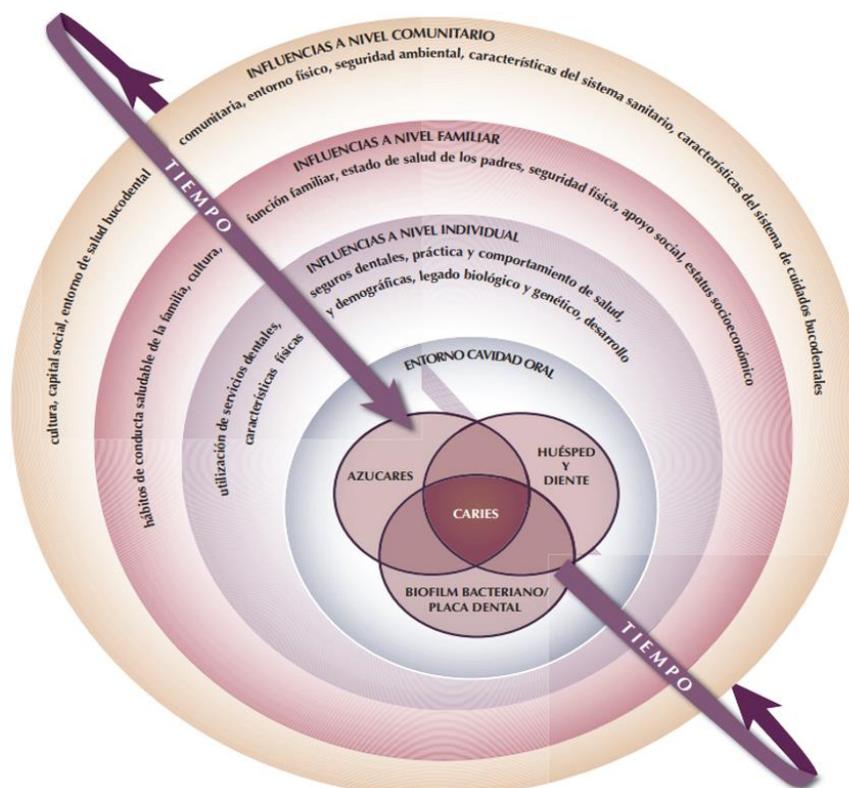
"La composición microbiológica de la placa dental es diversa dado que en la mayoría de los ecosistemas se presenta relación directamente proporcional entre factores como el entorno y la diversidad donde abundan especies microbianas que están presentes en la cavidad oral" (Corchuelo, 2011). Además de "la presencia de otros factores de la ecología bucal los cuales por lo general favorecen el desarrollo de la caries" (Duque et al., 2006).

En este sentido se ha considerado que se trata de una "enfermedad infecciosa originada

por la propia flora normal de la cavidad bucal" (Dutra et al.,1997). Es así como los microorganismos que mayormente se encuentran relacionados con el inicio y progreso de la caries, y que se pueden llegar a aislar a partir de placa dental tanto a nivel supra, subgingival y en saliva, incluyen: *Actinomyces Sp.*, *Streptococos* del grupo *mutans* y *Lactobacillus Sp* (Duque et al., 2006).

La caries dental es una enfermedad del orden multifactorial, dinámica, que no se transmite, mediada por biopelícula, modulada por los hábitos alimenticios y que produce una pérdida importante de minerales de todos los tejidos duros dentales (Fejerskov, 1997); (Pitts et al., 2017).

Además, se ha encontrado que el nivel de frecuencia de la ingesta que se realiza entre comidas de alimentos denominados cariogénicos, "tienen una marcada correlación con un alto riesgo de caries, dado que químicamente beneficia una serie de cambios en el nivel del pH y prolonga el periodo de aclaramiento oral, situación que a su vez aumenta considerablemente toda probabilidad de desmineralización del esmalte dental [...] y se aumenta o disminuye dicha probabilidad, dependiendo de la solubilidad del azúcar aportado por los alimentos" (Gonzales, et al., 2013).

Figura 9.*Aspectos multifactoriales asociados a la caries dental*

Fuente: Imagen tomada de Federacion Dental Mundial, (2015, p.19).

En la anterior imagen se puede apreciar los aspectos multifactoriales de la caries dental, donde dichos factores presentan una relación ampliamente dinámica en donde se ha demostrado que una mínima transformación en los factores ambientales contribuye a alterar la competitividad entre las condiciones individuales a favor o en contra de la salud bucal (Corchuelo, 2011). En la Figura 10 se describen los determinantes más relevantes y que inciden en la salud bucodental teniendo en cuenta factores generales y cotidianos de la vida humana a nivel socioeconómico, cultural y medioambiental.

Figura 10.

Aspectos determinantes de la salud bucodental



Fuente: Imagen tomada de Federacion Dental Mundial, (2015, p.19).

4.4 Índice COP

El índice COP - Índice de Caries Dental se refiere al promedio o cociente de piezas dentales que en una persona presentan características específicas como caries avanzada, obturaciones y pérdida de piezas por caries (Ramirez et al., 2017).

Con este tipo de estimaciones además se han podido determinar aspectos relacionados con la carga de la enfermedad dental crónica en todo el mundo (Warren et al., 2016). Pudiéndose así obtener cifras sobre la enfermedad dental las cuales han brindado información que han facilitado el desarrollo de políticas, estrategias, directrices y planes en salud bucodental (Organización Panamericana de la Salud Y Organización Mundial de la Salud, 2021).

Dentro de dichas estimaciones se tiene el índice COP, el cual fue propuesto por (Klein,

et al., 1938), durante el estudio que desarrollaron sobre el estado dental y la relevancia del abordaje en niños que asistían a escuelas de primaria en Hagerstown, estado de Maryland en los Estados Unidos. Luego se fue modificando con el paso de tiempo hasta llegar al concepto actual que involucra variables como diente cariado, diente obturado, diente perdido por caries, extracción indicada (destrucción de amplia zona o total de la corona) y diente sano (Maccha & Montenegro, 2017).

El índice COP busca señalar la experiencia de caries tanto al momento del examen como anterior a éste, pues tiene en consideración los dientes con lesiones de caries (cavitacional) y aquellos con abordajes realizados previamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El COP-D es una expresión que representa el índice de cariados, obturados y perdidos por pieza dental en cada individuo, se obtiene de sumar la cantidad de dientes permanentes cariados o aquellos con lesiones cavitacionales, más las piezas perdidas con caries y los dientes obturados por caries, donde se tienen en cuenta las piezas que puedan tener indicación como candidatos para ser extraídos debido a caries (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Igualmente, se tiene el sistema ICDAS - International Caries Detection and Assessment System el cual es una nueva metodología internacional para la detección y diagnóstico de caries, se desarrolló en el año 2005 en Baltimore (Estado de Maryland, Estados Unidos), es comúnmente utilizado en el examen clínico, la investigación y el desarrollo de estrategias de salud pública (ICDAS Foundation, 2014).

Su objetivo fue presentar y poner a disposición una herramienta de carácter visual para la localización de caries en cuanto fuera posible en fase temprana, y que revelara la gravedad

y nivel de actividad; para este diagnóstico se tienen en cuenta dos códigos: el primero es el tratamiento restaurador del diente y el segundo hace referencia a la caries presente o no en el diente (ICDAS Foundation, 2014).

4.5 Índice de O'Leary

Este índice comúnmente es usado para evaluar la superficie lisa de los dientes y cuando se utiliza doble tono (rosa: placa bacteriana del día < 24 horas y azul: placa bacteriana madura) permite observar el porcentaje de las superficies lisas teñidas, el cual se obtiene multiplicando la cantidad de superficies teñidas por 100 y dividiendo este resultado por el total de superficies presentes (Ramos & Ramirez, 2017).

Los parámetros y criterios a tener en cuenta en la valoración son: Aceptable < 20%, cuestionable 20.1% a 30%, deficiente > 30.1% (O'Leary, et al., 1972).

Investigaciones como las de (Maccha & Montenegro, 2017), (Taobada & Rodriguez, 2018) (Taboada et al., 2018) y de (Chaple & Gispert, 2019). Señalan que la higiene bucal se debe considerar buena cuando el resultado del índice es igual o inferior al 20%, y en este caso la persona no está sometida a riesgo de padecer caries dental, y valores superiores configuran una señal de alarma para controlar la placa.

Se trata de un registro de control de placa que se desarrolló buscando ofrecer a odontólogos, higienistas o promotores de la salud oral, una técnica simple en la cual se usa una solución que permite evidenciar la presencia de detritus para detectar la presencia de placa sobre las superficies exploradas de los dientes (O'Leary et al., 1972).

De acuerdo a (Maccha & Montenegro, 2017) y (Corchuelo, 2011). Este índice es uno de los más efectivos en cuanto a la fidelidad de registros en la evaluación de la higiene bucal; se han encontrado correlaciones altas en variables como el estándar común y los índices de

O'leary, situación que parece estar influenciada por el número de superficies que se examinan (Corchuelo, 2011).

4.6 El concepto de conocimientos en salud

La Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2010). también la definen como alfabetización sanitaria y comprende todas aquellas acciones de enseñanza y aprendizaje encaminadas a lograr entender de forma correcta la información de salud, y así dar una determinación acertada sobre el tema y sobre la atención médica, buscando eliminar diversas barreras de acceso por tratarse de un derecho fundamental de las personas.

Por ello, involucra diversos mecanismos de gestión de sistemas interoperables con base en datos, cifras, estadísticas e información estratégicos en beneficio de la salud pública, a partir de cinco pilares fundamentales tales como: aspecto físico, aspecto mental, aspecto emocional, condiciones sociales y condiciones espirituales.

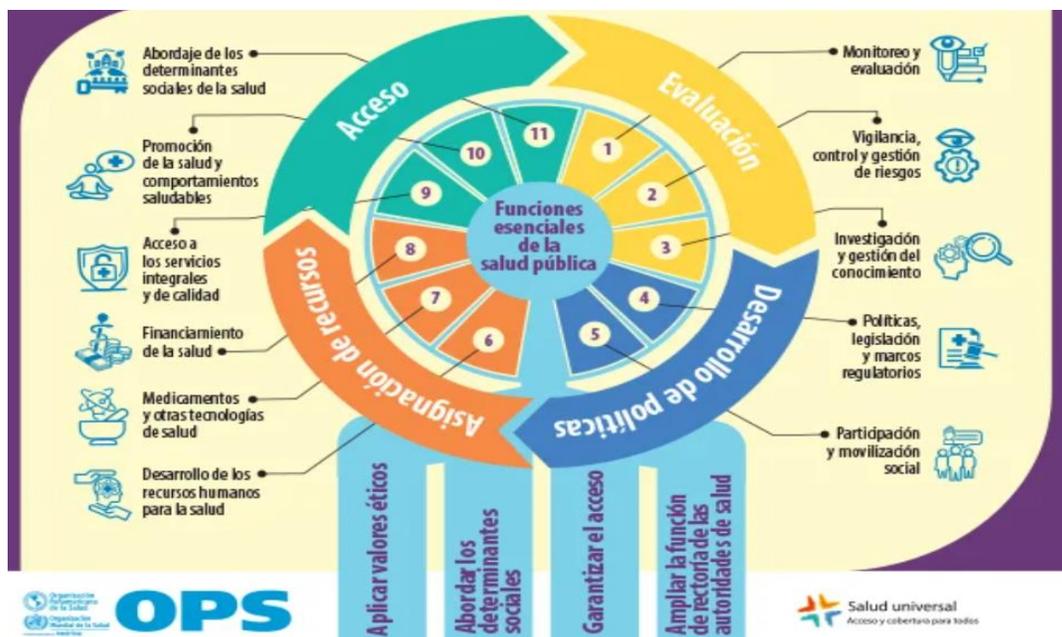
La divulgación de los conocimientos en salud debe incorporar políticas públicas en todo el contexto de los sistemas de salud de los países en lo que se destacan cuatro principios: accesibilidad, evaluación, desarrollo de políticas públicas y asignación de recursos y propuestas para la promoción de la salud y prevención de los riesgos, a lo que se denomina alfabetización sanitaria, que para la región de las Américas busca impactar positivamente sobre los factores de mala salud (Organización Panamericana de la Salud Y Organización Mundial de la Salud, 2021).

En la Figura 11 se aprecian todos los aspectos determinantes de la alfabetización en salud en el marco del programa conociendo la salud y el bienestar - salud universal de la (Organización Panamericana de la Salud Y Organización Mundial de la Salud, 2021). Todo

ello con el fin de que las personas aboguen y luchen por sus derechos desde la perspectiva del conocimiento sobre la salud.

Figura 11.

Funciones esenciales de la alfabetización en salud



Fuente: Imagen tomada de Organización Panamericana de la Salud Y Organización Mundial de la Salud, (2021, p.7).

4.7 Junín Cundinamarca

Junín, es un municipio colombiano ubicado al suroriente del departamento de Cundinamarca, sobre la cordillera oriental, con una población de 9.900 habitantes, temperatura media de 17° y a una distancia de 92 kilómetros de la ciudad de Bogotá. Forma parte de los ocho municipios que conforman la región del Guavio. Según datos suministrados por el DANE, el área municipal es de 34.022 hectáreas distribuidas en el área urbana y rural, comprendiendo, además, el territorio de las inspecciones de Sueva, Claraval y Chuscales. Junín limita por el Norte con Gachetá; por el Sur con Choachí y Fómeque; por el Oriente con Gama y Gachalá y por el Occidente con Guatavita. (Municipios de Colombia, 2021).

Sus terrenos cuentan con una inmensa variedad de relieve en el que se destacan fuertes pendientes y zonas con condiciones apropiadas para la conservación de bosques, de lo cual depende directamente el recurso hídrico que con gran riqueza ostenta el municipio, además estos terrenos son aptos para la producción agrícola y ganadera. (Municipios de Colombia, 2021).

El municipio de Junín es considerado como uno de los municipios que posee ecosistemas proveedores de agua y con un alta y desconocida biodiversidad, ubicada en las subregiones de vertiente, paramos y páramo, en donde se realizan las principales actividades económicas destacándose la explotación agropecuaria y la explotación del recurso hídrico, hecho que afecta en alto grado el ecosistema. Es importante destacar que en la flora y fauna del municipio se está notando la disminución de sus especies debido al cambio constante de los ecosistemas y a la mano destructora del hombre. Dentro de la flora es fácil encontrar plantas y árboles nativos como el roble, el guayabo, sauces, bambú, guadua, caña brava, variedad de helechos y de orquídeas que dan majestuosidad a nuestros campos. La fauna comprende aves, mamíferos, reptiles, anfibios y peces (Rodríguez, 2006).

Las actividades económicas a las cuales tienen acceso los habitantes del municipio se relacionan principalmente con la agricultura, la ganadería y la producción agropecuaria que se encuentra ligada con una extensión de tierra minifundista, lo cual genera una producción que no revela la calidad de mercadeo o comercialización. Entre los cultivos más comunes se tiene el maíz, base principal de la alimentación familiar el cual se emplea en la preparación de platos autóctonos como arepa, amasijos, tamales, envueltos, sopas, mote, masato, entre otros; las verduras, la papa, la caña de azúcar, el café, la yuca, frutales como el tomate de árbol, lulo, mora, banano, granadilla, y actualmente se está incrementando la venta de plantas ornamentales en la creación de viveros (Municipios de Colombia, 2021).

El municipio de Junín Cundinamarca, está conformado por 9 veredas: San Antonio, San Rafael, San Roque, San Pedro, San Francisco, Santa Bárbara, El Valle de Jesús, el Centro y el sector de Hoya Grande; además cuenta con tres inspecciones Claraval, Chuscales y Sueva.

La educación en el municipio, está liderada por la Institución Educativa Departamental Escuela Normal Superior de Junín, entidad de carácter oficial, formadora de maestros de Preescolar y Básica Primaria, basada en los valores de autonomía, responsabilidad, trascendencia, participación, respeto y empatía. Comprometida con el cuidado del ambiente, la inclusión, la innovación y la investigación. Su Proyecto Educativo Institucional P.E.I. se denomina “*Formamos ciudadanos y educadores transformadores de la comunidad y servidores de la sociedad*” (Manual de convivencia, sistema institucional de evaluación de estudiantes, 2015).

La institución educativa se preocupa por presentar parámetros de calidad educativa, bajo los criterios que exigen la Investigación Educativa con Proyectos Pedagógicos Investigativos, Proyectos Pedagógicos de Aula, llevando acompañamiento metodológico conjunto a los procesos, fomentando la cultura de la lectoescritura y por la situación contextual se ha tratado de hacer énfasis en el desarrollo del PRAES. (Proyecto Ambiental Escolar).

Cuenta con una Sede Principal, una Sede Urbana y nueve Rurales, donde se imparte educación de Preescolar y Básica Primaria.

- Sede Principal I.E.D. Escuela Normal Superior de Junín: Básica Secundaria, Media Vocacional, Programa de Formación Complementaria y Programa SAT.
- Sede Educativa Urbana Nuestra Señora del Rosario
- Sede Educativa Rural Alemania.
- Sede Educativa Rural Buenavista
- Sede Educativa Rural El Mortiño

- Sede Educativa Rural El Palmar
- Sede Educativa Rural Pablo VI
- Sede Educativa Rural San Pedro
- Sede Educativa Rural San Rafael Alto
- Sede Educativa Rural San Rafael Centro
- Sede Educativa Rural San Roque

4.8 Antecedentes

De dicha búsqueda se encontró a nivel de estudios internacionales un artículo de (Sorenson et., 2015), el cual tuvo como objetivo evaluar el cambio en el conocimiento de 90 cuidadores, los cuales fueron seleccionados de dos clínicas de la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Nevada (Las Vegas), luego de una presentación de salud bucal individual de ocho minutos con imágenes visuales e instrucción práctica sobre higiene bucal.

Para tales efectos se usaron tres encuestas idénticas para rastrear cualquier cambio en el conocimiento del cuidador: línea de base en el momento uno (T1), inmediatamente después de la presentación en el momento dos (T2) y una evaluación de retención en una visita de seguimiento de uno a cuatro meses en el momento tres. (T3). Dentro de los resultados se encontró que las puntuaciones correctas medias, de 29 posibles, para cada período de prueba fueron: T1($x=17,92$, $SD=4,15$), T2($x=25,06$, $SD=3,63$) y T3($x=23,69$, $SD=3,51$) por lo que se pudo identificar que los cambios en las puntuaciones fueron estadísticamente significativos ($p<0,01$). Se concluyó que la instrucción de higiene oral individual aumentó el conocimiento de salud oral del cuidador. Se necesita apoyo adicional de la comunidad de atención médica para educar a los cuidadores, aumentar el conocimiento y cambiar los comportamientos que mejorarán los resultados de salud bucal en los niños.

Otro documento encontrado fue el de Cupe & Garcia (2015), el cual diseñó y evaluó un instrumento tipo encuesta con un cuestionario estructurado de 20 ítems que relacionaron prevención, caries dental, dieta e higiene, buscando medir los verdaderos alcances en los conocimientos sobre salud bucal en un grupo de 312 madres y padres de niños que regularmente acuden a instituciones educativas del índole inicial en zonas urbanas marginales de Lima (Perú), aplicando un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. Los resultados indicaron que las 20 preguntas planteadas reportaron una validez de contenido del 0.95, una reproducibilidad del 0.89, una validez de constructo menor de 0.36. Por lo tanto, se denota que el instrumento permitió obtener los resultados necesarios para medir los conocimientos sobre salud bucal en relación a las variables de estudio. Este estudio permitió comprobar que estadísticamente se presentó una asociación altamente significativa en relación a las variables relacionadas con el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel de instrucción de los padres, lo cual permitió evidenciar que a medida que se tenía un nivel académico mayor, era evidente un mejor nivel de conocimiento sobre la temática evaluada.

Saliba et al., (2015). Desarrollaron un estudio cuyo objetivo era evaluar las actitudes de un grupo de 147 padres de escolares de las escuelas primarias de la ciudad de Araçatuba (Brasil) sobre la salud bucal de sus hijos y determinar la prevalencia de caries dental. Se aplicó un estudio analítico transversal utilizando instrumento formal validado por expertos para recolectar datos, donde realizaron un examen clínico oral para determinar los dientes cariados, perdidos y obturados (DMFT) y el Índice de Salud Oral-Simplificado (IOH-S). Se halló que la salud bucal de los niños en general fue altamente bueno; la media de DMFT fue de 0,68 (DS=1,70). La mayor parte de los niños presentó un índice medio de higiene bucal

(IOHS=1,51, DS=0,48). Muchos de padres no usaban hilo dental en los dientes de sus hijos; los niños alimentados con biberón no se cepillaron después de comer. Además, el consumo de azúcar se asoció con la presencia de placa dental en los niños ($p=0,05$). Sin embargo, en la mayoría de los casos, el cepillado dental fue realizado por los padres y se asoció con un buen índice de DMFT en los niños ($p=0,04$). Se concluyó que a pesar de que el estado de salud bucal de los niños fue bueno, fue claro que en general las actitudes de los padres no fueron asertivas en relación con la salud bucal de sus hijos.

González et al., (2015), desarrollaron un estudio con el objetivo de valorar si los pediatras proporcionan información a los padres sobre salud oral infantil y visitas al odontopediatra, Se aplicó una encuesta a 113 pediatras y 112 padres de niños andaluces menores de 3 años evaluando las siguientes categorías: visitas al odontólogo, tratamiento de caries, higiene oral y hábitos nutricionales. Aplicaron un estudio descriptivo, observacional de alcance mixto (cualitativo- cuantitativo). Los resultados demostraron que los pediatras reportaron un escaso nivel de conocimientos con respecto a las visitas de sus pacientes al odontólogo y no tenían ningún tipo de conocimiento sobre el tratamiento de las caries, esto pese a que su nivel de conocimientos sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales era adecuado. Se destaca que el grupo de padres tenía bajos conocimientos en todos los aspectos valorados en el estudio, particularmente en lo que respecta al tratamiento de las caries de sus hijos. Se encontró la no existencia de diferencias significativas cuando se comparó el conocimiento entre los pediatras y los padres sobre las visitas al dentista. Sin embargo, los pediatras reportan un mayor conocimiento sobre higiene, caries, hábitos nutricionales y tratamiento ($p < 0,001$). En general la mayoría de los padres reportaron en común que los profesionales en pediatría no les informaban detalladamente sobre los cuidados orales a tener

en cuenta en casa ni sobre la posibilidad de poder realizar consulta con el odontopediatra.

Narváez & Tello (2017), publicaron un artículo buscando determinar la correlación existente entre el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y el uso de técnicas educativas relacionadas con la presencia de biofilm y caries dental en un grupo de 45 niños quiteños de 1 a 3 años. Aplicaron una metodología de tipo observacional analítica, así como longitudinal prospectiva aplicando un cuestionario escrito validado con 12 preguntas sobre conocimientos sobre salud dental creado en el 2010 por Ludke, Kudel, Weber denominado Dental Health Literacy Assessment Instrument: Cincinnati Uo. Según los hallazgos encontrados, la tasa de respuesta positiva correspondió al 90% y los valores para caries dental de Kappa obtenidos fueron $>0,8$. De este modo, en los niños se evidenció una prevalencia de caries del 26,7%, el Índice CEO-D medio reportó un 1.18, el IHO-S medio determinó un 1.86; además, los padres de familia promediaron un 7.53 en la prueba de conocimientos.

Se encontró que el nivel de educación para la salud bucal ayuda ostensiblemente a elevar el nivel de conocimientos de los padres y esta circunstancia permite reducir el biofilm en sus hijos de forma independiente respecto de la técnica o metodología utilizada.

Spencer et al., (2018), investigadores pertenecientes del equipo del *GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators*, publicaron un estudio donde se dio continuidad a las incidencias, prevalencias y el análisis de la carga que se puede atribuir a los factores de riesgo para el caso de un total de 354 diversas patologías y/o lesiones, así como de 3484 secuelas respecto a los años vividos en condición de discapacidad por su causa.

Se utilizó un sistema de revisión retrospectivo de datos clínicos aplicando la herramienta de metarregresión bayesiana DisMod-MR 2.1 donde se analizó un cuerpo actualizado y extenso de estudios así como de datos de encuestas, datos de vigilancia,

registros de admisión de pacientes hospitalizados, registros de visitas de pacientes ambulatorios y reclamos de seguros de salud en un total de 68.781 fuentes de registros clínicos disponibles de Estados Unidos, India, Irán, Japón, Jordania, Nepal, China, Brasil, Noruega, Italia, Taiwán (provincia de China) y Singapur. Adicionalmente, se actualizó las tendencias divergentes respecto a los trastornos orales a nivel mundial entre sexos los cuales se reportaron en un 91.5%, de los cuales el 15.3% se determinó respecto a antecedentes familiares de enfermedad oral junto con una asociación directa con los hábitos de higiene oral adquiridos desde la niñez.

En este sentido los hallazgos determinaron la necesidad de aumentar el nivel de detalle de la estimación estadística sobre la calidad de vida y hábitos de higiene oral de los participantes, incluyendo dentro de dicho grupo de patologías los denominados trastornos bucodentales. Se incluye este estudio dado que, pese a no contar con estimaciones en infantes, sí se encuentra relevante el hecho de que las enfermedades orales se reporten en una alta cifra y que en su asociación se incluye la variable de la incidencia de los inadecuados hábitos de higiene bucodental que se adquieren en la niñez y que según estos hallazgos, confirman su persistencia en la edad adulta, coincidiendo con lo reportado en el estudio de (Gonzalez et al., 2016), desarrollado en España.

Hamasha et al., (2019), publicaron un artículo buscando identificar el nivel de conocimientos y de percepción de un grupo de 324 padres de familia saudíes sobre la salud bucal de sus hijos, contactados directamente en parques públicos y centros comerciales, mediante un estudio analítico transversal. La información de los padres se recopiló un cuestionario autoadministrado que incluyó una serie de preguntas demográficas, el grado de conocimiento de los padres sobre la cantidad de dientes primarios, el cepillado dental, el

mejor momento para las visitas al dentista, el significado de la placa y el cálculo, la importancia del flúor, la relación entre los dientes primarios y permanentes, el efecto de la higiene oral y conceptos sobre la salud general. Se encontró a nivel general de las preguntas del cuestionario autoadministrado que los porcentajes de aciertos se ubicaron entre el 26% y el 75% de acuerdo al contexto de las preguntas. Solo el 27% pudo identificar el número de dientes primarios y la duración del cepillado de los dientes. Un 34% de los padres conocía la hora de la primera visita al dentista y la definición de placa y cálculo. Entre el 69% de los padres cree que los dientes primarios pueden afectar a los dientes permanentes y que los problemas bucales pueden afectar la salud en general. En promedio, se destacó que el 59,2% de los encuestados dan respuestas incorrectas sobre la salud bucal de sus hijos.

En este estudio se halló una relación directamente proporcional entre las variables relacionadas con el nivel de educación y los ingresos de los padres ($p < 0.05$), dado que número de respuestas correctas presentó un aumento considerable, por lo que se encontró una asociación estadísticamente significativa. Como conclusiones generales se determinó que tanto el conocimiento, así como el nivel de conciencia de los padres sobre la salud bucodental entre los padres saudíes eran deficientes. Por lo tanto, se hace necesario prestar especial atención a los padres con un nivel socioeconómico bajo dado que deben recibir mayor información sobre la salud bucal de sus hijos.

Se encontró un artículo publicado por Cayo et al., (2019), el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la enfermedad caries dental y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia con un grupo de 123 niños y niñas limeños de 36 a 71 meses de edad, mediante un estudio descriptivo, transversal, observacional y correlacional (cruce de variables). Pese a que este estudio solo tuvo en cuenta los hallazgos de la variable

relacionada con el Índice CEO-D y por ende no se relaciona directamente con el índice COP (que es la variable del presente proyecto de grado) se tiene en cuenta sus resultados porque analiza los conocimientos que los padres de familia reportan respecto a la salud bucal de sus hijos. Se diseñó un cuestionario para los padres de familia que fue debidamente validado por un grupo de expertos donde además se tuvo en cuenta una evaluación clínica. Se determinó una prevalencia de caries dental del 89.43 % para la población ($X=4.03$, $DE=2.820$) lo cual definió una calificación de Nivel Moderado de severidad, donde se encontró que los niños de 60 a 71 meses fue el grupo que reportó un mayor Índice CEO-D ($X=4.18$, $DE=3.16$) en relación a demás grupos etarios evaluados.

Los resultados del cuestionario indicaron que los padres de familia evidenciaron un grado o nivel de conocimientos en salud bucal calificado como regular, destacándose que todos los padres con un nivel de educación superior completa (universitaria) reportaron un nivel más alto de conocimientos alcanzando una calificación de bueno.

La correlación de las variables sobre la caries dental y el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia fue $p<0,001$ (indicando que sí existe una relación directa entre ellas) y un $\rho=-0,906$ para el Índice CEO-D (indicando igualmente que existe relación directa). Los autores de este artículo recomiendan que es esencial que a los padres se les facilite la capacitación necesaria en conocimientos básicos en salud bucal a fin de que dicha instrucción se pueda ver reflejada en la salud bucal de sus hijos.

Estrada (2019), realizó un trabajo de grado con el objetivo de identificar si estas dos variables, en especial la prevalencia de caries dental, puede afectar la vida de un grupo de 61 prescolares y de sus padres o cuidadores peruanos mediante una investigación analítica de corte transversal y prospectiva aplicando la encuesta ECOHIS (Early Childhood Oral Health

Impact Scale) y realizando los respectivos exámenes bucales. Los resultados indicaron que hay una asociación directamente proporcional entre la caries dental y aspectos relacionados con la percepción de los padres/cuidadores sobre la calidad de vida en relación general a la salud bucal de sus preescolares ($p = 0.0001$). Igualmente se encontró asociación entre el nivel educativo del cuidador ($p = 0.034$) y el tipo de seguridad en salud que el menor reporta ($p = 0.012$). De esta forma pudieron definir que la caries dental en este grupo de escolares estuvo relacionada con un mayor impacto negativo en su calidad de vida.

Alvarado et al., (2019), publicaron un artículo con el objetivo de medir el efecto de los comportamientos en cuanto a salud oral de los padres en el niño y su nivel de relación con la comunicación mutua en un grupo de 377 familias peruanas, de los cuales se tuvo en cuenta 297 padres encuestados (padres e hijos) mediante un estudio descriptivo transversal. Se encontró que la valoración de los menores se presentó ampliamente influenciada por la comunicación que se realizó en forma mutua y abierta con sus padres.

Por ende, se pudo definir que las consecuencias derivadas de la comunicación en la valoración del niño fueron altamente significativas encontrándose un poder del efecto del 7.3%. Además, los hallazgos definieron que un incremento en los lazos de comunicación asertiva entre todos los miembros de la familia sí logró una influencia proactiva en la comprensión que los niños tuvieron sobre su salud bucal. Además, de no encontrarse influenciada y/o limitada solamente por el comportamiento y acciones de higiene de los padres hacia su salud bucal.

Sin embargo, se encontró la necesidad de que los profesionales dentales se acerquen aún más a los padres en el tema referente a los aspectos comunicacionales entre los miembros de la familia buscando de esta forma mejorar la capacidad de autogestión de sus hijos en

cuanto a su higiene dental.

Munayco et al., (2020), publican un artículo con el objetivo de analizar la percepción parental sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal de un grupo de 200 niños uruguayos con edades entre los 3 a 5 años mediante un estudio transversal, observacional analítico. Se aplicó el cuestionario ECOHIS (P-ECOHIS) y el índice CEO-S. Los hallazgos indican que se encontró que el puntaje total del ECOHIS fue mayor en los niños con CIT-S al compararlo con los niños sin caries evidenciándose una diferencia significativa estadísticamente ($p < 0.05$). Se comprobó la hipótesis de que la percepción de los padres de familia en relación con la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños se encontró que estaba incidida negativamente por caries severa de infancia temprana en el grupo de estudio.

Campillay et al., (2021), presenta un artículo el cual tuvo como objetivo interpretar las opiniones de un grupo de 194 familias chilenas que dieron 294 opiniones y que pertenecían al programa de promoción de la salud bucal sembrando sonrisas desarrollado en la región de atacama y aplicando un estudio de tipo cualitativo con análisis de contenido. Del estudio se pudo identificar la construcción de 33 categorías de las cuales ocho de ellas eran del nivel teórico en las siguientes dimensiones: comportamientos de los progenitores sobre la salud bucal en sus hijos, educación y conocimiento sobre salud bucal y la importancia de cambios en los estilos de vida para favorecer dicha salud bucal, relación lúdica con la higiene bucal, y relación entre imagen física y salud bucal, evidenciándose de esta forma el papel esencial de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bucal en el contexto cotidiano familiar.

Adicionalmente, y para complementar la presente búsqueda de antecedentes investigativos a nivel nacional se encontró un artículo publicado por (Gonzalez, et al., 2016), el cual buscó analizar el nivel de discernimiento sobre salud bucal de parte los cuidadores del programa buen comienzo, fantasías de las américas (Medellín), mediante un estudio cualitativo histórico-hermenéutico aplicando la técnica interactiva descriptiva del mural de situaciones en un grupo de 183 padres, madres y cuidadores de dichos centros, donde principalmente se tuvo en cuenta las categorías educación, promoción de la salud dental, prevención y tratamiento. Los resultados permitieron identificar la existencia de una pluralidad en la existencia de una amplia variedad de aspectos, tendencias o características coexistentes en relación a las necesidades que fueron expresadas por los cuidadores.

En este estudio se identificó una asociación directa entre las necesidades específicas y su relación con la presencia de patologías y condiciones asociadas a los hábitos de higiene bucal con una $p < 0.08$, y de igual forma se encontró asociación respecto a las alteraciones de diferenciación en salud bucal. Los investigadores recomiendan prestar especial atención y analizar aquellas necesidades sentidas y manifestadas por los cuidadores en relación a la necesidad de enriquecer saberes desde diversas actividades de educación y promoción de la salud dental, buscando una visión más asertiva en la que todos los actores de la problemática participen, logren conocer, discutir y exigir calidad en el nivel de la información que se suministre.

Ramos et al., (2016), publicaron un artículo con el objetivo de conocer su perfil bucodental, la prevalencia de caries según el sistema dos dígitos de ICDAS, el índice de placa blanda y se aplicó una encuesta a los padres de familia que incluyó preguntas relacionadas con prácticas del cuidado bucal mediante un estudio descriptivo en 62 escolares entre 4 y 14

años. Los hallazgos indicaron que los niños evidenciaron una presencia de caries del 67,74%, que la calidad del cepillado de los escolares era deficiente en el 82,2% y que el consumo de alimentos dulces era alto dado que se encontró que el 59,68% de la población los comen todos los días de la semana. Se pudo concluir que la gran mayoría de los niños reportan una serie de costumbres en el cuidado bucal que los expone a diversos factores de riesgo para su salud bucal y, por ello también terminan siendo riesgosos para su salud general.

Sánchez et al., (2018), realizaron un artículo con el objetivo de determinar conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños de los hogares comunitarios y Centros de Desarrollo Infantil - CDI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para igualmente, identificar el índice O'Leary riesgo de enfermedades bucodentales. Se realizó un estudio de corte transversal con aplicación de dos encuestas semiestructuradas sobre conocimientos, actitudes y prácticas; la primera fue para explorar aspectos como los conocimientos y las prácticas de las agentes educativas, en cuanto al cuidado bucal aplicadas en la primera infancia; y otro formato se utilizó para recolectar los datos sociodemográficos de los niños.

Adicionalmente se aplicaron, con unificación previa de una serie de criterios definidos por los investigadores, dos índices odontológicos básicos a fin de identificar su estado de salud bucal. Se contó con dos poblaciones: un grupo de 22 agentes de los cuales 20 eran agentes educativas de 10 hogares comunitarios y 2 CDI-ICBF; y el segundo grupo fue una población de 198 niños santarroseños entre 1 y 5 años de edad. En los datos sociodemográficos encontraron que el 54% eran niños y el 46% eran niñas distribuidos uniformemente entre los estratos 1, 2 y 3. Según los resultados se destaca que el 90% de las agentes educativas evaluadas reconocen la caries como una patología muy frecuente,

denotándose a la vez que el 50% realizan cepillado de los niños sin el uso de seda dental. Se halló una prevalencia modificada de caries dental en un 63,6% de los niños y los resultados obtenidos en el promedio de índice O'Leary alcanzó el 61,3%.

Asimismo, se encontró que existe asociación entre el Índice CEO-D junto con el área de residencia y el estrato socioeconómico reportándose un valor de $p < 0,05$ indicando que sí existe relación. Las agentes educativas reportaron grandes vacíos conceptuales lo cual indicó que requieren un pronto abordaje en educación oral por parte de odontólogos. Por lo cual, el estado de salud bucal presentó un índice por encima de la prevalencia modificada de caries en el nivel nacional y en los hallazgos del índice O'Leary respecto al nivel de riesgo de patologías bucodentales.

Duarte et al., (2018), llevaron a cabo un estudio con el objetivo visualizar una serie de elementos y técnicas de higiene oral en niños del grado transición de 4 a 5 años teniendo en cuenta por observación aspectos relacionados tanto con la alimentación saludable como con la higiene dental dentro de su proceso de formación buscando conseguir que el niño pueda apropiarse de estilos de vida más saludables logrando adquirir mayor autonomía en el cuidado de su salud oral desde edades tempranas.

Se llevó cabo una propuesta de investigación descriptiva de tipo cualitativo aplicando una encuesta semiestructurada a un grupo de 12 padres de familia. En general se pudo identificar que el 80% de los padres de familia no reconoce ni promueven la importación de los elementos y técnicas de higiene oral en los ámbitos educativos y sociofamiliar, lo cual resulta contraproducente porque son conscientes que ellos son un ejemplo y un modelo a seguir para sus hijos, por eso es fundamental que reciban una educación y formación con base en los principios de prevención del riesgo oral y promoción de la salud, involucrando a sus

hijos de forma asertiva en este proceso diario alcanzar un beneficio común para todos los actores y el propio sistema de salud.

Aguirre et al., (2019), desarrollaron un trabajo de grado con el objetivo de relacionar los factores de riesgo con el nivel socioeconómico y la escolaridad (cruce de variables) de los padres en un grupo de 35 niños de 3 a 5 años de una institución pública de Bogotá D.C., realizando un estudio descriptivo correlacional realizando una recolección de datos mediante el Cariogram de Brathall modificado con un total de siete ítems, el índice visible de placa bacteriana Silness & Loe.

Los hallazgos indicaron que el 34% de los niños reportaron un alto riesgo para caries dental según el Cariogram Brathall modificado; en el 77,1% se observó que los factores de riesgo con mayor relevancia en el puntaje de cero correspondieron a retención de placa bacteriana por factores locales y/o sistémicos seguido de un 74,3% de absceso odontológico que se presentó en el último año y que tratado por motivos diferentes a urgencias. En lo referente a los resultados evidenciados del índice visible de placa bacteriana Silness & Loe se destacó un 97,1% por lo que fue calificado de riesgo alto; otro factor evaluado es el contenido de carbohidratos en la dieta cuyo porcentaje fue igualmente, de riesgo alto con un 85,7% entre la población de estudio. Dentro del grupo de factores más influyentes al riesgo se encontraron el acumulo de placa bacteriana e ingesta de carbohidratos por día. Sin embargo, se destaca que el uso de dentífrico con flúor fue el factor de protección encontrado en el estudio.

De este modo, una de las recomendaciones que encontraron los investigadores radica en la gran importancia de actuar de manera oportuna mediante la implementación de diversos tipos de metodologías para la promoción de la salud dental y la prevención del riesgo de caries dirigidos tanto a padres, cuidadores, acudientes y a la población de niños y niñas.

Rengifo & Muñoz, (2019), publicaron un artículo con el objetivo de determinar las creencias, conocimientos y prácticas acerca de la salud bucal que tiene un grupo de 288 madres payanesas que llevan a sus hijos menores de cinco años al programa de crecimiento y desarrollo de la Alcaldía de Popayán, mediante un estudio observacional descriptivo analítico aplicando una encuesta que tuvo como base el instrumento de recolección del III Estudio Nacional de Salud Bucal de Colombia – ENSAB III, el cual fue utilizado y validado (tanto en constructo como en contenido) bajo los parámetros en su momento por la ENSAB III, de este instrumento se utilizaron los módulos de creencias, conocimientos, prácticas y de atención en salud, complementado con preguntas cerradas de variables sociodemográficas utilizadas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE).

En los resultados obtenidos se evidenció que el 20,5% de los encuestados tiene la consideración de que los dientes solo deben durar algunos años, un 76,4% tiene la creencia de que el riesgo de reportar caries se da debido a malos hábitos, el 55,9% manifestó no conocer lo qué es la caries dental, un 87,1% tiene conocimiento sobre la forma de evitar la caries dental, y respecto a los menores de edad se encontró que el 35,9% duermen la mayor parte del tiempo con el tetero. Se concluye que las madres encuestadas reportan un nivel adecuado de conocimientos en cuanto a la salud dental, enfermedades bucodentales y prevención de caries de sus hijos, Se evidencia un factor importante relacionado con que las madres más jóvenes son las más interesadas en llevar a sus hijos a los servicios de prevención.

Igualmente, se encontró un trabajo de grado de (Díaz, 2021), para la Universidad Antonio Nariño el cual tuvo como objetivo describir los aspectos relacionados con la percepción que tiene un grupo de cinco padres o cuidadores Bogotanos de la aplicación de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral llamada *Camaleón*

Sonriente Cuida tus Dientes. Se trabajó un estudio de tipo descriptivo, cualitativo y con validación de formato en donde se evaluaban conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral. De dicha validación los encuestados consideraron que a nivel de constructo los contenidos fueron acertados en el uso de imágenes de personajes llamativos, pero los padres o acudientes encontraron que la cantidad de 26 preguntas no les pareció acertado por dos factores: El primero fue el tiempo para responderlas el cual era muy amplio y el segundo que elemento que no favoreció fue la terminología técnica que se incluyó en algunas de las preguntas, aunque la gran mayoría manifestó haber entendido aquellos aspectos que se evaluaban en la encuesta.

De esta forma se encontró que el factor a mejorar se relacionaba con el número de preguntas que contenía el cuestionario verificando aquellas que se pudieran modificar en redacción, aquellas repetidas y/o que presentaban confusión. Se incluye esta investigación dado que permite conocer algunos aspectos a tener en cuenta al momento de aplicar el instrumento correspondiente en el presente estudio a fin de no cometer los mismos errores y así evitar posibles vacíos en los hallazgos.

5. Diseño Metodológico

5.1 Tipo de estudio

Enfoque cuantitativo, estudio observacional descriptivo de corte transversal.

5.2 Población

Padres y/o cuidadores de la primera infancia de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca

5.3 Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

5.4 Muestra

Grupo de 206 padres y/o cuidadores de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca que cumplen con los criterios de inclusión

5.4.1 Criterios de inclusión

Padres y/o cuidadores que aceptaron y firmaron el consentimiento informado

5.4.2 Criterios de exclusión

Padres y/o cuidadores de niños que no pertenezcan a la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022; padres/cuidadores que no dieron el consentimiento para participar en la investigación, padres y/o cuidadores que presenten alguna discapacidad cognitiva o sean analfabetas.

5.5 Variables de estudio

A continuación en la Tabla 1 se operacionalizan las variables

Tabla 1.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo	Categoría	Nominación
----------	------------	------	-----------	------------

Sexo	Condición orgánica (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Independiente	Nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Entorno en la que se halla una persona en cuanto a su tipo de afiliación definida en el registro civil (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Independiente	Nominal	Casado Soltero Unión libre Otro
Edad	Lapso de tiempo que ha vivido una persona al momento en el que se le indaga sobre éste (Real Academia Española, 2022)	Cuantitativa Independiente	Ordinal	Años (personas > 18 años)
Lugar de nacimiento	Lugar donde la persona nace (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Independiente	Nominal	Departamento Ciudad Municipio
Ocupación	Tipo de trabajo, labor o empleo que se ejerce (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Independiente	Nominal	Ama de casa Agricultor Albañil Asesor Auxiliar Comerciante Contratista Digitador Docente Estudiante Ganadero Independiente Panadero Palafrenero o cuidador de caballos

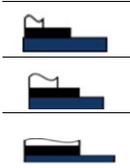
				Profesional Oficios varios
Nivel educativo	Acción y efecto de contar con educación o estar educado (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Independiente	Nominal	Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional
Nivel socioeconómico	Novel que se ocupa dentro de un núcleo social (Real Academia Española, 2022)	Cuantitativa Independiente	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5
¿Cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?	Base del conocimiento en relación al entendimiento y/o efecto de razón, del saber, del estar al tanto de un asunto en particular (Real Academia Española, 2022)	Cualitativa Dependiente	Nominal	Asistiendo al odontólogo Con una limpieza adecuada de los dientes Con una buena alimentación Evitando el consumo de dulces Otra Cuál
¿Quién le ha informado cómo cuidar los dientes del niño?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Nadie Médico/enfermera Odontólogo Jardinera/madre comunitaria/cuidador Encargado de la droguería

				Televisión, radio, folleto, etc. Otra Cuál
¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Desde que el niño/a nace Desde que aparecen los dientes de leche Desde que tiene todos los dientes de leche Desde que aparecen los dientes definitivos A cualquier edad es igual Otra Cuál
¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental fluorada?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Desde que el niño/a nace Desde que aparecen los dientes de leche Desde que tiene todos los dientes de leche Desde que aparecen los dientes definitivos

				A cualquier edad es igual Otra Cuál
¿Quién o quiénes son los responsable/s de que el niño muestre señales de caries?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Los padres de familia Las jardineras (profesores/as) El odontólogo Otra Cuál
¿Sabe usted cuáles son los servicios de salud bucal a los que los niños tienen derecho en forma incluida en la EPS?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Flúor Sellantes Limpieza de los dientes Educación en salud bucal Otra Cuál
¿Usted ha asistido al odontólogo en el último año?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No
¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Revisión o examen Urgencia Limpieza o prevención Calzas Otra Cuál
¿Cuánto tiempo hace que llevó al niño(a) a un odontólogo por	Base del conocimiento	Mixta (cualitativa y cuantitativa)	Mixto (nominal y ordinal)	Nunca se ha llevado al odontólogo Hace menos de 6

última vez?		Dependiente		meses Entre 6 meses a un año Hace más de un año Otra Cuál
¿A qué edad llevó por primera vez al niño al odontólogo?	Base del conocimiento	Mixta (cualitativa y cuantitativa) Dependiente	Mixto (nominal y ordinal)	Nunca Antes del primer año A los 2 años A los 3 años A los 4 años o 5 años
¿Cuál fue el motivo o problema dental del niño por el que consultó al odontólogo la última vez?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Revisión o examen Urgencia Limpieza o prevención Calzas Otra Cuál
Si el odontólogo le ha aplicado flúor al niño/a, ¿cada cuánto se lo aplican?	Base del conocimiento	Mixta (cualitativa y cuantitativa) Dependiente	Mixto (nominal y ordinal)	Nunca le han aplicado Cada 6 meses Cada año Infrecuentemente Otra Cuál
¿Cuándo le empezaron a realizar higiene oral al niño?	Base del conocimiento	Mixta (cualitativa y cuantitativa) Dependiente	Mixto (nominal y ordinal)	Desde que nació Nunca se le ha realizado higiene oral Desde que le empezaron a

				<p>aparecer los dientes</p> <p>De 1 año</p> <p>De 2 años</p> <p>De 3 años o mayor</p>
¿Quién hace la higiene de la boca del niño?	Base del conocimiento			<p>El niño solo</p> <p>Entre el niño y uno de los padres o acudientes</p> <p>Uno de los padres o acudientes</p> <p>Otra Cuál</p>
¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Neutral</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Neutral</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
¿Se utiliza crema dental fluorada para el cepillado de los dientes del niño?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	<p>Si</p> <p>No</p>
¿Quién pone la crema dental sobre el	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	<p>El niño</p> <p>Padres y cuidadores</p>

cepillo?				
¿Cuál es la cantidad de crema que se aplica al cepillo para el cepillado de los dientes del niño?	Base del conocimiento con uso de imagen explicativa	Cualitativa Dependiente	Nominal	
¿Cuántas veces al día se le da al niño algún alimento/bebida?	Base del conocimiento	Cuantitativa Dependiente	Ordinal	Hasta 3 al día De 3 a 5 a día De 3 a 7 día Más de 7
Cuando el niño se encuentra inquieto. ¿se le da un biberón endulzado o un chupo endulzado?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No
¿Para dormir al niño de noche se le da un biberón / bebida o chupo endulzado?	Base del conocimiento	Cualitativa Dependiente	Nominal	Si No

Fuente: Elaboración propia (2022).

5.5 Descripción del procedimiento

1. En la Institución Educativa Departamental Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca se obtuvo la aprobación de las directivas para realizar este proyecto, se socializó la fecha de inicio y finalidad de la estrategia.
2. Se entregaron los consentimientos informados a los padres y/o cuidadores donde se obtuvo la autorización de participación en la aplicación del instrumento de recolección de datos, donde se empleó la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en higiene oral.

3. Mediante un cuestionario que consta de 22 preguntas cerradas con múltiples opciones de respuesta, para su respectivo análisis se tuvo en cuenta, los conocimientos, actitudes y prácticas. De conocimientos fueron 6 preguntas (1, 2, 3, 4, 5, 6) de actitudes fueron 7 preguntas (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) y de prácticas fueron 9 preguntas (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

4. A los niños/ñas hijos de los padres/cuidadores del estudio se les realizaron actividades de promoción y prevención (entrega de kits de higiene bucal, enseñanza de cepillado y educación en salud bucal).

5. Finalización de la aplicación del instrumento y agradecimientos en la institución

5.9 Aplicación de instrumento de recolección de datos





5.6 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

5.6.1 Consentimiento informado de los padres de familia

Atendiendo lo especificado en la Resolución 008340 de 1993 para efectos de recolectar la información requerida en esta investigación, se hizo firmar un formato de Consentimiento Informado de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca, según el modelo que se puede observar en el Anexo 1.

5.6.2 Instrumento de recolección de datos

El instrumento aplicado al grupo de padres de familia fue tomado del estudio de (Canisales & Malpica , 2018). Validado por un grupo de expertos de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque el cual se encuentra dividido en dos apartados principales: (i) La información sociodemográfica de los padres se describe en ocho preguntas y (ii) el cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral abarca 22 ítems, como se aprecia en el Anexo 2.

5.7 Técnicas de análisis de la información

Se utilizó la estadística descriptiva teniendo en cuenta digitalizar la información obtenida en el instrumento de recolección de datos de los 206 padres incluidos en el estudio. Los resultados se presentan en gráficas estadísticas para lo cual se utilizó la herramienta de graficación que ofrece Excel, facilitando así la comprensión de los resultados.

A los datos como la edad se le aplicó las medias de tendencia central a fin de conocer el promedio aritmético o PROM y la desviación estándar o DS.: Además, cada uno de los ítems del instrumento se presenta con análisis descriptivo de las características específicas encontradas en las respuestas de los padres incluidos en el estudio teniendo en cuenta su presentación mediante el sistema de frecuencias relativas o porcentajes, donde cada respuestas

correspondió a un 0.48% respecto al 100% de la muestra, es decir, se tomó el 100% y se dividió entre los 206 sujetos de estudio.

Con estos resultados se procedió a realizar la respectiva discusión con la cual se buscó identificar las posibles directrices a tener en cuenta para solucionar el problema planteado desde la perspectiva de los hallazgos en estudio previos comparando los resultados encontrados en esta investigación; esta fase del estudio permitió estructural las conclusiones de la investigación.

5.8 Aspectos éticos

Según la **Resolución 008430 de 1993** el artículo 11 considera esta investigación sin riesgo. Se aplicó consentimiento informado a los padres y/o cuidadores. El estudio fue presentado y avalado por el comité de la facultad de odontología.

6. Resultados

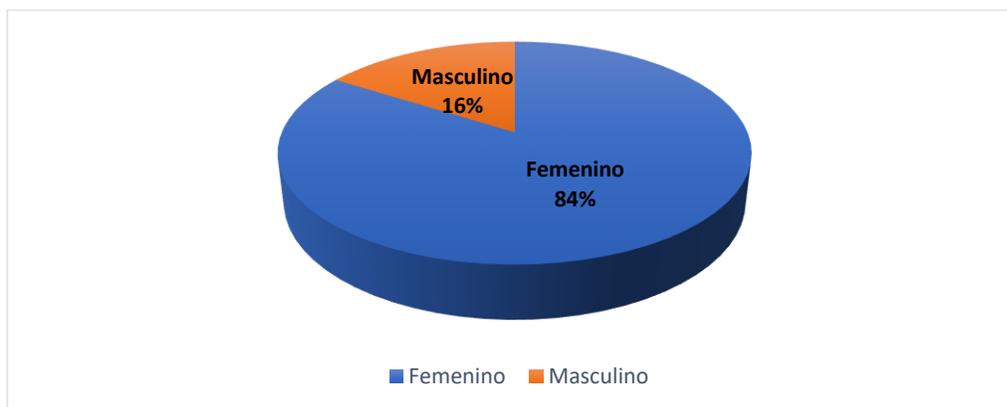
A continuación, se presenta los resultados mediante gráficos y tablas donde se hace una descripción minuciosa de la población y del instrumento de recolección de datos aplicado en la Institución Educativa.

6.1 Descripción de la muestra

Para este estudio se llevó a cabo la participación de 206 padres y/o cuidadores pertenecientes a la Institución Educativa Departamental Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca: El 84% de la población corresponde a 175 mujeres y 16% corresponde a 31 hombres. (Ver grafica 1)

Grafica 1

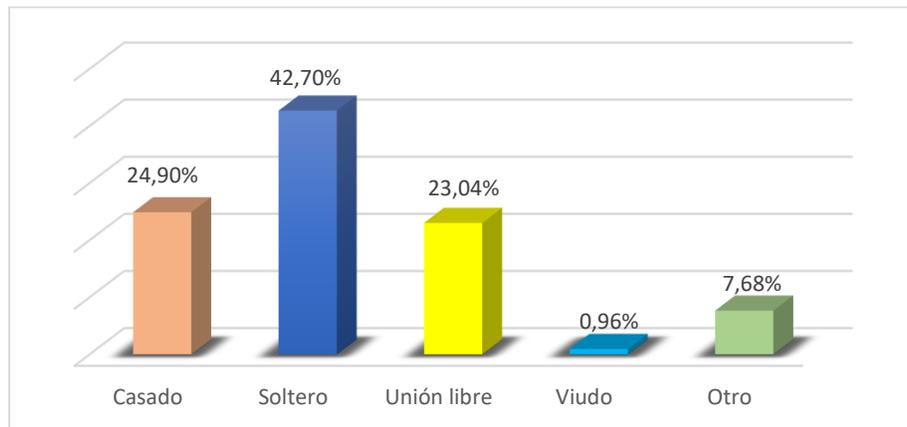
Distribución de la muestra por sexo



Fuente: Autores

Grafica 2

Distribución de la muestra por estado civil.

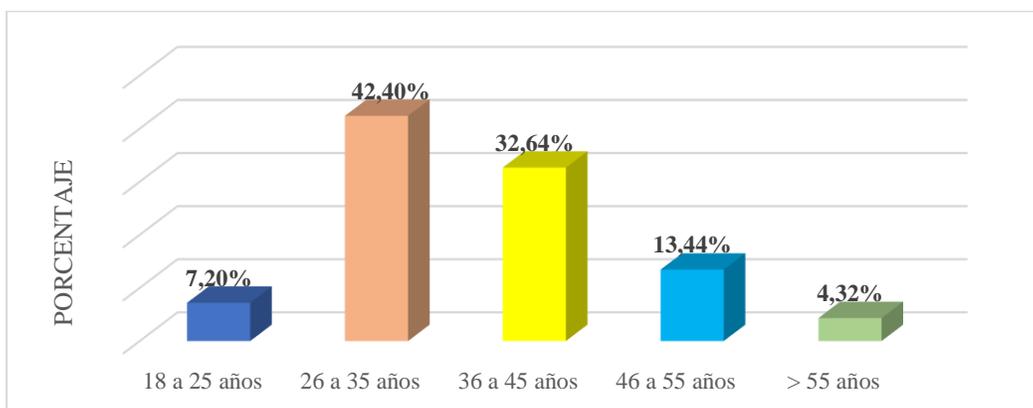


Fuente: Autores

Al realizar el análisis del estado civil de los padres y/o cuidadores: el 24,90% (n=52) son casados; el 42,70 (n=88) son solteros; el 23,04% (n=48) viven en unión libre; el 0,96 (n=2) son viudos y con un 7,68% (n=16) señalaron la opción otro. (Ver grafica 2).

Grafica 3

Distribución de la muestra por edad de los Padres y/o Cuidadores

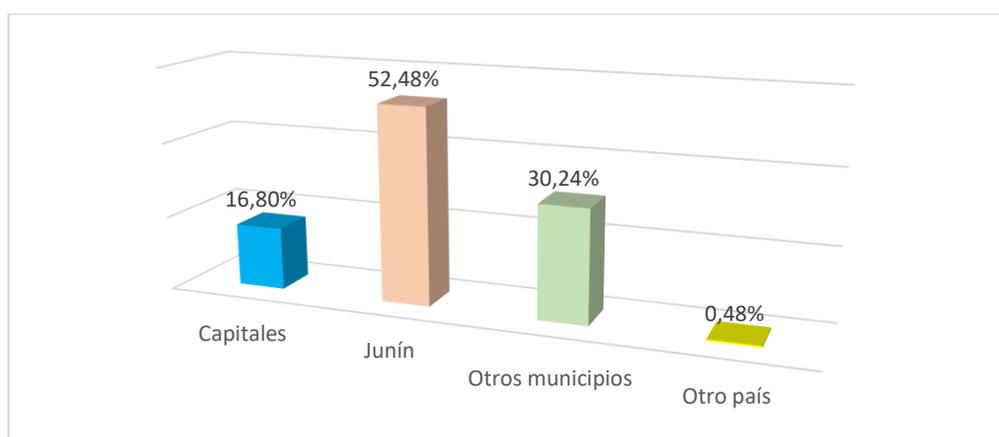


Fuente autores

En el análisis de la edad de los padres y/o cuidadores: El 7,20% (n=15) corresponde a la edad de 18 a 25 años; el 42,4% (n=86) está entre 26 a 35 años; un 32,64% (n=68) de 36 a 45 años; el 13,44% (n=28) corresponde a la edad de 46 a 55 años y el 4,32% (n=9) mayores a 55 años. (Ver grafica 3)

Grafica 4

Distribución de la muestra por lugar de nacimiento.

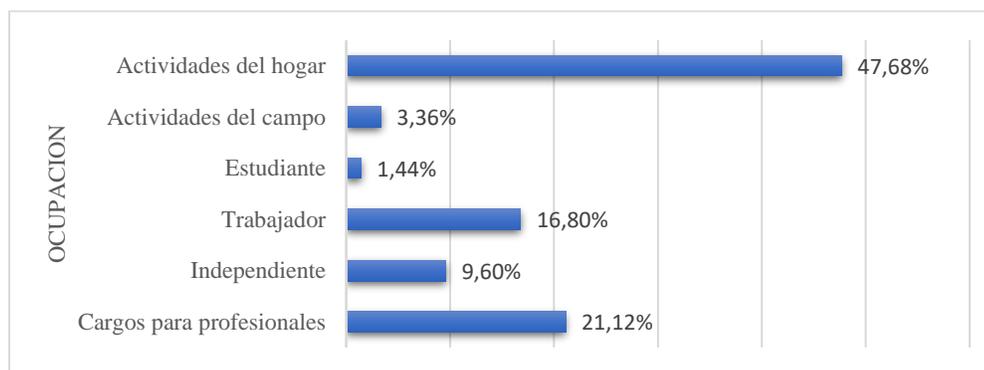


Fuente: Autores

De acuerdo con el lugar de nacimiento se encontró que el 16,8% (n=35) pertenecen a la capital; con un 52,48% (n=107) pertenecen a Junín; el 30,24% (n=63) son pertenecientes a otros municipios y el 0,48% (n=1) son de otro país. (Ver grafica 4).

Grafica 5

Descripción de la muestra por ocupación

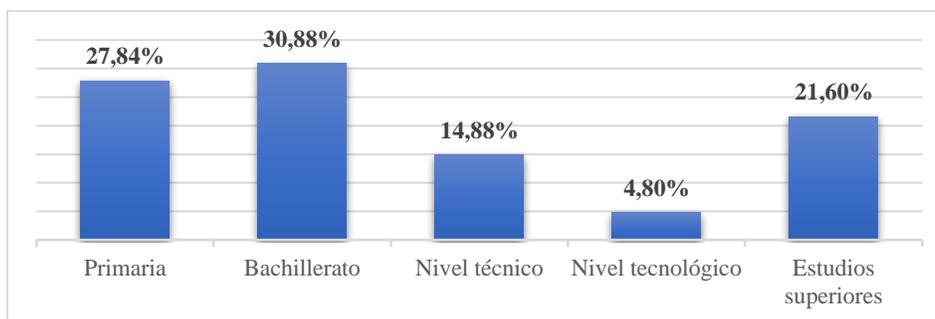


Fuente: Autores

Según la ocupación de los padres y/o cuidadores se encontró 47,68% (n=100) correspondiente a las actividades del hogar; 3,36% (n=7) con actividades del campo; 1,44% (n=3) son estudiantes; 16,8% (n=35) son trabajadores; 9,6% (n=20) son independientes y 21,12% (n=44) con cargos profesionales. (Ver grafica 5).

Grafica 6

Distribución de la muestra por nivel educativo



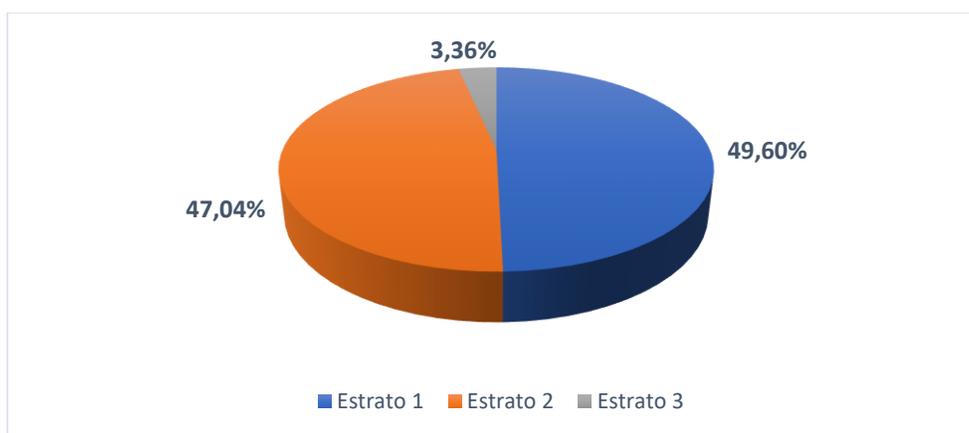
Fuente: Autores

En el análisis del nivel educativo de los padres y/o cuidadores: 27,84% (n=58) cursaron hasta primaria; 30,88% (n=5862) cursaron hasta bachillerato; 14,88% (n=5831) tienen un nivel

técnico; 4,8 % (n=5810) tienen un nivel tecnológico y 21,6% (n=5845) presentan estudios superiores o profesionales. (Ver grafica 6).

Grafica 7

Distribución de la muestra en nivel socioeconómico



Fuente: Autores

Respecto al nivel socioeconómico de los padres y/o cuidadores se encontró que el 49,6% (n=101) son de estrato 1; 47,04 (n=98) son de estrato 2; 3,36% (n=7) son de estrato 3. (Ver grafica 7).

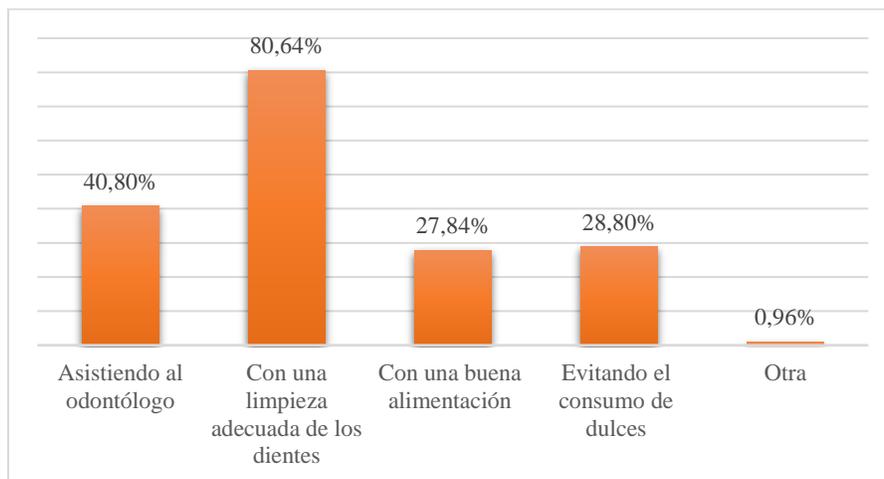
6.2 Resultados de conocimientos en salud oral

6.2.1 En su opinión, ¿Cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?

En esta pregunta de selección múltiple, se obtuvo un 80,64% (n=168) respondiendo que la mejor manera de evitar la caries es con una limpieza adecuada de los dientes; 40,8% (n=85) asistiendo al odontólogo; 28,8% (n=60) evitando el consumo de dulces, 27,84% (n=58) con una buena alimentación y 0,96% (2) otra. (Ver grafica 8).

Grafica 8

Pregunta 1 de conocimientos en salud oral



Fuente: Autores

6.2.2 ¿Quién le ha informado como cuidar los dientes del niño?

En esta pregunta se podían seleccionar varias respuestas dando como resultado: 84,96% (n=177) escogieron que el odontólogo es quien ha informado como cuidar los dientes del niño; 13,44% (n=28) medico/ enfermera; 7,42 (n=15) televisión, radio, folleto 7,2% (15) jardinera, madre comunitaria, cuidador; 3,36% (n=7) nadie; 2,88% (6) otra y 0,48% (n=1) encargado de la droguería. (Ver grafica 9).

Grafica 9

Pregunta 2 de conocimientos en salud oral



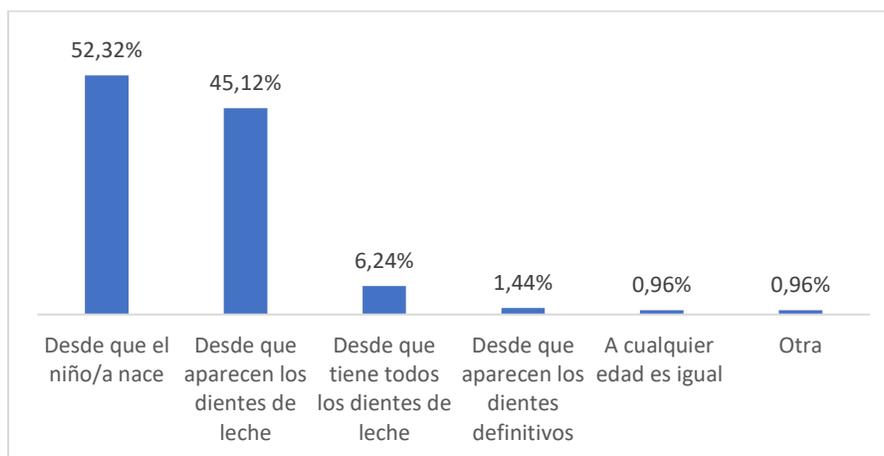
Fuente: Autores

6.2.3 ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño/a?

En esta pregunta se demostró que el 52,32% (n=109) señala que el momento en el que se debe comenzar la limpieza de la boca del niño es desde el nacimiento; 45,12% (n=94) desde que aparecen los dientes temporales; 6,24% (n=13) desde que tiene todos los dientes temporales; 1,44% (n=3) en el momento que aparecen los dientes permanentes; 0,96% (n=2) a cualquier edad y 0,96% (n=2) seleccionaron otra. (Ver grafica 10).

Grafica 10

Pregunta 3 de conocimientos en salud oral



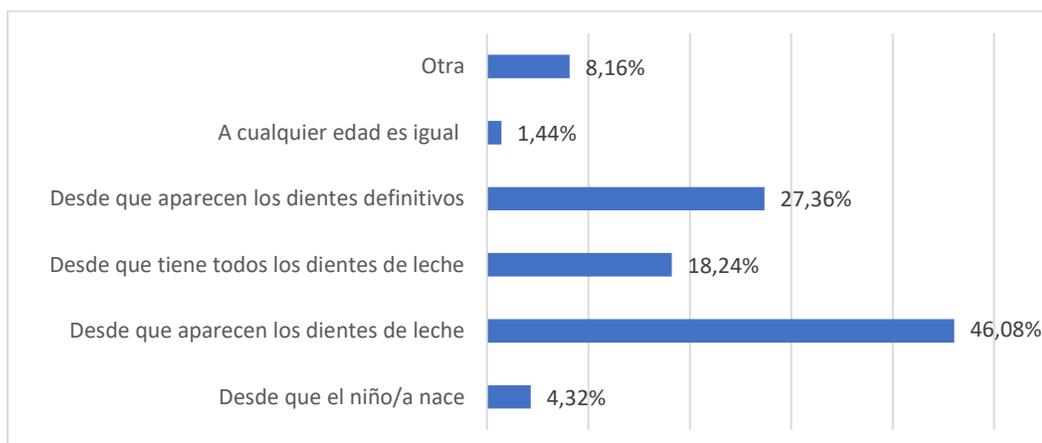
Fuente: Autores

6.2.4 ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental fluorada?

En esta pregunta se reflejó que es importante utilizar crema dental fluorada desde que aparecen los dientes temporales 46,08% (n=96); con un 27,36% (n=57) desde que aparecen los dientes permanentes; 18,24% (n=38) desde que tienen todos los dientes temporales; 8,16% (n=17) otra; 4,32% (n=9) desde el nacimiento del niño y 1,44 (n=3) a cualquier edad es igual. (Ver grafica 11).

Grafica 11

Pregunta 4 de conocimientos en salud oral



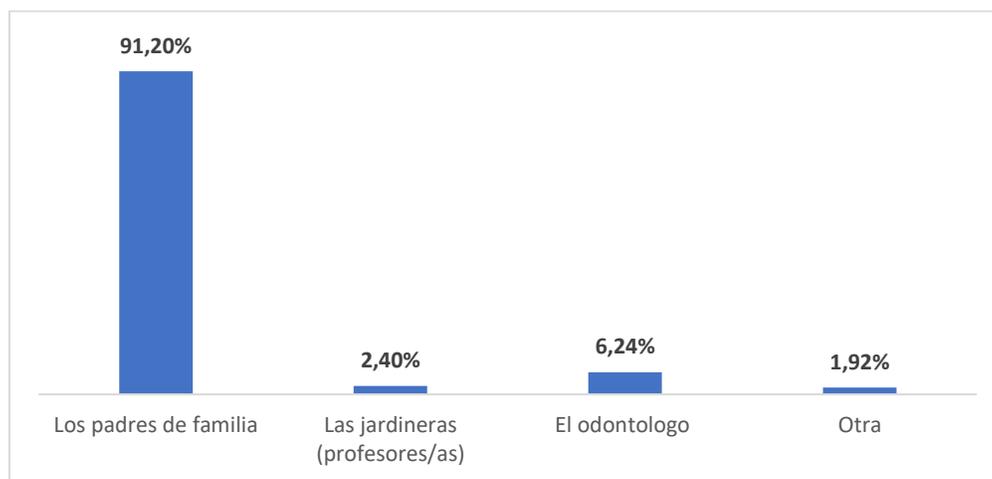
Fuente: Autores

6.2.5 ¿Quién o quienes son los responsables de que el niño muestre señales de caries?

Al realizar el análisis se obtuvo que los padres de familia son los responsables de que el niño demuestre señales de caries con un 91,2% (n=190); 6,24% (n=13) el odontólogo es el responsable; 2,4% (n=5) las jardineras – profesores; 1,92% (n=4) otra. (Ver grafica 12).

Grafica 12

Pregunta 5 de conocimientos en salud oral



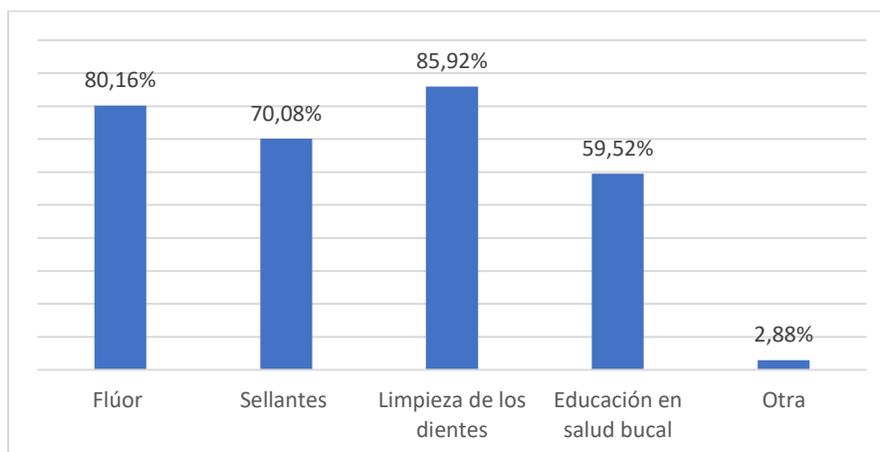
Fuente: Autores

6.2.6 ¿Sabe usted cuales son los servicios de salud bucal a los que los niños tienen derecho en forma incluida en la EPS?

En la pregunta se podían elegir varias respuestas donde se evidencio que el 85,92% (n=179) seleccionaron limpieza de los dientes; 80,16% (n=167) flúor; 70,08% (n=146) sellantes; 59,52% (n=124) educación en salud bucal y otra 2,88% (n=6). (Ver grafica 13).

Grafica 13

Pregunta 6 de conocimientos en salud oral



Fuente: Autores

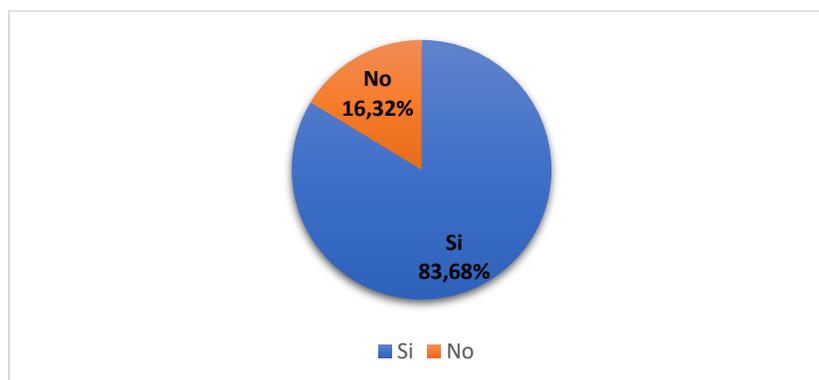
6.3 Resultados actitudes en salud oral

6.3.1 ¿Usted ha asistido al odontólogo en el último año?

En esta pregunta se demostró la asistencia al odontólogo en el último año de padres y/o cuidadores: Respondiendo Sí 83,68% (n=172) y No 16,32% (n=34). (Ver grafica 14).

Grafica 14

Pregunta 1 de actitudes en salud oral

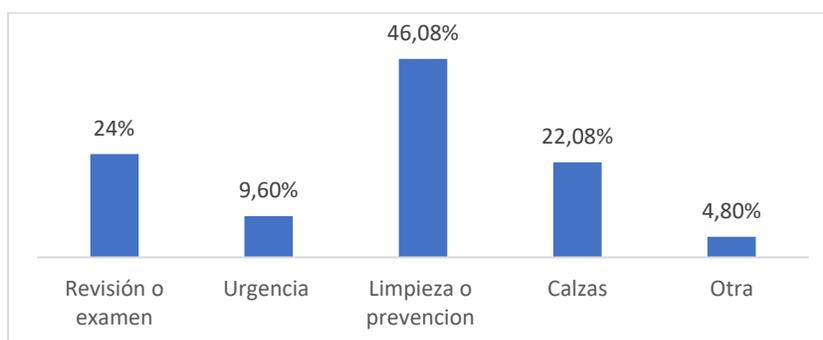


6.3.2 ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?

En esta pregunta se analizó que el 46,08% (n=96) de la visita al odontólogo fue por limpieza o prevención; el 24% (n=50) fue por revisión o examen; 22,08% (n=46) indicó restauración en resina u amalgama; 9,6% (n=20) asistencia por urgencia y otra 4,8% (n=10). (Ver gráfica 15).

Grafica 15

Pregunta 2 de actitudes en salud oral



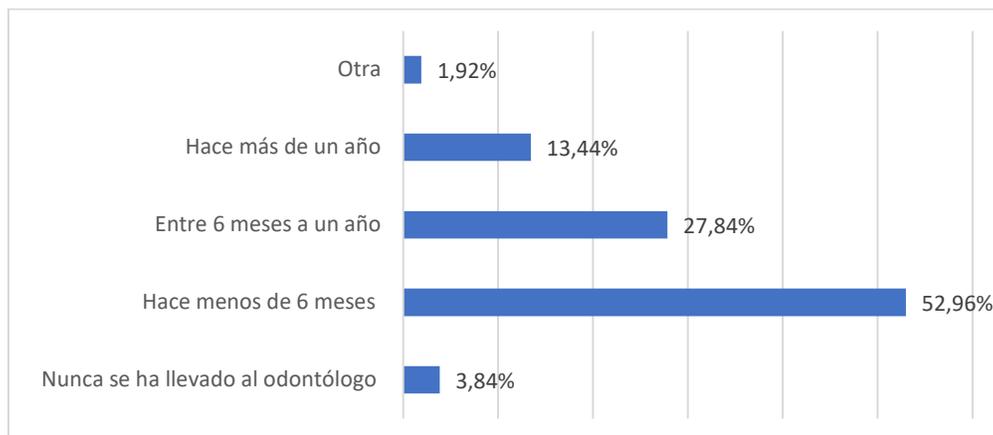
Fuente: Autores

6.3.3 ¿Cuánto tiempo hace que llevó al niño a un odontólogo por última vez?

En esta pregunta de opción única se evidenció que el 52,96% (n=108) llevó al niño al odontólogo hace menos de 6 meses; 27,84% (n=58) indicó entre 6 meses a un año; el 13,44% (n=28) hace más de un año; 3,84% (n=8) nunca se ha llevado al odontólogo y 1,92% (n=4) seleccionó otra. (Ver gráfica 16).

Grafica 16

Pregunta 3 de actitudes en salud oral



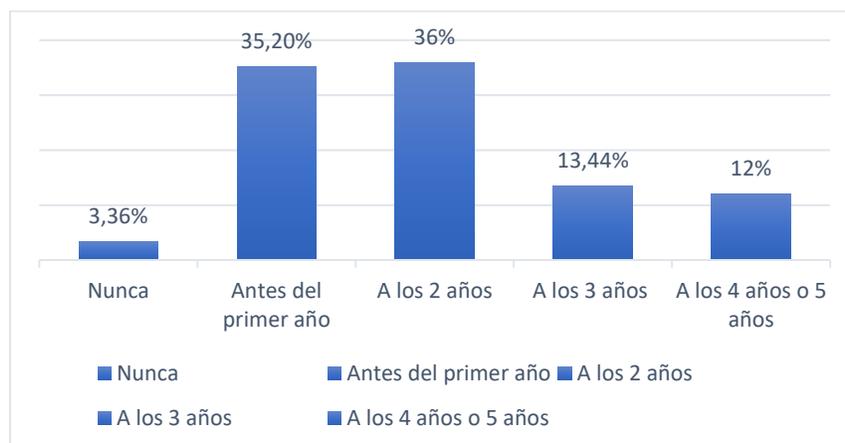
Fuente: Autores

6.3.4 ¿A que edad llevó por primera vez al niño al odontólogo?

En esta pregunta de selección única se obtuvo que el 36% (n=75) llevo por primera vez al niño al odontologo a los 2 años; 35,2% (n=71) antes del primer año; 13,44% (n=28) indicó que a los 3 años; el 12% (n=25) a los 4 o 5 años y el 3,36% (n=7) nunca. (Ver grafica 17).

Grafica 17

Pregunta 4 de actitudes en salud oral



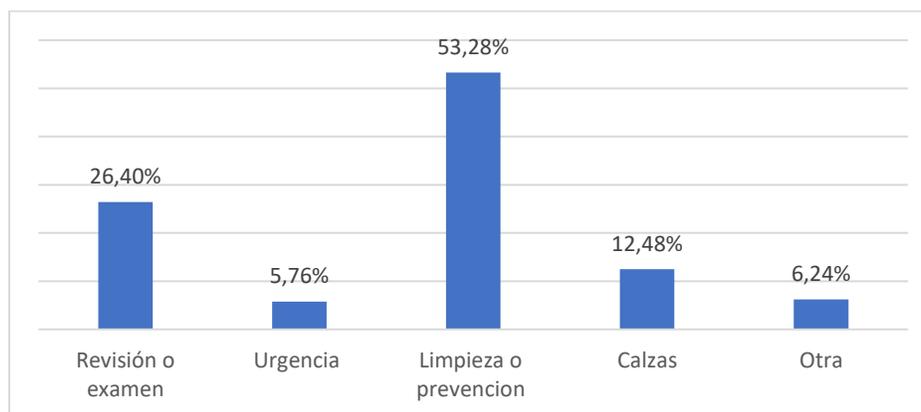
Fuente: Autores

6.3.5 ¿Cuál fue el motivo o problema dental del niño por el que consulto al odontólogo la última vez?

Los resultados en esta pregunta reflejan que el 53,28% (n=111) consultó al odontólogo por última vez por limpieza o prevención; 26,4% (n=55) revisión o examen; 12,48% (n=26) por restauración en resina u amalgama; 6,24% (n=13) indicó otra y 5,76% (n=12) asistencia por urgencia. (Ver grafica 18).

Grafica 18

Pregunta 5 de actitudes en salud oral



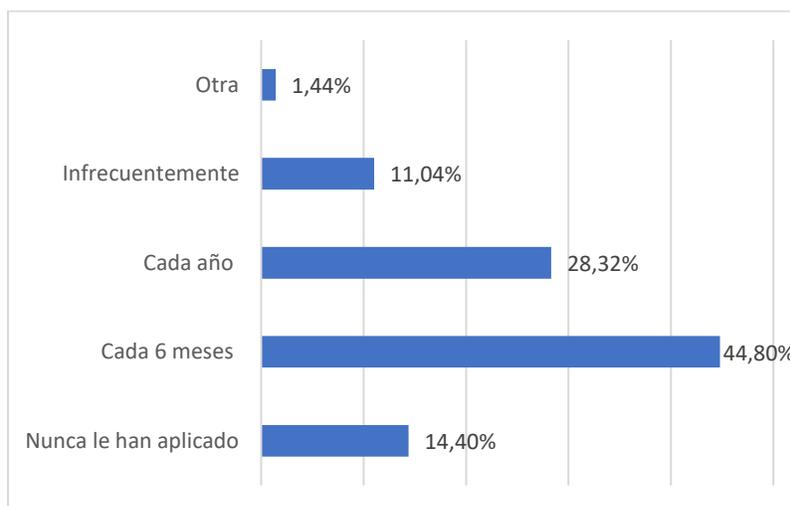
Fuente: Autores

6.3.6 Si el odontólogo le ha aplicado fluor al niño/a, ¿Cada cuánto se lo aplican?

En el análisis de esta pregunta de selección única se evidencia que el 44,8% (n=91) le han aplicado flúor cada 6 meses; 28,32% (n=59) cada año; 14,4% (n=30) nunca le han aplicado; 11,04% (n=23) infrecuentemente y 1,44% (n=3) indicando otra. (Ver grafica 19).

Grafica 19.

Pregunta 6 de actitudes en salud oral.



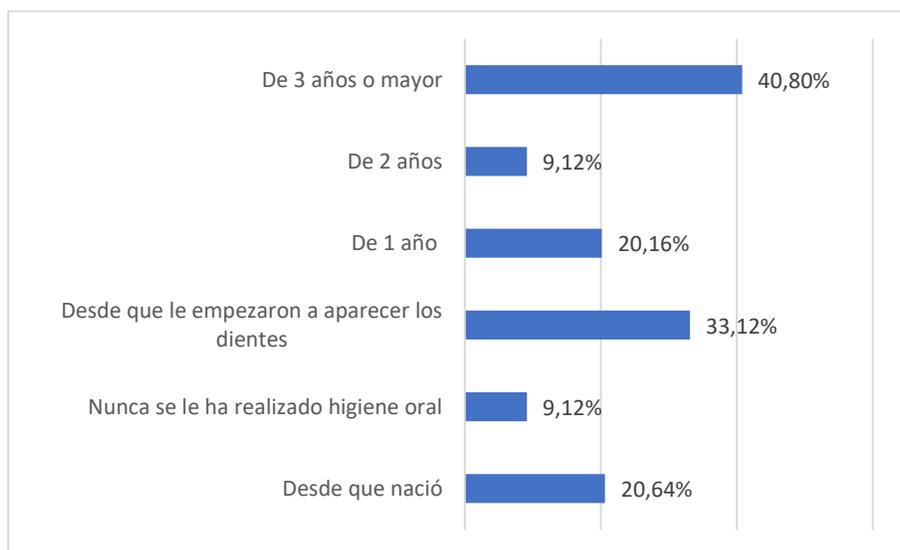
Fuente: Autores

6.3.7 ¿Cuándo le empezaron a realizar higiene oral al niño?

En esta pregunta se podía escoger varias respuestas dando como resultado que el 40,8% (n=85) indica que le empezaron a realizar higiene oral al niño desde los 3 años o mayor; 33,12% (n=69) desde que le empezaron a erupcionar los dientes; 20,64% (n=43) desde que nació; 20,16% (n=42) de 1 año; 9,12% (n=19) nunca se le ha realizado higiene oral y 9,12% (n=19) de 2 años. (Ver grafica 20).

Grafica 20

Pregunta 7 de actitudes en salud oral



Fuente: Autores

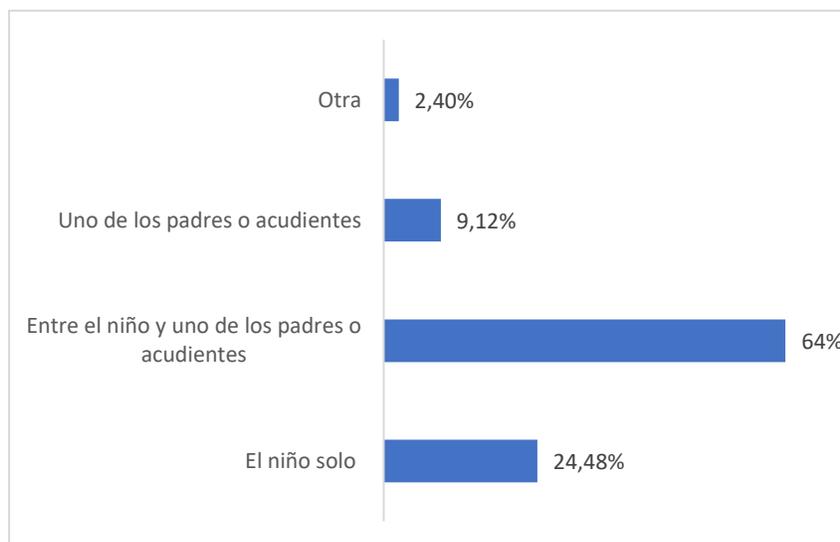
6.4 Resultados prácticas en salud oral

6.4.1 ¿Quién hace la higiene de la boca del niño/a?

Se obtuvo como resultado un 24,48% (n=51) evidenciando el niño realiza la higiene por sí solo. Se observó un 64% (n=131) que entre el niño y uno de los padres o acudientes realizan la higiene oral, Con un resultado de 9,12% (n=19) uno de los padres o acudientes realizan la higiene oral, Se analizó con un resultado de 2,4% (n=5) dan otras opciones. (Ver grafica 21).

Grafica 21

Pregunta 1 de prácticas en salud oral



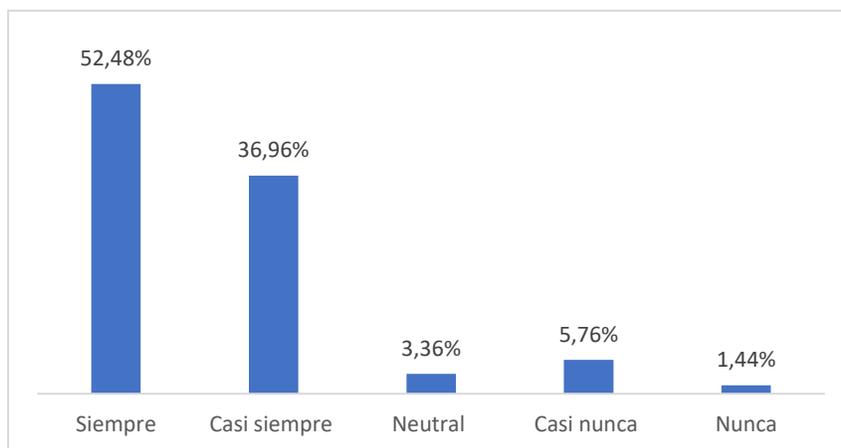
Fuente: Autores

6.4.2 ¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados ?

Como resultado se observó un 52,48% (n=107) respondieron que siempre se cepillan los dientes antes de dormir, se evidencio con un 36,96% (n= 77) que casi siempre se cepillan los dientes en la noche, neutral con un resultado 3,36% (n=7), con el resultado obtenido se analizó que un 5,76% (n=12) casi nunca se cepillaban los dientes antes de dormir, Se evidencio un 1,44% (n=3) que nunca se cepillaban los dientes antes de dormir. (Ver grafica 22)

Grafica 22

Pregunta 2 de prácticas en salud oral



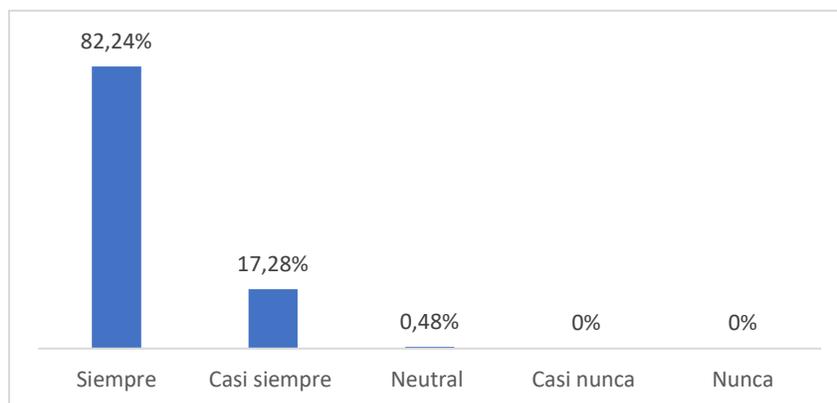
Fuente: Autores

6.4.3 ¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados ?

Se analizó un 82,24% (n=169) que siempre se cepillaban los dientes en la mañana, con un resultado de 17,28% (n=36) que casi siempre se cepillaban los dientes antes de salir de casa en las mañanas, Neutral con un 0,48% (n=1), Se evidenció un 0% que casi nunca y nunca salían de casa en las mañanas sin cepillarse los dientes. (Ver grafica 23).

Grafica 23

Pregunta 3 de prácticas en salud oral



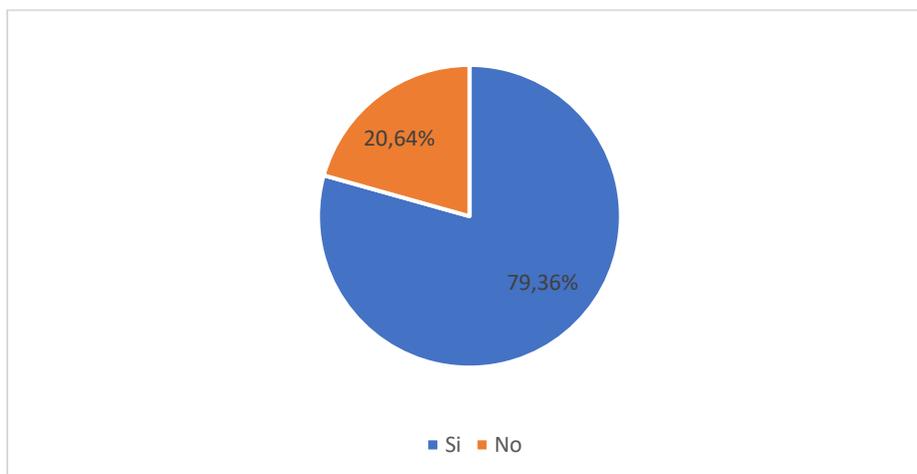
Fuente: Autores

6.4.4 ¿Se utiliza crema fluorada para el cepillado de los dientes del niño?

En esta pregunta con dos opciones de respuesta se demostró que con un porcentaje de 79,36 (n=163) respondió que si utilizan crema dental fluorada y con un porcentaje de 20,64 (n=43) no hacen uso de crema dental con flúor. (Ver grafica 24)

Grafica 24

Pregunta 4 de prácticas en salud oral



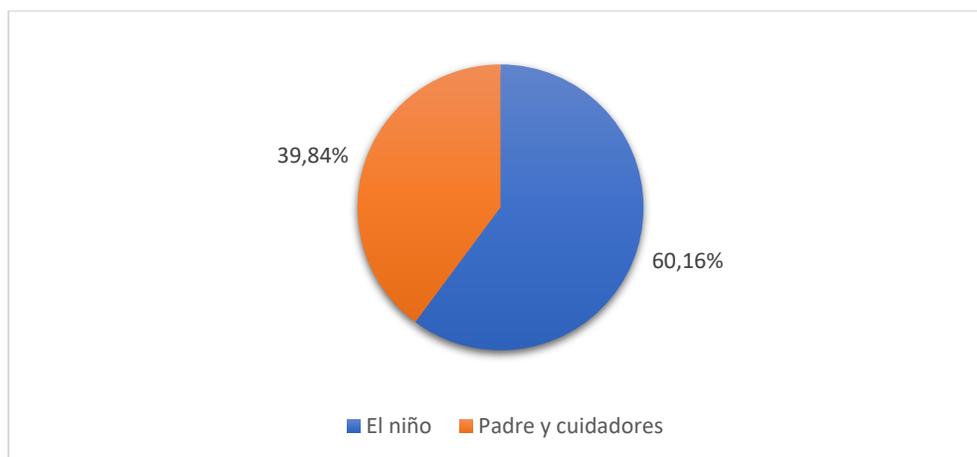
Fuente: Autores

6.4.5 ¿Quién pone la crema dental sobre el cepillo?

El resultado 60,16 (n=123) evidencia como resultado que el niño es quien pone la crema dental sobre el cepillo y que un 39,84 (n=83) es el padre y/o cuidador quien dispensa la crema sobre el cepillo (Ver grafica 25).

Grafica 25

Pregunta 5 de prácticas en salud oral



Fuente: Autores

6.4.6 Marque cual es la cantidad de crema que se aplica al cepillo paera el cepillado de los dientes

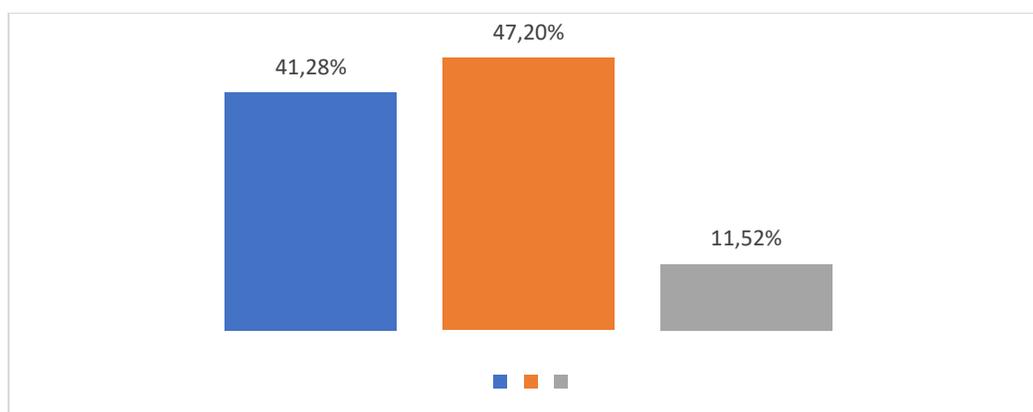
Los encuestados respondieron con un 47,2% (n=96) la opción dos, con un 41,28% (n=86) la opción 1 y se obtuvo un 11,52% (n=24) con la opción 3. (Ver grafica 26).

Tabla 2.

<i>OPCION 1</i>	<i>OPCION 2</i>	<i>OPCION 3</i>
		

Grafica 26.

Pregunta 6 de practicas en salud oral



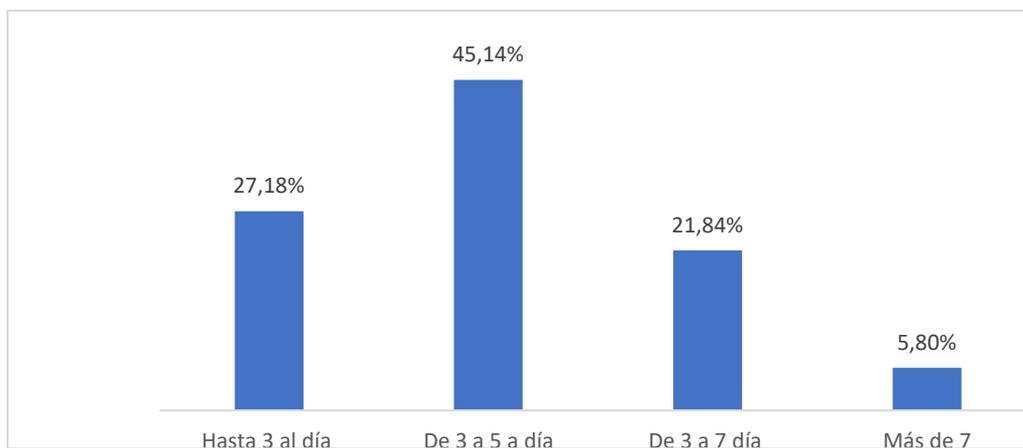
Fuente: Autores

6.4.7 ¿Cuántas veces al día se le da al niño algún alimento/Bebida

Se observó con un porcentaje de 45,14% (n=93) que se le da algún alimento y bebida al niño de 3 a 5 veces al día, y con resultado de 27,18% (n=56) en donde se les da tres veces al día evidenciando que de 3 a 7 veces al día se obtuvo un resultado de 21,84% (n=45) y más de 7 veces al día con 5,80% (n=12). (Ver grafica 27).

Grafica 27

Pregunta 7 de prácticas en salud oral



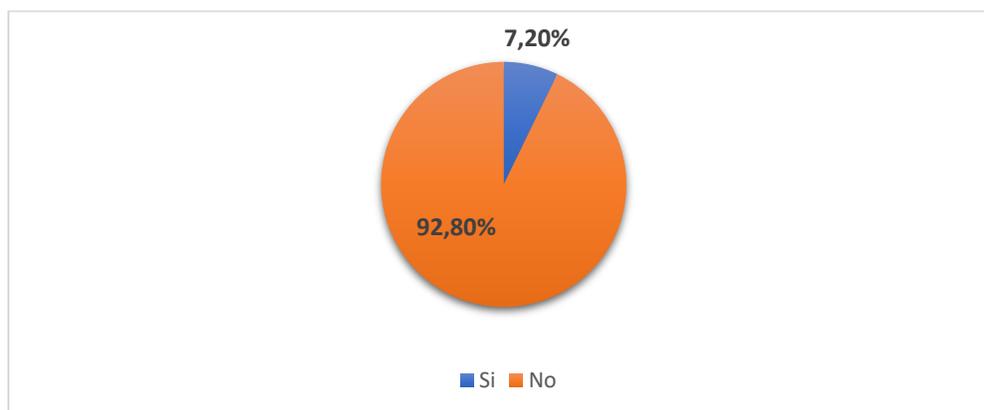
Fuente: Autores

6.4.8 ¿Cuándo el niño se encuentra inquieto el niño se le da un biberon endulzado o un chupo endulzado?

En esta pregunta con dos opciones de respuesta se observa con un 7,20% (n= 15) donde si se le da al niño cuando esta inquieto se le da un biberón o chupo endulzado y 92,80% (n= 191) donde se evidencia que no se les da un biberón o chupo endulzado. (Ver Grafica 28).

Grafica 28

Pregunta 8 de practicas en salud oral



Fuente: Autores

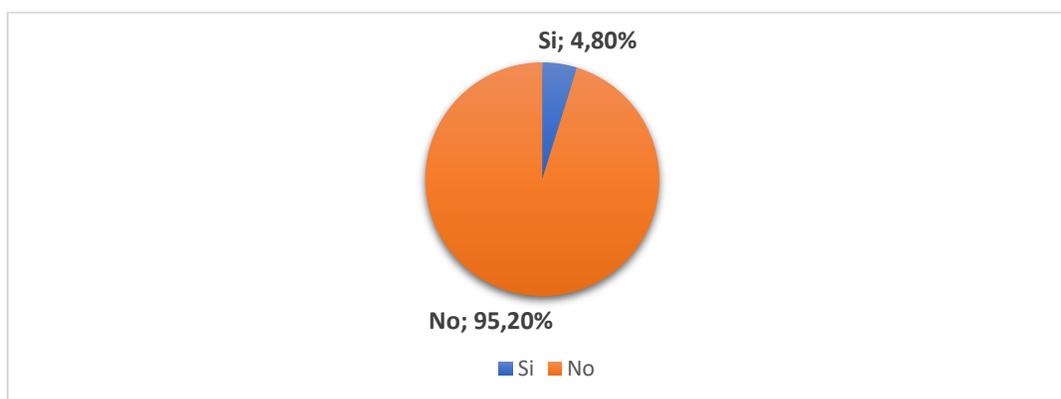
6.4.9 ¿Para dormir al niño de noche se le da un biberon /bebida o chupo endulzado?

Según los encuestados se evidencia un 4,80% (n=10) donde se muestra que si se les da biberón antes de dormir y un 95,20% (n=196) donde no se les da biberón, chupo o bebida endulzado.

(Ver grafica 29).

Grafica 29

Pregunta 9 de prácticas en salud oral



Fuente: Autores

6.5 Consolidado

A continuación, se observan las tablas agrupadas con cada variable y promedio de los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y/o cuidadores.

Tabla 3

Promedio conocimientos

En la tabla se evidencia que la población encuestada tiene un conocimiento aceptable con un porcentaje de 70% que corresponde a 144 personas.

ESCALA	N.º	PORCENTAJE
<i>Escaso</i>	56	27%
<i>Aceptable</i>	144	70%
<i>Bueno</i>	6	3%
TOTAL	206	100%

Tabla 4

Promedio actitudes

En la escala de actitudes se encontró que los padres y/o cuidadores presentan un nivel aceptable con 68% que corresponde a 140 personas.

ESCALA	N.º	PORCENTAJE
<i>Escaso</i>	35	17%
<i>Aceptable</i>	140	68%
<i>Bueno</i>	31	15%
TOTAL	206	100%

Tabla 5***Promedio practicas***

De acuerdo a la escala de prácticas en salud oral, la población encuestada presenta un nivel escaso en 148 personas que corresponde al 72%; es importante recalcar que en esta escala ningún padre y/o cuidador presento un nivel bueno.

ESCALA	N.º	PORCENTAJE
<i>Escaso</i>	148	72%
<i>Aceptable</i>	58	28%
<i>Bueno</i>	0	0%
TOTAL	206	100%

7. Discusión

Se analizaron los registros de 206 padres y/o cuidadores de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas por medio de un instrumento de recolección de datos, los resultados fueron útiles para la comparación con otros estudios ya aplicados nacional e internacionalmente.

Con base a los resultados obtenidos se puede analizar que, respecto a los conocimientos sobre salud dental, el 70% de los encuestados tienen un conocimiento aceptable. Sin embargo, el 27 % tienen un conocimiento escaso. Esto radica principalmente en el 80% de la población recibe información del cuidado principalmente desde un odontólogo, lo que implica que esta instrucción es una o dos veces al año. Estos resultados son similares con Cueto & Soto (2010) donde se concluye que los jóvenes en general tienen un nivel de conocimiento sobre salud oral muy pobre.

Sin embargo, González, Sierra & Morales (2010) realizaron un estudio en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la ciudad de Cartagena, Colombia; donde se obtuvo que los conocimientos observados en los participantes del estudio realizado, la mayor frecuencia fue para el nivel bueno con 58.9%. Además, se puede observar que más de la mitad de los padres o acudientes, creen que la limpieza se debe iniciar desde el nacimiento, esto contrasta con la idea de que se debe realizar cuidado desde que aparece el primer diente, manteniendo la supervisión de un profesional.

Otro factor importante para mencionar es que la mayoría usa crema dental fluorada desde la aparición de los primeros dientes de leche, lo cual es incorrecto dado que el niño debe iniciar el uso de esta desde los 3 años aproximadamente para evitar problemas por el consumo de flúor.

Solo el 27 % lo hace de la manera correcta y cabe resaltar que el 4% usa la crema desde el nacimiento lo cual puede generar problemas más graves a largo plazo tales como fluorosis. Esto radica principalmente en que la supervisión no es la adecuada por tanto se procede a usar la cantidad errónea de crema, también el uso de crema fluorada desde las primeras etapas del niño y aunque como se puede ver en las gráficas 22 y 23 que más de la mitad de los niños se lavan los dientes por la mañana y por la noche cabe mencionar que no necesariamente lo hagan después de cada comida, como es recomendable; según Gómez (2007) reporto que el 93,8% de los niños presenta una frecuencia de cepillado menor o igual de 2 veces al día.

Además, hay que mencionar que según Ramos & González (2009) los niños con riesgo de desnutrición tienen 2,6 veces más probabilidad de presentar fluorosis. Es importante observar que casi la totalidad de los acudientes asumen la responsabilidad de que el niño tenga caries, también los mismos acudientes en un gran porcentaje poseen conocimientos sobre los servicios que ofrecen las entidades prestadoras de salud.

Es importante mencionar que la asistencia mínima de dos veces al año es fundamental, sin embargo, en la población se encuentra que el 3% no ha llevado nunca al niño a un odontólogo y el 13% no va hace más de un año, además en la gráfica 17 se puede ver que el 36% de los padres llevaron a los niños por primera vez a los 2 años, un 13% a los 3 y un 12% a los 4 o más, lo cual es de gran preocupación, puesto que la salud dental de un niño a temprana edad es fundamental.

Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Téllez & Martignon (2010) donde también se menciona que es indispensable reforzar el mensaje de salud oral dirigido a comprometer a los padres en el bienestar oral del niño.

Por otro lado, en el estudio realizado por Petersen (1993) los padres y/o cuidadores

aceptan que la economía juega un papel fundamental en los tratamientos de prevención de caries dental y de la salud en general.

El acompañamiento de un adulto siempre es fundamental a la hora de supervisar las buenas prácticas de higiene bucal y en el caso de este estudio se observa que casi el 25 % de los niños realiza su higiene solo. En estos casos es donde se incurren prácticas erróneas de higiene bucal, de acuerdo con Cupé & García (2015) se coincide que los padres y/o cuidadores presentan un papel importante para que exista salud bucodental, los cuales llevarán a sus hijos a desarrollar hábitos saludables desde temprana edad.

8. Conclusiones

En los resultados se pudo observar que, respecto a los conocimientos y actitudes en la higiene oral, los acudientes de la I.E.D Escuela Normal Superior de Junín es aceptable, respecto a la práctica es altamente preocupante dado que el 0% de los acudientes no posee buenas prácticas y el 72% posee un escaso manejo de buenas prácticas.

Es de gran importancia mencionar que el conocimiento respecto al uso de cremas fluoradas, buenas prácticas y la supervisión de un adulto son los factores que más inciden en el escaso manejo de prácticas, esto se puede mejorar si se realiza una inclusión a los acudientes a charlas educativas de los procesos correctos que se deben manejar en la higiene bucal, puesto que la mayor información es recibida por un odontólogo que en la mayoría de los casos solo se visita una vez al año.

También es importante mencionar que sería de gran aporte realizar una correlación entre los datos cualitativos de la población respecto a los datos obtenidos en las tres categorías, con el fin de observar en que estratos, genero del acudiente entre otros, se presentan los casos de mayor falta de conocimiento, practica y actitud en la higiene oral.

9. Recomendaciones

Generar y fortalecer saberes, relacionados con salud oral, en toda comunidad educativa para incentivar a Padres de Familia y estudiantes en la adquisición y práctica de hábitos saludables.

Proporcionar una orientación adecuada referente a la prevención y promoción de la higiene bucal a Padres de Familia y/o acudientes a través de una información coherente al contexto y al nivel intelectual del grupo.

Desarrollo frecuente de talleres didácticos-pedagógicos que conlleven a la apropiación de la importancia del cuidado bucal y salud en general.

Fomentar en cada uno de los integrantes de la Comunidad Educativa el espíritu de autocuidado y preservación de la salud bucal.

Bibliografía

- Estrada, M. et. al. (2019). *Asociación entre la caries dental y la percepción de los padres sobre la calidad de vida respecto a la salud bucal de sus niños preescolares en la Institución Educativa N°.258; Huari-Ancash* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio CiberTesis.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11395>.
- Agudelo, A. et. al. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 13(27), 181-199.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a11.pdf>.
- Aguirre, L., Camargo A., & Moreno, Y. (2019). *Valoración de riesgos y caries dental en niños escolarizados de 3 a 5 años en el Colegio Liceo Nueva Colombia, Usme 2018* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional.
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10887/1/2019_Valoracion_Riesgo_Caries.pdf.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral: Higiene oral*. Programa Salud Capital.
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>.

Alvarado, A., Buendía, W., & Tovar, E. (2019). El efecto de los padres y de la comunicación mutua en la salud oral de los niños. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 1(6), 530-552.
https://www.researchgate.net/publication/335956506_El_efecto_de_los_padres_de_la_salud_oral_de_los_ninos_y_de_la_comunicacion_mutua.

American Cleft Palate-Cariofacial Association. (2017, 10 de marzo). Dental care for a child with cleft lip and palate. *Blog ACPCA*. <https://cleftline.org/wcontent/uploads/2018/05/Dental-Care-2017.pdf>.

Amazon (2022). Xylin Multi-action Kids – Cepillo de dientes para niños. *Blog Amazon Colombia*. <https://www.amazon.com/-/es/Multi-action-Cepillo-dientes-comprar-gratis/dp/B0081XAIHS>.

Asociación Española de Pediatría. (2019, 10 de junio). Flúor y prevención de la caries: cómo aplicarlo y a quién. *Blog AEPEP*. <https://enfamilia.aeped.es/prevencion/fluor-previene-caries-como-aplicarlo-quien>.

Bances, F., & Sanz, P. (2017, 31 de marzo). ¿Qué es la higiene bucodental?. *Clínica Dental Bances España*. <https://clinicadentalbances.com/odontologia-conservadora/higiene-bucodental/>.

Basch, C., Hammond, R., Guinta, A., Rajan, S., & Baschet, C. (2013). Advertising of toothpaste in parenting magazines. *Journal of Community Health*. 38(5), 911-914.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23674195/#:~:text=We%20identified%20a%20total%20of,at%20least%20one%20toothpaste%20advertisement>.

- Brito, O. (2014). *Análisis de costos del Servicio de Odontología del Hospital de IESS Ambato, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2013 al 31 de Octubre de 2013* [Trabajo de grado Especialista en Salud Pública, Universidad Central del Ecuador]. DSpace. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4659/1/T-UCE-0006-44.pdf>.
- Canizales, S., & Malpica, L. (2018). Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca entre los años 2012 y 2018 [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad El Bosque]. Repositorio Unibosque. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2410/Malpica_Ballesteros_Luisa_Fernanda_2018.pdf?sequence=5.
- Campillay, M. et. al. (2021). Opiniones de familias vulnerables sobre promoción de la salud bucal infantil: Un análisis de contenido. *Revista Ciencia y Enfermería*, 27(6), 1-10. <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-6.pdf>.
- Cartes, R., Araya, N., & Avilés, A. (2012). Parafunciones y caries dentales en preescolares de comunidades pehuenches. *Revista Cubana Estomatología*, 49(4), 295-304. <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n4/est05412.pdf>.
- Castellanos, J., Marín, L., Úsuga, M., Castiblanco, G., & Martignon, S. (2013). La remineralización del esmalte bajo el entendimiento actual de la caries dental. *Universitas Odontológica*, 32(69), 49-59. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201307%2932%3A69%3C49%3AREEACD%3E2.0.CO%3B2-P>.

- Cayo, N., Cosme, V., & Morales, T. (2019). Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. *Revista KirU*, 16(3), 102-107. <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1597/1458>.
- Centro Odontológico EvoDent México. (2019, 22 de marzo). Cantidad de pasta dental ... A veces menos es más [Actualización de estado]. Facebook. <https://m.facebook.com/EvoDentCentro/photos/cantidad-de-pasta-dental-aveces-menos-es-m%C3%A1s/498580070677399/>.
- Chaple, A., & Gispert, E. (2019). “Amar” el índice de O’Leary. *Revista Cubana de Estomatología*, 56(4), e2154-e2160. <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n4/1561-297X-est-56-04-e2154.pdf>.
- Clínica Praxis Dental España. (2017, 16 de marzo). Tipos de cepillos de dientes para niños. *Blog Dentista Infantil de la Comunidad de Toledo*. <http://www.dentistainfantiltoledo.com/tipos-cepillos-dientes-existen-los-ninos/>.
- Colgate-Palmolive Company. (2022, 19 de agosto). Cómo cepillarse los dientes correctamente. *Blog Colgate*. <https://www.colgate.com/es-co/oral-health/brushing-and-flossing/how-to-brush>.
- Colgate-Palmolive Company. (2022, 19 de agosto). Cómo usar el hilo dental correctamente. *Blog Colgate*. <https://www.colgate.com/es-co/oral-health/brushing-and-flossing/how-to-floss>.
- Colgate-Palmolive Company. (2022, 19 de agosto). Cómo usar el hilo dental correctamente. *Blog*

- Colgate*. <https://www.colgate.com/es-co/oral-health/brushing-and-flossing/how-to-floss>.
- Corchuelo J. (2011). Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. *Colombia Médica*, 42(4), 448-457.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n4/v42n4a5.pdf>.
- Cueto, A., Soto, C., & Muñoz, D. (2010). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. *Revista Chil Salud Pública*, 14 (2-3), 363-371.
- Cupé, A., & García, C. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: Desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(2), 112-121.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es&tlng=es.
- De la Rosa, M., Guerra, J., Johnston, D., & Radike, A. (1979). Plaque growth and removal with daily tooth brushing. *J Periodontol*. 50(12), 661-664.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/294479/#:~:text=Plaque%20levels%20were%20measured%20immediately,brushing%20to%20promote%20rapid%20regrowth>.
- Dental and Oral Health. (2016, 17 de febrero). Dental health for kids begins with parents. *Blog NMDOH*. <https://www.nmhealth.org/news/awareness/2016/2/?view=385>.
- Díaz, A. (2021). *Percepción de los padres o cuidadores de los niños de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal dirigida a niños de 6 a 12 años* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Antonio Nariño]. Repositorio UAN.

- <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5819/2/2021%20AndreaMarcelaDiazLinares.pdf>.
- Duangthip, D., & Hung, C. (2020). Challenges in oral hygiene and oral health policy. *Front. Oral. Health*, 10(33), 1-17.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/froh.2020.575428/full>.
- Duarte, Y., Naranjo, D., & Puentes, A. (2018). *Aplicación de estrategias lúdicas pedagógicas para mejorar el aseo e higiene bucal de los niños y niñas del grado transición de 4 a 5 años en el Jardín Dulce Corazón de María del Municipio de Girardot- Cundinamarca* [Trabajo de grado Licenciatura en Pedagogía Infantil, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio UniMinuto.
https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/7135/1/T.PED_DuarteGomezYesikaCamila_2018.pdf.
- Duque, J., Pérez, J. & Hidalgo, I. (2006). Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. *Rev Cubana Estomatol*, 43(1), 1-12.
<http://scielo.sld.cu/pdf/est/v43n1/est07106.pdf>.
- Dutra, V., Azevedo, I., & Figueiredo, M. (1997). Cárie dentária uma doença trnsmissível. *Rev Bras Odontol*, 54(5):293-296. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-210999?lang=es>.
- Escobar, G., & Ramírez, B. (2020). Patrón de caries dental en niños de 3-5 años de un Hogar infantil. *Revista Nacional de Odontología*, 16(2), 1-14.
<https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/3974>.
- Estrada, M. et. al. (2019). *Asociación entre la caries dental y la percepción de los padres sobre la calidad de vida respecto a la salud bucal de sus niños preescolares en la Institución*

- Educativa N°.258; Huari-Ancash* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio CiberTesis.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11395>.
- Federación Dental Mundial. (2015). El desafío de las enfermedades bucodentales: Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2 ed *FMS*.
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_spanish.pdf.
- Fejerskov, O. (1997). Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol*, 25(1), 5-12.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9088687/>.
- González, C., Cano, M., Meneses, E., & Saldarriaga, V. (2016). Conocimientos en salud bucal de los cuidadores del Programa Buen Comienzo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 130-144. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18225>.
- González, A., González, B., & González, E. (2013). Salud dental: Relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr Hosp*. 28(supl.4):s64-s71.
<https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/08articulo08.pdf>.
- González, E., Pérez, S., Alarcón, J., & Peñalver, M. (2015). Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *Anales de Pediatría*, 82(1), e12-e16.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403314000393>.
- Hamasha, A., Rasheed, S., Aldosari, M., & Rajion, Z. (2019). Parents Knowledge and Awareness of their Children's Oral Health in Riyadh, Saudi Arabia. *The Open Dentistry Journal*, 13. 236-241.
https://www.researchgate.net/publication/335271406_Parents_Knowledge_and_Awarene

ss_of_their_Children's_Oral_Health_in_Riyadh_Saudi_Arabia.

Heranz, M. (2016, 5 de abril). Cómo elegir una pasta adecuada para mis hijos. *Clínica Dental Ortodoncia Odontopediatría Guadalajara*. <https://www.ortodonciaheranz.com/>.

Herrera, F. et. al. (2017). Educación para la salud, tipología familiar y el cuidado de la salud bucal del infante. *Revista de Educación y Desarrollo*, 43, 47-55.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/43/43_Herrera.pdf.

ICDAS Foundation. (2014). *International Caries Detection and Assessment System*. ICDAS.
<http://www.icdas.org>.

Jaramillo, A., Tamayo, J., Chavarro, M., Arana, W., & Saldarriaga, A. (2014). Estimación cualitativa del peso de la crema dental en niños. *Rev Cubana Estomatol*, 51(4), 1-18.
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/rt/printerFriendly/462/88>.

Klein, H., Palmer, C., & Knutson, J. (1938). Studies on dental caries, i, dental status and dental needs of elementary school. *Public Health Report*. 53(19), 751-765.
<https://www.jstor.org/stable/4582532>.

Kürschner, A. (2011). Índices aplicados en la profilaxis y el tratamiento periodontal. *Quintessence*, 24(9), 517-523. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-indices-aplicados-profilaxis-el-tratamiento-X0214098511395915>.

Maccha, L., & Montenegro, H. (2017). *Estudio comparativo del índice de placa posterior a la aplicación de dos materiales educativos en diferentes intervalos de tiempo* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio UPCA.

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622502>.

Marcos, E. (2019, 14 de noviembre). Diferencias entre hilo dental y seda dental. *Clínica Dental Marcos España*. <https://dentalevamarcos.com/diferencias-entre-hilo-dental-y-seda-dental/>.

Merck Sharp & Dohme de España. (2021). ¿En qué consiste la prevención en salud?. *Información Básica*. <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/prevencion/informacion-basica/consiste-prevencion-salud.html>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal: Situación en salud bucal para saber cómo estamos y saber qué hacemos*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Orientaciones para la valoración, registro, reporte, cálculo, interpretación y uso del COP por persona (Resolución 202 de 2021)*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-indice-cop-salud-bucal-res-202-2021.pdf>.

Munayco, E., Pereyra, H., & Cadillo, M. (2020). Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños Peruanos con caries de infancia temprana severa. *Odontoestomatología*. 22(36), 4-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v22n36/1688-9339-ode-22-36-4.pdf>.

Municipios de Colombia. (2021). *El Municipio de Junin*.

<https://www.municipio.com.co/municipio-junin.html>

Narváez, M., & Tello, G. (2017). Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. *Revista Odontológica Universidad Central del Ecuador*, 19(1), 1-17.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128572>.

Nithila, A., Bourgeois, D., Barmes, D. & Murtomaa, H. (2014). Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS: Panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 4(6), 411-418.

Recuperado de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8560/4n6a9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

O'Leary, T., Drake, R., & Naylor J. (1972). The plaque control record. *J Periodontal*, 43(1), 38-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4500182/>.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Encuestas de salud buco dental: Métodos Básicos*. WHO.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41997/9243544934_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Promoción de la salud. *Semana del Bienestar*.

<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.

Organización Mundial de la Salud. (2022, 15 de marzo). Salud bucodental. *Blog Datos y Cifras*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

Organización Panamericana de la Salud. (2013, 23 de septiembre). La salud bucodental es esencial para la salud general. *PAHO*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2010). Sistemas de Información para la Salud (IS4H). *OPS - OMS*.

<https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h>.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2013). La salud bucodental es esencial para la salud general. *OPS - OMS*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2021). Las once funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la Región las Américas. *OPS -*

OMS. <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>.

Pacho, I. (2015). *Eficacia, seguridad y efectos adversos de los agentes químicos antiplaca*

[Trabajo de grado Farmacólogo, Universidad Complutense]. Repositorio UC.

<http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/IGNACIO%20PACHO%20LEON.pdf>.

Petti, S., Glendor, U., & Andersson, L. (2018). World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis - One billion living people have had traumatic dental injuries.

- Dent Traumatol*, 34(2), 71-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29455471/>.
- Pitts, N. et al. (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(17030), 1-17. <https://eprints.whiterose.ac.uk/119171/>.
- Podestá, M. (2019, 28 de julio). Caries dental, metabolismo bacteriano y dinámica microbiológica. *Blog Tribune Dental*. <https://la.dental-tribune.com/news/caries-dental-metabolismo-bacteriano-y-dinamica-microbiologica/>.
- Procter & Gamble. (2022). Tipos de hilo dental - Pros y contras. *Blog OralB*. <https://www.oralb.es/es-es/salud-oral/por-que-oral-b/hilo-dental/tipos-de-hilo-dental-pros-contra>.
- Ramírez, B., et. al. (2017). Caries dental en niños de 0-5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries - ICDAS. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 35(1), 91-98. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n1/0120-386X-rfnsp-35-01-00091.pdf>.
- Ramírez, B., González, E., & Morales, J. (2013). Experiencia de caries dental en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años edad, Medellín (Colombia) 2011. *Revista CES Odontología*. 26(2), 36-48. <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n2/v26n2a04.pdf>.
- Ramos, C., & Ramírez, M. (2017). Efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la placa bacteriana en escolares. *Revista UMECIT*, 163, 1-8. <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/view/163/279>.
- Ramos, K., González, F., Luna, L. (2009). Estado de salud oral y nutricional en niños de una

institución educativa de Cartagena. *Departamento de Odontología preventiva y social, Facultad de Odontología*. Universidad de Cartagena.

Ramos, D., Martínez, L., Chica, E., Ortiz, Y., & Díaz, M. (2016). Prevalencia de caries de los escolares de la Institución Educativa Rural El Filo de Damaquiel, municipio de San Juan de Urabá, Colombia, 2014. *Rev Nac Odontol.*, 12(23), 49-56.

<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/7dTC87YBfndPKPhtbjvtfCm/?format=pdf&lang=en>.

Rengifo, H., & Muñoz, I. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Revista Univ Odontol*, 38(80), 1-28.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>.

Rocha, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 12(25), 96-112.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf>.

Rodríguez, J., & Barbesi, D. (2018). Conocimientos de higiene oral de acudientes y su relación con caries en menores de 5 años. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 7-17.

https://www.researchgate.net/publication/328622257_Conocimientos_de_higiene_oral_de_acudientes_y_su_relacion_con_caries_en_menores_de_5_anos.

Rodriguez, J. (2006). Junin de Chipazaque “De Junin Señor” AS DISEÑO P&M LIMITADA.

Saldarriaga, A., Arango, C., Avendaño, L., & Gutiérrez, C. (2010). *Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua del Área Metropolitana del Valle de Aburrá*

[Trabajo de grado Odontólogo, Universidad CES]. RediCES.

<https://repository.ces.edu.co/handle/10946/639>.

Sales, R., & Tomei, R. (2011). Wellness and preventive dental service. *BiomeDent On-Side Dental*. <https://www.uhd.edu/administration/employment-services-operations/benefits/Boo%20Bash%20Presentations/biomedent.pdf>.

Saliba, C., Barreto, G., Moraes, F., Íspers, A., & Moreira, R. (2015). Oral health education in school: Parents' attitudes and prevalence of caries in children. *Rev Odontol UNESP* 44(5), 285-291.
https://www.researchgate.net/publication/282593380_Oral_health_education_in_school_parents'_attitudes_and_prevalence_of_caries_in_children.

Sánchez, M. et. al. (2018). Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Universidad Y Salud*, 21(1), 27-37. <https://doi.org/10.22267/rus.192101.137>.

Secretaría de Salud de Medellín. (2017). ¡Cuida tu boca, es por vos!: Fortalecimiento del cuidado bucal durante la primera infancia. *Repository CES*.
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3578/Cartilla%20Higiene%20oral%20primera%20infancia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Secretaría de Salud de Medellín & Universidad de Antioquia. (2018). Cobertura y costos de los servicios de salud bucal en el plan de beneficios. *Centro De Investigaciones y Consultorías*.
https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Salud%20Bucal/Informe%20final%20salud%20bucal.pdf.

- Seguros Centauro México. (2017, 15 de octubre). Estrategias para prevenir las caries infantiles. *Escala del Problema Dental*. <http://www.centauro.com.mx/estrategias-para-prevenir-las-caries-infantiles/>.
- Sirona, D. (2021). Tipos de pastas de dientes. ¿Cuántos hay y para qué sirven?. *Gaceta Dental*, 10(15), 1-7. <https://gacetadental.com/2021/10/tipos-de-pastas-de-dientes-110156/>.
- Sorenson, L. et. al. (2015). Parents' Knowledge of Children's Oral Health and Their Ability to Retain Information. *Nevada Journal of Public Health*, 14(29), 10-20. https://www.researchgate.net/publication/275891429_Parents'_Knowledge_of_Children's_Oral_Health_and_Their_Ability_to_Retain_Information.
- Spencer, J., et. al. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1789–8583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6227754/>.
- Suárez, E., & Velosa, J. (2013). Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. *Univ Odontol*, 32(68), 117-124. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5026016>.
- Taboada, O., Cerón, J., & Rodríguez, A. (2018). Frecuencia y distribución de enfermedades periodontales asociadas a placa bacteriana en pacientes que acuden a una clínica universitaria. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 75(3), 147-152. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183f.pdf>.

- Taboada, O., & Rodríguez, K. (2018). Prevalence of plaque and dental decay in the first permanent molar in a school population of south Mexico City. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 75(2), 113-118.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n2/1665-1146-bmim-75-02-113.pdf>.
- Tello, G., & Narváez, A. (2017). *Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes* [Trabajo de grado Odontólogo, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/9476>.
- Tellez, M., Martignon, S., Lara, J., Zzuluaga, J., Barreiro, L., Builes, L., Córdoba, D., Gómez, J. (2010). Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *Revista CES Odontología*, Vol. 23 No. Medellín, Colombia.
- Warren, E., Hilton, B., Jia, N., & Evans, W. (2016). The caries management system: updating cost-effectiveness with 4-year posttrial data. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1(3), 1-9.
https://www.researchgate.net/publication/306136996_THE_CARIES_MANAGEMENT_SYSTEM_UPDATING_COST-EFFECTIVENESS_WITH_4-YEAR_POSTTRIAL_DATA.
- Zelocuatecatl, A., Ávila, H., & Caballero, I. (2019). Actitudes y prácticas ante la búsqueda de atención odontológica en personas de la ciudad de México. Estudio cualitativo.

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Ciudad: _____

1. Yo, _____ Identificado con C.C () CE () No _____ con residencia en _____ teléfono _____ de _____ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Facultad de odontología, del grupo de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en padres y cuidadores de la primera infancia en el I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca”, de la Universidad Antonio Nariño va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.
2. Los estudiantes quedan autorizados para llevar a cabo o solicitar la práctica de procedimientos con el fin de obtener que conocimientos, actitudes y practicas tienen los padres y/o cuidadores del I.E.D Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca sobre salud e higiene oral; el estudio llevará a cabo procedimientos odontológicos y la aplicación del instrumento de recolección de datos que contiene 22 preguntas. **Los datos personales serán de uso exclusivo del estudio.**
3. Los estudiantes informan a la persona responsable del paciente de la existencia de riesgos: Esta investigación consta de un riesgo mínimo para los participantes.
4. He recibido claras instrucciones y me han explicado que existe un riesgo mínimo, donde declaro expresamente que lo asumo.
5. Se me ha explicado que la atención odontológica de que seré objeto es desarrollada conjuntamente por los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño que están bajo su supervisión y formación. En efecto se me explica de manera clara y completa esta situación donde declaro mi expresa aceptación del estudio a realizar.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad

FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE

CC _____ De _____



Huella

Anexo 2. Instrumento de recolección de la información

INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS										 UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO			
CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL													
CEDULA ACUDIENTE N°										FECHA:			
NOMBRE PADRE/ACUDIENTE													
DOCUMENTO	C.C.	T.I.	R.C.			SEXO	F	M					
ESTADO CIVIL	SOLTERO	<input type="checkbox"/>	CASADO	<input type="checkbox"/>	VIUDO	<input type="checkbox"/>	OTRO						
LUGAR DE NACIMIENTO										FECHA			
DIRECCION DE LA VIVIENDA										TELEFONO			
OCUPACIÓN					NIVEL EDUCATIVO	Primaria	<input type="checkbox"/>	NIVEL SOCIAL					
						Bachillerato	<input type="checkbox"/>						
						Técnico	<input type="checkbox"/>						
						Tecnólogo	<input type="checkbox"/>						
						Profesional	<input type="checkbox"/>						
NOMBRE DEL ESTUDIANTE								RC /T.I					
ENCUESTAS A PADRES/ACUDIENTES:													
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL													
1. ¿En su opinión, ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?	1		Asistiendo al odontólogo										
	2		Con una limpieza adecuada de los dientes										
	3		Con una buena alimentación										
	4		Evitando el consumo de dulces										
	5		Otra Cual _____										
2. ¿Quién le ha informado cómo cuidar los dientes del niño?	1		Nadie										
	2		Médico/enfermera										
	3		Odontólogo										
	4		Jardinera / madre comunitaria /cuidador										
	5		Encargado de la droguería										
	6		Televisión, radio, folleto, etc.										
	7		Otra Cual _____										
3. ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño?	1		Desde que el niño/a nace										
	2		Desde que aparecen los dientes de leche										
	3		Desde que tiene todos los dientes de leche										
	4		Desde que aparecen los dientes definitivos										
	5		A cualquier edad es igual										
	6		Otra Cual _____										
4. ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental fluorada?	1		Desde que el niño/a nace										
	2		Desde que aparecen los dientes de leche										
	3		Desde que tiene todos los dientes de leche										
	4		Desde que aparecen los dientes definitivos										
	5		A cualquier edad es igual										
	6		Otra Cual _____										
5. ¿Quién o quiénes son los responsable/s de que el niño muestre señales de caries?	1		Los padres de familia										
	2		Las jardineras (profesores/as)										
	3		El odontólogo										
	4		Otra Cual _____										
6. ¿Sabe usted cuáles son los servicios de salud bucal a los que los niños tienen derecho en forma incluida en la EPS? Puede marcar varias opciones)	1		Flúor										
	2		Sellantes										
	3		Limpieza de los dientes										
	4		Educación en salud bucal										
	5		Otra cual? _____										
7. ¿Usted ha asistido al odontólogo en el último año?			SI										
			NO										

8, ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?	1	Revisión o examen	
	2	Urgencia	
	3	limpieza o prevencion	
	4	Calzas	
	5	Otra cual? _____	
9, ¿Cuánto tiempo hace que llevó al niño(a) a un odontólogo por última vez?	1	Nunca se ha llevado al odontologo.	
	2	Hace menos de 6 meses	
	3	Entre 6 meses a un año	
	4	Hace mas de un año.	
	5		
10, A qué edad llevó por primera vez al niño al odontólogo	1	Nunca	
	2	Antes del primer año	
	3	A los 2 años.	
	4	A los 3 años	
	5	A los 4 años o 5 años	
11, ¿Cuál fue el motivo o problema dental del niño por el que consultó al odontólogo la última vez?	1	Revisión o examen	
	2	Urgencia	
	3	Limpieza o prevencion	
	4	Calzas	
	5	Otra cual? _____	
12, Si el odontólogo le ha aplicado flúor al niño/a, cada cuánto se lo aplican?	1	Nunca le han aplicado	
	2	Cada 6 meses	
	3	Cada año	
	4	Infrecuentemente	
	5		
13, ¿Cuándo le empezaron a realizar higiene oral al niño?	1	Desde que nació	
	2	Nunca se le ha realizado higiene oral	
	3	Desde que le empezaron a aparecer los dientes	
	4	De 1 año	
	5	De 2 años	
	6	De 3 años o mayor	
14, ¿Quién hace la higiene de la boca del niño/a?	1	El niño solo	
	2	Entre el niño y uno de los padres o acudientes	
	3	Uno de los padres o acudientes	
	4		
	5		
15 ¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados?	1	Siempre	
	2	Casi siempre	
	3	Neutral	
	4	Casi nunca	
	5	Nunca	
16, ¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados?	1	Siempre	
	2	Casi siempre	
	3	Neutral	
	4	Casi nunca	
	5	Nunca	

17. ¿Se utiliza crema dental fluorada para el cepillado de los dientes del niño?	SI	
	NO	
18. ¿Quién pone la crema dental sobre el cepillo?	El niño	
	Padres y acudientes	
19. Marque cuál es la cantidad de crema que se aplica al cepillo para el cepillado de los dientes del niño.		
		
		
20. ¿Cuántas veces al día se le da al niño algún alimento/bebida?	1	Hasta 3 al día
	2	De 3 a 5 a día
	3	De 5 a 7 día
	4	Más de 7
	5	
21. ¿Cuando el niño se encuentra inquieto se le da un biberón endulzado o un chupo endulzado?	SI	
	NO	
22. ¿Para dormir al niño de noche se le da un biberón / bebida o chupo endulzado?	SI	
	NO	

1. Yo, _____ Identificado con C.C () CE () No _____ con residencia en _____ teléfono _____ de _____ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Facultad de Odontología, del grupo de investigación "Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de la Escuela Normal Superior de Junín Cundinamarca en el año 2022", de la Universidad Antonio Nariño va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE
CC _____ De _____