

**CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL
DE CUIDADORES Y ESCOLARES EN EL MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ
CUNDINAMARCA**

Investigadoras

**STEFANY CASTRO CASTIBLANCO
YETNY CASTRO CHAPARRO
MARÍA ANGÉLICA GUERRERO RODRÍGUEZ
ELENA MARÍA CARRIÓN SÁNCHEZ
LUISA FERNANDA GONZALEZ TORRES**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN PREGRADO ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C. 2012**

**CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL
DE CUIDADORES Y ESCOLARES EN EL MUNICIPIO DE ZIPAQUIRÁ
CUNDINAMARCA**

Investigadoras

**STEFANY CASTRO CASTIBLANCO
YETNY CASTRO CHAPARRO
MARÍA ANGÉLICA GUERRERO RODRÍGUEZ
ELENA MARÍA CARRION SÁNCHEZ
LUISA FERNANDA GONZALEZ TORRES**

**Asesor Científico y Metodológico
DRA MARTHA LUCIA CAYCEDO
Odontóloga – Epidemióloga
MS BIOÉTICA**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN PREGRADO ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C. 2012**

**A nuestros padres, quienes fueron
artífices y patrocinadores de esta
incesante lucha por alcanzar el éxito.**

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	10
1 ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.3 PROPÓSITO	14
1.4 MARCO TEÓRICO.	14
1.5 MARCO CONCEPTUAL	18
1.6 MARCO REFERENCIAL	22
1.7 MARCO LEGISLATIVO	27
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	31
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	31
2.2 OBJETIVO DE ESTUDIO	31
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	31
2.3.1 Muestra.....	31
2.3.2 Caracterización de la población	31
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	31
2.4.1 Criterios de Inclusión	31
2.4.2 Criterios de Exclusión	31
2.5 VARIABLES.....	32
2.6 PROCEDIMIENTO.....	34

2.6.1	Análisis estadístico	34
2.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
2.8	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	35
3	RESULTADOS	40
4	DISCUSIÓN	52
5	CONCLUSIONES.....	55
6	RECOMENDACIONES	56
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales son uno de los problemas que afecta con mayor frecuencia a la población en especial a las comunidades más pobres, posiblemente porque el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado. Es importante tener conocimiento acerca de las enfermedades (caries, periodontitis, fluorosis, etc) que afectan a las personas en cualquier momento de la vida y que podría ser evitada por medio de buenos hábitos de higiene oral, alimentación, conocimiento y al mismo tiempo tratar que las personas acepten cambiar sus conductas negativas para que favorezca una buena salud y cuidado oral adecuado.(1)

La enseñanza en higiene oral, como estrategia en la promoción busca conducir a la persona y a la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta afianzar en el mejoramiento de las condiciones de salud. Para lograr cumplir con el objetivo de atención preventiva el profesional debe reconocer las conductas y hábitos de los pacientes que deben ser modificados, para que éste logre apropiarse de los nuevos conceptos y hábitos saludables.(2)

La salud oral de los escolares del municipio de Chía- Cundinamarca revelada en estudios como el realizado por Caycedo y col en el 2006, evidencian la alta prevalencia de caries dental la cual alcanza valores de 64%, y las necesidades de

tratamiento de esta población. Para la instauración de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral, es necesario conocer que piensan ellos de su salud oral, que prácticas de higiene oral desarrollan, cuáles son sus creencias sobre el cuidado de su cavidad oral. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, que tienen los padres y escolares de los colegios oficiales del municipio de Zipaquirá-Cundinamarca?

El objetivo de la presente investigación fue determinar cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas en salud oral de los escolares y padres de los colegios oficiales del municipio de Chía Cundinamarca.

1 ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los padres, el entorno familiar y los cuidadores por ser los conductores primarios de la socialización de los niños, tienen un papel principal en la promoción de la salud, el cual no ha sido considerado en lo que a la salud bucal se refiere, ya que los programas de promoción y prevención específica se encuentran dirigidos, fundamentalmente a las escuelas. Ésta última, es también una institución decisiva en la formación de los niños, pero con muy poca participación por parte de los padres.³

El Colegio Odontológico desarrolla programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los colegios oficiales del área de influencia de la Institución. Un componente fundamental para el desarrollo de estrategias es el conocimiento, las creencias, actitudes y prácticas en salud oral de los padres, cuidadores y niños, por lo cual se quiere conocer ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, que tienen los padres y escolares de los colegios oficiales de la zona de Zipaquirá, municipio de Cajicá-Cundinamarca?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Diferentes estudios como los realizados por Tolvanen han demostrado la relación de las madres con los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de sus hijos. Por lo cual es importante tener en cuenta para el desarrollo de programas

de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a las madres como eje fundamental en las estrategias seleccionadas para los programas⁴. En el trabajo adelantado por Tolvanen se evidenció que factores como las condiciones de trabajo de las madres, familias numerosas y pobres prácticas de higiene oral, son predictores de caries dental. Igualmente influyen otros factores como la falta de orientación de los padres, los conocimientos sobre salud oral y una dieta cariogénico.

La salud oral de los escolares del municipio de Chía- Cundinamarca revelada en estudios como el realizado por Caycedo y col en el 2006, evidencian la alta prevalencia de caries dental la cual alcanza valores de 64%, y las necesidades de tratamiento de esta población.

Para la instauración de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral, es necesario conocer que piensa ellos de su salud oral, que practicas de higiene oral desarrollan, cuáles son sus creencias sobre el cuidado de su cavidad oral.

Es evidente que la caries dental continua siendo un problema de salud pública que afecta la población escolar y que requiere una intervención oportuna y acorde con las creencias y cultura de la población. Una adecuada educación en higiene buco-dental en niños es indispensable para que éstos adquieran desde la infancia unos

hábitos saludables que prevengan posibles enfermedades odontológicas en el futuro.

Por lo anterior es relevante conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, cuidadoras y niños del municipio de Chía donde se realizan prácticas clínicas por parte de los estudiantes y docentes del UNICOC, reconocer estos parámetros de la población permitirá realizar campañas de promoción y prevención más acordes a la realidad de la población, el acercamiento a la misma será más estrecho.

1.3 PROPÓSITO

Es herramienta fundamental en el establecimiento de protocolos adecuados en los programas preventivos de salud oral, entendiéndose este último como la implementación exitosa de técnicas de salud oral que mantengan fuera de riesgo a la población en general.

1.4 MARCO TEÓRICO.

La promoción de la salud es definida como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar, donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño, y se

convirtieren en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor, que contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud.⁵

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal.⁶

Las enfermedades bucodentales son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a la población en especial a las comunidades más pobres, posiblemente porque el acceso a atención sanitaria bucodental que es limitado. Es importante tener conocimiento acerca de las enfermedades (caries, periodontitis, fluorosis, etc) que afectan a las personas en cualquier momento de la vida y que podría ser evitada por medio de buenos hábitos de higiene oral, alimentación, conocimiento y al mismo tiempo tratar que las personas acepten cambiar sus conductas negativas para que favorezca una buena salud y cuidado oral adecuado.⁷

“La actividad educativa debe orientarse en forma bidireccional, como un proceso en el cual ambos actores, tanto los profesionales de la odontología como la población que participa, aprendan en forma recíproca, reconociéndose el conocimiento previo que los mismos tienen en cuanto a la salud bucal y

compenetrándose con el ámbito donde tienen origen y reproducción los hábitos en forma general: la familia”.

La enseñanza en higiene oral, como estrategia en la promoción busca conducir a la persona y a la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta afianzar en el mejoramiento de las condiciones de salud. Para lograr cumplir con el objetivo de atención preventiva el profesional debe reconocer las conductas y hábitos de los pacientes, que deben ser modificados para que éste logre apropiarse de los nuevos conceptos y hábitos saludables.⁸

El objetivo fundamental de la educación en salud es producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes, de esta forma se facilita la adquisición de habilidades y origina modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida.⁹

Algunos estudios señalan que es fundamental la participación permanente de la familia en la educación inicial, para establecer así una mutua complementariedad entre la familia y los agentes educativos externos, dado que cada uno aporta aspectos comunes y diferenciales en un ámbito tan delicado como es el crecimiento y formación del niño en sus primeros años de vida.¹⁰

Según Martignon, la adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida.¹¹

Se puede decir que los conocimientos actitudes y prácticas de las personas son diferentes en el auto cuidado de la salud bucal, ya que cada individuo tiene una visión diferente del por qué se presentan las enfermedades dentales o como se puede prevenir. Agudelo, 2005 al evaluar los conocimientos en salud oral de escolares, encontró que "los escolares saben que el odontólogo es un profesional que tiene relación con los dientes. Los niños de mayor edad asocian su labor con actividades integrales en promoción y prevención; esto es coherente con los planteamientos de la psicología cognitiva en donde el niño es capaz de realizar un pensamiento más lógico de las cosas y es más auto reflexivo a medida que pasan los años".¹²

"La higiene diaria oral y visitas regulares al odontólogo son componentes importantes de la atención bucodental." Y es allí donde se debe iniciar la comunicación entre el profesional, médico de familia u odontólogo, y el paciente para mejorar los índices del cuidado oral que en la mayoría de los casos son alarmantes, sobre todo en la población infantil".

Investigaciones realizadas por expertos en salud oral parecen coincidir en la importancia de la modificación de los métodos utilizados por las campañas de prevención, ya que según muestran los resultados, estas no consiguen resultados duraderos y significativos ni en el corto ni en el largo plazo.

“...la educación tradicional la cual fomenta un aprendizaje reproductivo o simplemente asociativo que tiene como palabra clave memorizar y no permitir a las personas crear su conocimiento a partir de la observación y de sus vivencias personales. Este tipo de estrategia está condenada al fracaso. Los programas en salud oral deben partir de una investigación cualitativa que permita asegurar una comprensión adecuada de la población y dar lugar a una comparación y evaluación del impacto de la campaña preventiva.”¹³

En la promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad bucal se encuentra que participan varias disciplinas claramente diferenciadas como las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación, que serán el núcleo básico sobre el que se sustenta el programa tanto teórico como práctico de la promoción y prevención de la salud oral.¹⁴

1.5 MARCO CONCEPTUAL

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁵

Dentro de las enfermedades de la cavidad oral que pueden afectar a la población infantil y que pueden verse acrecentadas por los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, se encuentran la enfermedad periodontal y la caries entre otras.

La enfermedad periodontal es un término utilizado para describir una entidad inflamatoria específica que afecta la encía, el tejido conectivo y el hueso alveolar, los cuales determinan el anclaje o inserción de los dientes al hueso basal. Este término se refiere a: gingivitis que son los cambios patológicos relacionados con la presencia de microorganismos en el surco gingival y se caracteriza clínicamente por inflamación gingival, profundidad de sondaje que no excede 3 mm, siendo un proceso reversible. No se observa pérdida ósea ni cambios radiográficos y la periodontitis se define como una enfermedad infecciosa que produce inflamación en los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea. La enfermedad periodontal, es multifactorial con el papel imprescindible de las bacterias relacionadas a la placa bacteriana.¹⁶

La gingivitis inducida por placa es una inflamación de la encía debida a la localización de bacterias en el margen gingival, y que posteriormente se puede extender a toda la unidad gingival. Los hallazgos clínicos característicos son el eritema, edema, sangrado, sensibilidad y agrandamiento. Su severidad puede

verse influenciada por la anatomía dentaria así como por las situaciones restauradoras o endodónticas de cada caso.¹⁷

La enfermedad gingival de origen fúngico incluyen aspergilosis, blastomicosis, candidiasis, coccidioidomicosis, criptococcosis, histoplasmosis, mucormicosis y paracoccidioidomicosis, siendo las más frecuentes la candidosis y la histoplasmosis. La primera, producida sobre todo por *Candida albicans*, raramente se manifiesta en la encía de sujetos sanos. Otras formas de presentación son la candidosis pseudomembranosa, eritematosa, en placas o nodular. La histoplasmosis es una enfermedad granulomatosa causada por el *Histoplasma capsulatum* que se puede encontrar en las heces de los pájaros y los murciélagos. Se inician como lesiones nodulares que después se transforman en ulcerativas y dolorosas y que pueden tener una apariencia como la de un tumor maligno.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad.

La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por causa del desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante,

esto da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de los tejidos duros. En el proceso de destrucción del diente se alternan períodos de progresión con fases de detención y reparación parcial del daño tisular, y esta enfermedad depende de un equilibrio entre la naturaleza y la intensidad de la respuesta biológica del huésped, y se establece en la boca mucho tiempo antes de producir manifestaciones clínicas en forma de lesiones visibles.¹⁹

Los conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de la caries determinan que hoy en día deba diferenciarse entre la caries como enfermedad y la lesión de caries como una secuela de dicha enfermedad. Actualmente, el avance de las técnicas diagnósticas y preventivas hace posible el tratamiento de la enfermedad de caries; o sea el tratamiento causal; el cual puede hacer que el equilibrio de fuerzas se desplace a favor del huésped y combatir la enfermedad antes de que aparezcan secuelas irreversibles²⁰

Otra enfermedad que puede presentarse con frecuencia debido a los malos hábitos orales, a las creencias y costumbres es la fluorosis dental, entendida como un defecto en la formación del esmalte. El flúor aportado en altas concentraciones a lo largo del período de desarrollo del diente provoca un defecto en la estructura y mineralización de la superficie ofreciendo éste un aspecto poroso. Para que aparezca fluorosis en los dientes son condiciones indispensables: un consumo

excesivo de flúor (aproximadamente por encima de 1,5 mg/litro) de forma prolongada y que el consumo coincida con el período de formación de los dientes (desde la gestación hasta los ocho años de edad).²¹

El desarrollo de la fluorosis está en función de varios factores como son: de la cantidad de fluoruro, del tiempo de exposición, del estadio de desarrollo dentario durante el tiempo de exposición y de la variación en la susceptibilidad individual. Estudios recientes han sugerido que el periodo de mayor susceptibilidad, en los incisivos centrales superiores, generalmente comienza al año y medio de edad y continúa hasta los 3 años. En los varones, el periodo más crítico se extiende entre los 15 y 24 meses, en tanto, en las niñas es entre los 21 y 30 meses.²²

1.6 MARCO REFERENCIAL

Martignon, 2003, destaca el hecho de que alrededor de la mitad de los padres de familia/ cuidadores y las jardineras perciban que no han recibido información sobre cómo cuidar los dientes de los niños/as, coincidiendo con el análisis de las representaciones sociales en salud bucal del ENSAB III. Además, sostiene que la información proviene del odontólogo en menos del 80%.²³

Una de las campañas más reconocida en Colombia es la llamada "**Doctor Muelitas**", auspiciada por Colgate Palmolive, la cual llegó a los colegios para enseñarles a los niños a cepillarse los dientes. En 1971 llegó Muelitas a los colegios, con un extenso material didáctico que se entregaba a los maestros, y

hoy se han beneficiado cerca de 4.000 planteles educativos en todo el país. El resultado detectado en esta campaña, es que los niños captaron mejor el mensaje y hay un cambio de hábitos de higiene, pues la salud oral de la población infantil mejoró. Posteriormente se incorporó el programa "**Sonrisas brillantes, futuros brillantes**", que consiste en llevar a los colegios materiales que pueden ser usados como parte del pensum académico y que tienen como finalidad difundir durante todo el año lectivo, las buenas prácticas de higiene bucal y a la vez reforzar la autoestima de los pequeños. Por medio de este material educativo se llega también a los padres, para que ellos supervisen el cepillado de los niños y así garanticen la continuidad del programa fuera de las aulas. Por eso, la empresa Colgate también inició un proyecto que ha denominado 'Una mirada adulta al cuidado de su salud oral', que consta de videos, afiches y cartillas educativas que se distribuyen a través de Secretarías de Salud, facultades de odontología, EPS, IPS.²⁴

Poutanen, 2005 reportó que la mayoría de los niños considera que es importante cepillarse los dientes por la sensación de frescura, la mayoría de los niños consideran que es importante cepillarse los dientes cuando va al dentista, la mayoría también considera importante el cepillado para evitar la caries dental y la decoloración de los dientes, así como para tener un aliento fresco. En conclusión el conocimiento desfavorable, las actitudes, creencias y comportamiento tienden a acumularse en los mismos niños. Los factores asociados con el comportamiento

desfavorable fueron el género masculino, la madre de bajo nivel de habilidad de ocupación, y el escaso conocimiento del niño de hechos relacionados con la salud oral.²⁵

En el estudio adelantado por Muñoz y colaboradores, 2005 en México, sobre el conocimiento de los médicos a cerca de salud bucal, encontraron que, "El porcentaje de médicos familiares que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno y regular sobre el Programa de Estomatología Preventiva fue mayor de 85 %, lo cual indica que el personal médico de primer nivel de atención conoce adecuadamente el Programa, por lo que es necesario que lo aplique en la atención del usuario. No obstante que el nivel de conocimiento fue de regular a bueno, es necesario realizar más estudios sobre el tema, con el fin de comparar los resultados obtenidos y mejorar la capacitación del médico familiar en estomatología preventiva, estrechando el enlace de éste con el estomatólogo en el primer nivel de atención

Según, Bernabé Ortiz Eduardo, Sánchez-Borjas Pablo César Y Delgado-Angulo Elsa Karina, 2006 en el estudio adelantado en el Perú, titulado "efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses", reportan que: "A diferencia de la mayoría de estudios previos realizados en poblaciones infantiles la intervención se realizó en la comunidad más que en un centro educativo. Si bien la iniciativa de "escuelas promotoras de salud" ha demostrado

ser efectiva, pocos estudios han planteado modelos alternativos dirigidos a resolver las necesidades de salud oral de la población infantil. La búsqueda y comparación de diferentes modelos de atención a grupos es una parte esencial de la salud pública.²⁶

En una evaluación realizada en Bogotá por medio de la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Secretaría de Salud, en niños con edades entre los 5 y 7 años, de 60 instituciones públicas incluidas en el desarrollo de la estrategia *Escuela Saludable*, se encontró que el 77% de los niños se había cepillado la noche anterior y el 13% usaba seda dental. El 77% ha tenido caries alguna vez en su vida y el 68% presentaba caries activa, enfermedad no tratada en la dentición temporal al momento del examen.²⁷

Hattne, Kerstin, 2007, sostiene aunque el cepillado se considera la actividad más importante para mantener una buena salud oral, el olvido y la falta de tiempo son las principales razones por no cepillarse los dientes. Por otra parte el suministro de información adecuada sobre el riesgo de caries fue percibida como importante. La conclusión principal del estudio es que es importante para los profesionales de la odontología el animar a los pacientes en riesgo de caries a adoptar un comportamiento saludable y una actitud positiva frente a su salud oral.²⁸

Saied-Moallemi, 2008, observó que las madres con mayor nivel de conocimiento sobre salud bucal y una mejor actitud frente al cepillado de los dientes favoreció la salud oral y el número de veces que se cepillan los dientes sus hijos, mientras que con las madres que tuvieron menor actitud positiva ante la práctica de cepillado dental sus hijos presentaron menor número de cepilladas diarias y menor calidad de salud oral²⁹.

Klock, Kristin S, 2010, al estudiar las actitudes y factores de riesgo de caries dental en niños de 3 a 5 años encontraron que el nivel de educación y el origen o procedencia de los padres (No tener la educación superior y ser de origen no occidental) fueron variables que se asociaron con el riesgo de actitud", por lo cual concluyen que es necesario establecer programas culturalmente adaptados de educación para la salud oral para promover actitudes más positivas en cuanto a salud oral se refiere.³⁰

Amin,T, 2010, encontró que las malas prácticas de higiene bucal, la falta de orientación de los padres, los conocimientos inadecuados de salud oral, la exposición frecuente a los alimentos cariogénicos, además de factores socio-demográficos son los principales factores de riesgo de caries dental entre los estudiantes encuestados.³¹

Mani, 2010, observó que el 71% de los cuidadores de lactantes no sabía que la alimentación con biberón con frecuencia puede causar caries en los dientes, dar líquidos endulzados en botellas o biberones se practicaba en un 53% de los cuidadores, las actitudes parecía regirse por las prácticas culturales de la región en lugar de los conocimientos obtenidos, el conocimiento no se traduce a la práctica adecuadamente. En conclusión la aplicación de programas de promoción de la salud oral para los cuidadores, para contrarrestar la caries de la primera infancia es importante pues el conocimiento actual de en salud oral por parte de los cuidadores no es la suficiente ni la adecuada.³²

1.7 MARCO LEGISLATIVO

La ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), determina la organización, administración, financiación, control y obligaciones del sistema de salud. Contempla los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, concertación y calidad en la prestación del servicio.

Acuerdo 33 de 1996 del consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS). Fija los criterios de utilización, distribución y manejo de los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, que se destinarán principalmente a las actividades de prevención de la enfermedad.

Resolución 3997 de octubre de 1996. Establece las actividades y los procedimientos para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. En esta norma se hace la distinción entre promoción y prevención; en el artículo 3° definió la promoción en el sistema general de seguridad social

En el capítulo II se establecen Programas de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral así como las actividades de promoción y prevención siendo las pertinentes para la población objeto de estudio las siguientes: Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales y posturales, técnicas de cepillado: Control de placa bacteriana. Control de crecimiento y desarrollo, de funciones vitales (respiración, fonación, deglución, succión). Colocación de flúor tópico. Colocación de sellantes.

En el Capítulo III Se Establece La Programación Y Estrategias Para El Desarrollo De Las Actividades De Promoción Y Prevención. El Artículo 7° Hace Referencia A La Programación De Actividades. Para el desarrollo de los contenidos enunciados en el Artículo sexto de la presente Resolución, las EPS, Entidades Adaptadas y ARS deberán realizar una programación anual de los contenidos de promoción y prevención, adecuada al perfil epidemiológico de su población afiliada, orientada a producir un impacto medible de la situación de salud. Las EPS, Entidades

Adaptadas y ARS deberán ajustar y armonizar su programación a las metas territoriales y nacionales en salud pública.

Resolución 4288 de noviembre de 1996. Define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, de carácter gratuito, estatal y obligatorio. Identifican las acciones de promoción desde la salud pública: La salud integral de los niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía.

Resolución 3997 de 1996, Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del SGSSS y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud.

Resolución Número 412 De 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y

se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Determinar cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas en salud oral de los escolares y padres de los colegios oficiales del municipio de Cajicá Cundinamarca.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos actitudes y prácticas de los escolares de colegios oficiales la zona de Zipaquirá, municipio de Cajicá Cundinamarca.
- Identificar los conocimientos actitudes y prácticas de los padres y cuidadores de escolares de los colegios oficiales del municipio de Cajicá Cundinamarca.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal.

2.2 OBJETIVO DE ESTUDIO

Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en escolares del municipio de Cajicá en la zona de Zipaquirá, Cundinamarca.

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Escolares del municipio de Cajicá, zona de Zipaquirá

2.3.1 Muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia

2.3.2 Caracterización de la población

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.4.1 Criterios de Inclusión

- Escolares matriculados
- Escolares que presenten debidamente diligenciado el consentimiento informado.
- Padres de los escolares matriculados

2.4.2 Criterios de Exclusión

- Escolares y padres que no asistan el día que se realice la encuesta

2.5 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIÓN-ALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
Edad	Lapso de tiempo, comprendido entre el momento de nacimiento y la realización del estudio.	años	Cuantitativa	Discreta	Instrumento
Genero	Características físicas que diferencian los hombres de las mujeres. Entidad biológica	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal	Instrumento
Estrato	estratos (grupos verticales) bien diferenciados de acuerdo a criterios establecidos y reconocidos, que ayudan a estudiar la composición de un entorno social complejo y que debe ser agrupado según diversos criterios para lograr su estudio, descripción y comprensión	1,2,3,4,5,6	Cuantitativa	ordinal	Instrumento
escolaridad	Grado o nivel máximo de educación formal	1. Ninguno 2. Primaria completa 3. Secundaria Primaria incompleta 4. Secundaria incompleta 5. Técnica 6. universitaria	cualitativa	Nominal	Instrumento
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece derechos y deberes.	1. soltero 2. casado 3. unión libre 4. separado 5. viuda	Cualitativa	Nominal	Instrumento

Nutrición/ dieta	Consumo equilibrado de alimentos saludables en horas y cantidades adecuadas	1. Consumo excesivo de dulces 2. Buena 3. Mala	Cualitativa	Nominal	Instrumento
Hábitos de higiene oral	Conjunto de actividades que son cotidianas y en este caso favorecen la salud oral	1. Cepillado, 2. seda dental 3. enjuague, 4. crema dental 5. bicarbonato 6. palillos 7. hierbas. 8. sal	Cualitativa	Nominal	Instrumento
Conocimiento en salud oral	Conjunto de conceptos y estrategias que se poseen relacionados a un tema específico	SI NO	Cualitativa	Nominal	Instrumento
Visitas al odontólogo	Número de veces que realiza visita al odontólogo ya sea por prevención o tratamiento.	1. cada 3 meses. 2. cada 6. meses. 3. cada año. 4. nunca	Cuantitativa	Discreta	Instrumento
Cepillado dental	Proceso de higienización de la dentición con los implementos y técnicas adecuadas	1. una vez. 2. dos veces. 3. veces. 4. más. 5. ninguna.	Cuantitativa	Discreta	Instrumento
Cambio de cepillo de dientes	Tiempo transcurrido entre el inicio de uso del cepillo y el cambio por uno nuevo.	1. pierde la forma 2. se ve sucio 3. periódicamente	Cuantitativa	Discreta	Instrumento
Prácticas sociales en salud oral	Medios por los cuales se adquieren conceptos sobre higiene oral	1. Papa 2. Maestros 3. Odontólogos 4. Medios comunicación 5. Nadie 6. otros	Cualitativa	Nominal	Instrumento

2.6 PROCEDIMIENTO

Cada niño se entrevistó por separado. Las preguntas fueron leídas y explicadas en orden, de tal forma que el niño pudiera proporcionar una respuesta adecuada, sin llegar a influir en su respuesta. Las respuestas se consignaron en el formulario por el entrevistador, de tal manera que al procesar los datos se pudiera tener certeza por parte del digitador y evitar información equivocada, lo anterior teniendo en cuenta que el grupo estudiado estaba en un rango de edad donde la lectura y escritura son un proceso en formación.

Así mismo los padres fueron sometidos al cuestionario, con la diferencia que a ellos se les proporciono el documento para que fuera leído y completado por ellos mismos, solucionando las inquietudes respecto del mismo de manera individual.

2.6.1 Análisis estadístico

Estadística descriptiva básica frecuencia, porcentaje y chi cuadrado

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1993 la presente investigación está clasificada como sin riesgo.

2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos que consisten en dos entrevistas semiestructuradas de pregunta con selección múltiple de respuesta cerrada.

La primera encuesta está dirigida a los niños, y la segunda a los padres o cuidadores de los niños.

Encuesta dirigida a los niños



COLEGIO ODONTOLÓGICO ENCUESTA NIÑOS

Fecha: 1-09-10

101. MUNICIPIO Cajicá CUNDINAMARCA
102. COLEGIO: Capitana
103. JORNADA: AM ☒ PM ☐

104. Apellidos y nombres del Niño (a) Eduin Camilo Méndez Leal
105. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino 106. EDAD: 5 años
107. CURSO: ☒ Transición ☐ [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9]
108. NOMBRE DEL PADRE Eduin 109. TEL. _____
110. NOMBRE DE LA MADRE: Adriana Leal 111. TEL. _____

II. HABITOS DE HIGIENE ORAL

201. ¿Te cepillas los dientes? SI ☒ NO ☐
202. ¿Cuántas veces te cepillas al día? ☒ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche
203. ¿Quién te enseña a cepillarte?
☒ Mama ☐ Papa ☐ Tíos ☐ Abuelos ☐ Hermanos ☐ Profesores ☐ Otro
204. ¿Con quién te cepillas los dientes?
☒ Mama ☐ Papa ☐ Tíos ☐ Abuelos ☐ Hermanos ☐ Profesores ☐ Otro
205. ¿Qué usas para cepillarte los dientes?
☐ Cepillo ☒ Crema ☐ Seda ☐ Enjuague ☐ Otro _____
206. ¿Qué crema utilizas? ☐ N. de Niños ☐ De Adultos
207. ¿Qué tamaño de cepillo usas? ☒ Pequeño ☐ Grande
208. ¿Qué cantidad de crema aplicas en el cepillo?



209. ¿Cuántos meses hace que tienes tu cepillo?
☐ Menos de 3 meses ☒ Más de 3 meses

II. DIETA

300. ¿Comes en el restaurante escolar? SI [☒] NO [☐]

301. ¿Qué comes al día en el restaurante escolar?

[F] Frutas [☒] Verduras [☒] Carne [A] Pollo [P] Pescado [D] Dulces [G] Gaseosas
[O] Otros

302. ¿Compras en la cafetería o tienda escolar? SI [☐] NO [☒]

302.1. ¿Qué compras en la cafetería o tienda escolar?

[F] Frutas [G] Galletas [P] Paquetes [D] Dulces [L] Lácteos [G] Gaseosas
[O] Otros: Cuello

303. Alimentos Consumidos	Desayuno Almuerzo Cena	Medios Noches Cena	Almuerzo Cena Noche	Onces Noches Cena	Comida Almuerzo Cena	Aires de condensados Edulcorantes	Total número
Momentos de Azúcar	0	1	1	1	1	1	08

III. EXPERIENCIA DE CARIES

402. ¿Has ido al Odontólogo? SI [☐] NO [☒] Pasar a la 405

403. ¿Cuál fue el motivo?

[D] Examen [D] Control [D] Tenía dolor [D] Prevención [D] Excedencia [D] Gaturamo

404. ¿Te gustó ir al odontólogo? SI [☒] NO [☐]

405. ¿Te han dolido las dientes? SI [☐] NO [☒]

403

405. ¿Te sangran las encías cuando te cepillas? SI [☐] NO [☒]

407. ¿Sabes por qué se dañan los dientes? SI [☒] NO [☐]

408. ¿Por qué?

[1] No comer bien [2] No cepillarse [3] Comer dulces [4] N/A [5] Otras

ENTREVISTADOR M^a Angélica Guerrero Rodríguez COD: 01017

ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES O CUIDADORES

UNICOC- COLEGIO ODONTOLÓGICO

1. IDENTIFICACIÓN		Fecha:	Número de orden				
1	Municipio:	1. Bogotá	2. Cajica	3. Chía	4. Guatopo	5. Zipaquirá	
2	Colegio:	Institución Capelán					
3	Código Colegio						
4	Ubicación de la vivienda:	1. Barrio		2. Vereda			
5	Nombre y sector	Calle 6 No 2-83 Suramericana					
6	Nombre del encuestado:	Marcela Gómez Sánchez					
7	Vínculo: Padre	Madre	Familiar	Otro			
8	Nombre del niño	Tanner Sánchez María Gómez					
9	Número de la Historia Clínica	2031					

2. CARACTERÍSTICAS

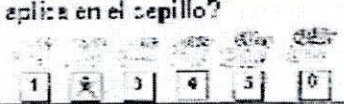
10	¿Cuál fue el último grado de estudios que usted aprobó?																		
	1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa ☒ 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Técnica 7. Universitaria																		
11	¿Cuál es su estado conyugal (civil)?																		
	1. Casada(c) ☒ 2. Unión libre 3. Separada(o)/divorciada(o) 4. Viuda(c) 5. Soltera(o)																		
12	Lugar de atención en salud (IPS)																		
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. Cufun</td> <td>7. Coomeva</td> <td>13. OTRA</td> </tr> <tr> <td>2. Caprecom</td> <td>8. Salud Total</td> <td>CUK</td> </tr> <tr> <td>3. Convida</td> <td>9. Sanitas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Famisanar</td> <td>10. Colmedica</td> <td>14. No sabe</td> </tr> <tr> <td>5. Salud Codo</td> <td>11. Vinculeco</td> <td>15. No responde</td> </tr> <tr> <td>6. Sura</td> <td>12. Particular</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1. Cufun	7. Coomeva	13. OTRA	2. Caprecom	8. Salud Total	CUK	3. Convida	9. Sanitas		4. Famisanar	10. Colmedica	14. No sabe	5. Salud Codo	11. Vinculeco	15. No responde	6. Sura	12. Particular	
1. Cufun	7. Coomeva	13. OTRA																	
2. Caprecom	8. Salud Total	CUK																	
3. Convida	9. Sanitas																		
4. Famisanar	10. Colmedica	14. No sabe																	
5. Salud Codo	11. Vinculeco	15. No responde																	
6. Sura	12. Particular																		

A. REPRESENTACION SOCIAL EN SALUD

13	¿En su opinión porque se dañan los dientes?
	1. Mal cepillado o no cepillarse ☒ 2. Consumo de dulces ☒ 3. Descalcificación 4. Mala alimentación 5. Otro 6. No sabe

B. PRÁCTICAS SOCIALES EN SALUD ORAL

14	¿Quién les enseñó a cuidarse la boca?
	1. Padres ☒ 2. Maestros 3. Ombúigos 4. Radio/televisión 5. Nadie, aprendió solo 6. Otros ¿Cuáles?
15	¿Qué utiliza para limpiar sus dientes?
	1. Cepillo ☒ 2. Crema dental ☒ 3. Seta Denta 4. Enjuague bucal 5. Palillos 6. Sol 7. Bicarbonato 8. Carbón/ Ceniza 9. Hierbas 10. Otros ¿Cuáles?

16	¿Cuándo se cepilla los dientes? 1. Al lavarse 2. Después del desayuno 3. Después del almuerzo 4. Después de la comida 5. Antes de acostarse 6. Otros ¿Cuales?
17	¿Cuándo decide cambiar el cepillo de dientes? 1. Cuando las cerdas han perdido su forma 2. Cuando se ve sucio 3. Periódicamente (sin importar su estado)
18	¿Qué cantidad de crema aplica en el cepillo? 
19	¿Considera usted normal el sangrado de las encías durante el cepillado? SI ____ NO ☒
C. CUIDADO BUCAL DE LOS NIÑOS	
20	Por favor responda Si o No o No sabe con las siguientes afirmaciones 1. Los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer ☒ 2. La primera muela para toda la vida sale antes de los 6 años ☒ 3. El nombre de la boca de bebé comienza con la salida del primer Diente ☒ 4. Los padres son los responsables de enseñar al niño (a) a cuidar su boca ☒ 5. Los padres deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos (as) pequeños (as) ☒ 6. Los niños con más problemas de caries dentales ☒ 7. Es dañino o perjudicial para el niño dormir con el tetero en la boca ☒ 8. La salida de los dientes causa afecciones a los niños ☒ 9. La alimentación influye en la formación de los dientes ☒
4. DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD ORAL	
21	¿Ha solicitado cita odontológica para algún miembro de su familia? 1. Si ☒ 2. No
22	Si contestó Si, responda la siguiente pregunta
23	Le fue asignada la cita? No ____ Si ☒ Si, si, entonces responda el tiempo transcurrido 1. Antes de un semana ☒ 2. Entre 8 y 15 días 3. Mayor a 15 días
24	¿En qué lugar o institución fue rechazada? 1. En el puesto o centro de salud 2. En el consultorio privado 3. ISS 4. En el consultorio donde atiende la EPS 5. Otro

3 RESULTADOS

Se realizaron 295 encuestas semi estructuradas a cuidadores, clasificadas en de 46 preguntas en cuanto a conocimientos, 34 a actitudes y 50 a prácticas, igualmente para niños clasificadas en 15 preguntas relacionadas a los conocimientos, 14 a actitudes y 30 a prácticas de higiene oral. La edad de los adultos osciló entre los 18 y 73 años, el 52,8% se encontraban en unión libre, el 22% casados y el 19,7% solteros; el 25,1% de los padres y cuidadores presentaron un grado de escolaridad de secundaria completa, un 25,4% secundaria incompleta, un 25,8% primaria completa. El 69,4% reportó vivir en el casco urbano y el 30,5% en zona rural, en cuanto al sistema de salud, el 50,5% reportó un sistema contributivo, 46,4% subsidiado.

En cuanto a los niños se encontró que el 53% fueron hombres y el 47% mujeres, la edad promedio fue de 1,1258 años, con una mínima de 3 años y máxima de 20, en cuanto a la jornada pedagógica se encontró que el 64,3% estudia por la mañana, y el 35,7% en la tarde, los cursos encuestados fueron párvulos, prekinder, kínder, jardín y transición.

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN LOS CUIDADORES.

En cuanto a los conocimientos de los cuidadores se encontró que la respuesta más frecuente cuando se preguntó para usted que es tener una boca sana, fue no tener caries con una frecuencia de $f=162:296$ (55%); los dientes están blancos y/o parejos con una frecuencia de $f=117:295$ (40%).

TABLA 1 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO QUÉ ES TENER UNA BOCA SANA

PARÁMETRO	Fr	%
Los dientes están blancos y/o parejos	117	40%
No tener dolor	56	19%
No tener caries	162	55%
Tener los dientes completos	62	21%
No tener mal aliento	54	18%
No tener placa bacteriana	52	18%
No tener sangrado de encías	24	8%

Cuando se preguntó por qué se pican o dañan los dientes las respuestas más frecuentes fueron: por mal cepillado 243:294 (82%), por consumo de dulces con una frecuencia de 84:295 (28%).

TABLA 2 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A POR QUÉ SE PICAN O DAÑAN LOS DIENTES

PARÁMETRO	Fr	%
mal cepillado o no cepillarse	243	82%
consumo de dulce	84	28%
descalcificación	24	8%
mala alimentación	39	13%

Cuando se preguntó por qué se produce el sangrado de las encías, las respuestas más frecuentes fueron: mal cepillado con una frecuencia de 130:294 (44%), por cepillado fuerte f= 62:295 (21%), infección f= 55:295 (19%).

**TABLA 3 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A POR QUÉ SE
PRODUCE SANGRADO EN LAS ENCÍAS**

PARÁMETRO	Fr	%
mal cepillado o no cepillarse	130	44%
cepillado fuerte	62	21%
infección	55	19%
debilidad en las encías	34	12%
problemas en el organismo	16	5%
mala alimentación	16	5%

Cuando se preguntó si encada embarazo se pierde un diente la respuesta más frecuente fue No f= 230:273 (78%), cuando se preguntó si los dientes amarillos están dañados la respuesta más frecuente fue si 176:2292 (60%).

**TABLA 4 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A CONOCIMIENTO EN
SALUD ORAL**

PARÁMETRO	Fr	%
en cada embarazo se pierde un diente	43	15%
una mujer embarazada debe recibir tratamiento odontológico	138	47%
el uso de la seda dental evita el sangrado de la encía	216	73%
la crema dental es necesaria en la limpieza de la boca	234	79%
los dientes amarillos están dañados	176	60%
si los cuidadores tienen mala dentadura la de los hijos también es mala	78	26%
solo cuando hay dolor en los dientes es necesario visitar al odontólogo	37	13%
cundo más crema dental se usa más limpios quedan los dientes	78	26%

es mejor tener caja de dientes o prótesis en lugar de dientes naturales	64	22%
los alimentos muy pegajosos dañan los dientes	142	48%

Cuando se preguntó por qué se debe controlar la cantidad de crema en los niños las respuestas más frecuentes se la comen 210: 924 (71%): la desperdician 92:296 (31%), le hace daño f= 68:296 (23%).

TABLA 5 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO POR QUE SE DEBE CONTROLAR LA CANTIDAD DE CREMA DENTAL EN LOS NIÑOS

PARÁMETRO	Fr	%
se la comen	210	71%
desperdician	92	31%
le hace daño	68	23%
otro	61	21%
no sabe	41	14%

Al preguntar si los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer la respuesta más frecuente fue SI, f=160:281 (54%), al preguntar si los cuidadores deben supervisar el cepillado de sus hijos la respuesta más frecuente fue SI f= 274:285 (935), al preguntar si los niños son más propensos a la caries dental la respuesta más frecuente fue SI f= 244:285 (83%), al preguntar si es dañino para los niños dormir con el tetero la respuesta más frecuente fue SI f= 258:285 (87%).

**TABLA 6 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO AL CONOCIMIENTO
DEL CUIDADO DE LA SALUD ORAL EN LOS HIJOS**

PARÁMETRO	Fr	%
tiene hijos (as) o niños (as) entre 6 meses y 12 años a su cuidado	244	83%
los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer	160	54%
la primera muela para toda la vida sale antes de los 8 años	112	38%
el cuidado de la boca del bebe comienza con la salida del primer diente	160	54%
los cuidadores son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca	250	85%
los cuidadores deben supervisar el cepillado de los dientes de los hijos pequeños	274	93%
los niños son más propensos a la caries dental	244	83%
es dañino o perjudicial para el niño dormir con el tetero en la boca	258	87%
la salida de los dientes enferma a los niños	234	79%
la alimentación influye en la formación de los dientes	224	76%

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN CUANTO A ACTITUDES DE LOS CUIDADORES.

La respuesta más frecuente al preguntarle a los cuidadores quién le enseñó a lavarse los dientes fue los cuidadores $f=200:296$ (68%), seguido de los maestros $f= 134:295$ (45%).

**TABLA 7 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO QUIÉN ENSEÑO A
LAVAR LOS DIENTES**

Quién le enseñó a cuidarse la boca?	fr	%
Cuidadores	200	68%
maestros	134	45%
odontólogos	63	21%
radio- televisión	33	11%
nadie, aprendió solo	27	9%

Al preguntarle a los cuidadores que utilizan para limpiar sus dientes la respuesta más frecuente fue crema dental f= 286:295 (97); seda dental f=219:76 (74); cepillo f=170:296 (58).

**TABLA. 8 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A QUÉ UTILIZA PARA
LAVAR LOS DIENTES**

que utiliza para limpiar sus dientes	fr	%
Cepillo	170	58%
crema dental	286	97%
seda dental	219	74%
enjuague bucal	131	44%
Palillos	52	18%
bicarbonato	7	2%
carbón/ceniza	1	0%
Sal	1	0%
Hierbas	7	2%

Al preguntarles porque no usaban crema dental la respuesta más frecuente fue porque es muy cara y no se acuerda con una frecuencia de 22: 295 (7%) cada una, seguida por falta de costumbre f=19:294 (6%).

TABLA 9 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A PORQUE NO USA SEDA DENTAL

POR QUE NO USA SEDA DENTAL	fr	%
le sangra o le duele la encía	13	4%
es muy cara	22	7%
no es necesaria	12	4%
no sabe como usarla	12	4%
por falta de costumbre	19	6%
no se acuerda	20	7%
no la conoce	2	1%

Al preguntar qué hace para el cuidado de la boca y dientes de sus niños la respuesta más frecuente fue cepillarle los dientes con crema dental f=200:296 (68%), cepillarle los dientes sin crema dental f=94:296 (32%), llevarlos al odontólogo periódicamente f=59:296 (20%).

TABLA 10 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A QUÉ HACE PARA EL CUIDADO DE LA BOCA Y DIENTES

Que hace para el cuidado de la boca y dientes de sus niños	fr	%
cepillarle los dientes con crema dental	200	68%
cepillarle los dientes sin crema dental	94	32%
alimentarlos con frutas y verduras	37	13%
llevarlos al odontólogo periódicamente	59	20%
pasarles la seda dental	35	12%
darles leche	13	4%
controlar consumo de dulces	31	11%

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN CUANTO A LAS PRÁCTICAS DE LOS CUIDADORES.

Al preguntar a los cuidadores cuándo se lava los dientes la respuesta más frecuente fue después del almuerzo $f= 179:295$ (61%), seguida de después de la comida $f= 156:295$ (53%) y después de desayuno $f=149:295$ (52%).

**TABLA 11 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A CUÁNDO SE LAVA
LOS DIENTES**

Cuándo se lava los dientes	fr	%
al levantarse	115	39%
Después del desayuno	149	51%
Después del almuerzo	179	61%
Después de la comida	156	53%
antes de acostarse	143	48%

**TABLA 12 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A CUÁNDO UTILIZA
SEDA DENTAL**

Al preguntar cuándo utiliza la seda dental la respuesta más frecuente fue siempre que se cepilla para completar la higiene $f=56:295$ (19%), seguida de de vez en cuando $f= 51:295$ (17%).

Cuando utiliza la seda dental	fr	%
quedan restos de comida entre los dientes	45	15%
cuando se acuerda	40	14%
siempre que se cepilla para completar la higiene	56	19%
de vez en cuando	51	17%

Al

preguntar qué hace cuando le duele una muela o un diente la respuesta más frecuente fue consulta al odontólogo con una frecuencia de $f=193:295$ (%65), seguida de toma antibióticos $f= 77:295$ (26%).

TABLA 13 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A QUÉ HACE CUANDO LE DUELE UNA MUELA O DIENTE

que hace cuando le duele una muela o un diente	fr	%
consulta con el odontólogo	193	65%
toma antibióticos	77	26%
toma analgésicos	35	12%
usa remedios caseros	27	9%

TABLA 14 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A SITUACIONES PARTICULARES

PREGUNTA	fr	%
ha recibido el niño aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año	55	19%
le han colocado sellantes al niño en el último año	145	49%
cree que es necesario de uso de flúor para los niños	94	32%
ha tenido algún problema dental o en la boca en el último mes	44	15%
por este problema dejó de asistir al trabajo, estudio, no pudo realizar actividades ordinarias	9	3%
se sintió a gusto con la atención que recibió	31	11%

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN CUANTO AL CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS NIÑOS

Al preguntar a los niños si sabían por qué se dañaban los dientes la respuesta más frecuente fue por no comer bien con una frecuencia de 439:1684 (26%), seguido de comer dulces con una frecuencia de 426:1684 (25%).

**TABLA 15 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO PORQUE SE DAÑAN
LOS DIENTES**

SABES PORQUE SE TE DAÑAN LOS DIENTES?	fr	%
no comer bien	434	26
no cepillarse	249	15
comer dulces	416	25
no responde	370	22

Al preguntar a los niños si sabían por qué se dañaban los dientes la respuesta más frecuente fue por no comer bien con una frecuencia de 439:1684 (26%), seguido de comer dulces con una frecuencia de 426:1684 (25%).

**TABLA 16 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A PRÁCTICAS EN
HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS**

PREGUNTA	fr	%
te cepillas los dientes	1661	99
CUANTAS VECES AL DIA TE CEPILLAS LOS DIENTES?		
mañana	1520	90
Tarde	915	54
noche	1233	73

Al preguntar a los niños quién le enseñó a lavarse los dientes la respuesta más frecuente fue la mamá con una frecuencia de $f=926:1661$ (55%), seguida de el papá con una frecuencia de $452:1661$ (27%).

TABLA 17 FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO ACTITUDES DE LOS NIÑOS

QUIEN TE ENSEÑO A CEPILLARTE?	Fr	%
Mamá	926	55
papá	452	27
tíos	29	1,7
abuelos	36	2,1
hermanos	62	3,7
profesor	76	4,5
Solo	192	11

Se observó que el 85% de los cuidadores considera que la alimentación es importante en la formación de los dientes, el 40,2 % sabe que el primer molar permanente erupciona antes de los 8 años, el 70,3% considera que el cuidado de la salud oral inicia al erupcionar el primer diente, el 43,8% considera que es responsabilidad de los cuidadores la higiene oral de sus hijos, el 100% de los cuidadores con hijos considera que el cepillado debe ser supervisado, el 95,3% de los cuidadores considera que es perjudicial que el niño duerma con el tetero. Algunas creencias como que la salida de los dientes enferma a los niños también mostró relación estadísticamente significativa ($p=0.000$), 79,7%.

Al analizar a los niños que respondieron que si se cepillaban los dientes, el 99% respondió que si usaba cepillo de dientes, el 57% respondió que no usaba seda, el

57% respondió que no usaba enjuague. Al preguntarles si les había gustado ir el
92,6% respondió que sí.

4 DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación evidencian que los padres y cuidadoras son conscientes de los problemas de salud oral que pueden presentarse por prácticas inadecuadas, la implementación de cartillas, talleres, capacitación a los padres son importantes para mejorar el servicio en cuanto a promoción y prevención de la salud oral³³. En Colombia ha disminuido considerablemente los índices de caries dental en niños, según los registros del estudio ENSAB III, por lo que se puede concluir que los programas educativos de promoción y prevención sobre higiene y salud bucodental son eficaces para modificar positivamente las conductas de la población especialmente de los niños^{34, 35}. Otero en el 2007, sostiene que, “la Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza, que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud”³⁶. La OMS indica que numerosas intervenciones a través de programas educativos en niños en etapa preescolar han demostrado disminuir significativamente la experiencia de caries de esos niños a futuro, y la educación de los padres y cuidadores ha demostrado ser una de las estrategias de prevención más costo-efectivas.³⁷

La importancia de evaluar los conocimientos y prácticas en salud oral de los individuos tiene que ver con la multiculturalidad que se presenta en el país en los diferentes municipios, lo que lleva a sus habitantes a visualizar el proceso salud-enfermedad de diversas maneras, saliéndose del contexto institucional homogéneo que se establece en todas las empresas prestadoras de servicios de salud bucal.³⁸ “El problema de salud oral abordado desde los conocimientos que tienen los individuos, traería innumerables beneficios a nivel social, ya que toda esta información se podría constituir en la base para la toma de decisiones en relación con el mantenimiento de las conductas saludables y de esta forma disminuir los factores de riesgo a que están expuestos durante la vida cotidiana. Para mejorar esta situación, se hace necesario utilizar metodologías de enseñanza que tengan en cuenta las particularidades de los individuos en los diversos grupos de edades, desde el punto de vista de la pluriculturalidad, e involucrar a los padres y maestros en la labor educativa”. Al respecto, Franco, A. Santamaría A. y col, reportaron que el 42% de las madres del estrato medio bajo y el 50% del bajo afirman no haber recibido ninguna información sobre el cuidado bucal de sus hijos, pero el 97% de las madres de ambos estratos consideran que es importante el cuidado de los dientes temporales, debido a que de estos depende la salud de los permanentes³⁹. Al respecto Martignon ,sostiene que la educación en salud oral es una parte fundamental de la actividad profesional, la cual permite implementar cambios relativamente simples en los hábitos diarios en salud oral de las personas. Sin embargo algunas veces esta educación no se

planea suficientemente y se extrapolan estrategias aplicadas con éxito en otras poblaciones sin tener en cuenta nuestras propias consideraciones culturales, políticas, económicas y sociales.⁴⁰

En cuanto a las actitudes de los padres, la investigación es consistente con los resultados de Martignon 2003, Los padres de familia/cuidadores se consideran como los principales responsables del cuidado de la salud oral del niño/a, la mayoría de la población (89%) afirma realizarle higiene oral del niño/a todos los días.⁴¹

Los resultados de la investigación respecto a las preferencias de los niños por la visita al odontólogo son consistentes con el hallazgo reportado en el estudio adelantado por Tascón y Cabrera 2005, en dónde el 86% los encuestados refrieron haber ido alguna vez al odontólogo, con respecto al gusto el 88% respondió que le gusta ir.⁴²

5 CONCLUSIONES

Tanto los padres y cuidadoras como los niños son conscientes de los problemas de salud oral que pueden presentarse debido a las malas prácticas en salud oral.

Se puede decir que el conocimiento en cuanto a prácticas de salud oral por parte de los padres y cuidadoras es aceptable, sin embargo no es consistente con las prácticas, pues existen creencias arraigadas que se siguen practicando.

Los programas de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad deben involucrar a tanto a los niños como a los cuidadores, analizando el contexto en el que se desenvuelve la población.

Los niños manifiestan agrado por las visitas al odontólogo, esta condición debe ser potencializada para el diseño y desarrollo de programas de salud oral.

6 RECOMENDACIONES

Realizar estudios de cohorte para establecer conocimientos, prácticas y costumbres de los escolares y sus cuidadores y que tan efectivas resultan ser las campañas de promoción y prevención en salud oral, en el Colegio Odontológico Colombiano.

Diseñar programas de educación que favorezcan la aplicación de estrategias personalizadas (en los hogares), de promoción y prevención de la salud oral en los pacientes que son atendidos por los estudiantes del UNICOC, para garantizar un mayor cubrimiento de la demanda del servicio.

Realizar programas de atención integral en promoción y prevención de la salud oral involucrando los parámetros de evaluación establecidos por la OMS.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Franco A, Jiménez J, Zapata L. Conocimientos y prácticas del cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. Revista Ces Odontología. 2003.16 (1); 56:62.
- ² Martignon S., González MC. Santamaría RM. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños/as de 0-5 años, ICBF-Bogotá, Colombia. Rev Fac Odontol Univ El Bosque. 2004; 10 (2); 46:54
- ³ Oms-Fdi. Metas De Salud Bucal Para El Año 2000. Ginebra: Oms-Fdi. Disponible desde internet en: WWW.oms.org. [con acceso 19 de noviembre de 2011]
- ⁴ Franco Ángela, Jiménez Juliana, Zapata Laura. Conocimientos y Prácticas Del Cuidado Bucal De Las Madres De Niños Menores De Seis Años. Revista Ces Odontología.2003;16; (1);32-38
- ⁵ Almerich José Y Montiel José. Encuesta De Salud Oral En La Población Infantil De La Comunidad Valenciana, España. En: Rev. Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal.2004;3 (1); 1- 12.
- ⁶ Organización Mundial De La Salud 2011.
- ⁷ Franco Ángela, Jiménez Juliana, Zapata Laura. Conocimientos Y Prácticas Del Cuidado Bucal De Las Madres De Niños Menores De Seis Años. Revista Ces Odontología. 2003.16;(1);45:50.

-
- ⁸ Ka Boggess, Dm Urlaub, Ke Massey, Mk Moos, Matheson Mb. Prácticas De Higiene Oral Y Utilización De Servicios Dental Entre Las Mujeres Embarazadas. Lorenz C. Departamento De Obstetricia Y Ginecología De La Facultad De Medicina De La Universidad De Carolina Del Norte. 2001. 45:53
- ⁹ Martignon,S Y Cols. Revista Científica. Diseño De Un Taller Educativo En Salud Oral Dirigido A Madres/Jardineras De Niños/As De 0-5 Años, ICBF-Bogotá, Colombia. Universidad El Bosque. Facultad De Odontología. 2004;10 (2);12:18.
- ¹⁰ Otero Jorge. Estrategia De Intervención Para Proporcionar Conocimientos Sobre Salud Boco Dental A Niños De Enseñanza Primaria. En: Medicina Preventiva Y Salud Pública, Pediatría Y Neonatología, Odontología Y Estomatología. 2007;4 (2);105: 112.
- ¹¹ Martignon,S. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas En Salud Oral De Padres Y Jardineras De Niños Hogares Infantiles: ICBF - Usaqué, Bogotá. Universidad El Bosque. Facultad De Odontología. Revista Científica. 2003; 9 (2);10:15.
- ¹² Agudelo A. Martinez, L. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas En Salud Bucal, Medios De Comunicación Y Mercadeo Social En Escolares De 7 A 12 Años De Una Institución De Medellín. Revista Facultad De Odontología Universidad De Antioquia. 2005;16 (1); P 34

-
- ¹³ Moncayo S, Tapias, L. Conocimientos, Actitudes, Creencias Y Prácticas De Una Poblacion Escolar De 7 A 12 Años Frente A La Salud Oral. Pontificia Universidad Javeriana. Acfo.1998; P. 342.
- ¹⁴ Almerich José Y Montiel José. Encuesta De Salud Oral En La Población Infantil De La Comunidad Valenciana, España. En: Rev. Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal.2004;6 (3); 1:12.
- ¹⁵ Rodríguez A, Valiente, C. Estrategias Y Resultados De La Atención Estomatológica A Niños Y Adolescentes. EN-Rev. Cub. Estom- 2003. 40n (1). 1:6.
- ¹⁶ VARUNEE K. & ULF. E. Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en el tercer molar mandibular en fumadores con una higiene oral regular. En Journals Periodontol Julio 2002; 73 (7); 735 :740
- ¹⁷ JAN LINDHE Periodontologia Clinica e implantodontologia Odontológica 3ra Ed. CAPITULO 3. Madrid. 2000; 102-134.
- ¹⁸ CARRANZA, N. Reacción del periodonto ante las fuerzas externas Periodontologia clínica octava edición P:336-347.
- ¹⁹ Pitts NB, Boyles J, Nugent ZJ, Thomas N, Pine CM. The dental caries experience of 5-year- old children in England and Wales. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 2001/2002. Community Dental Health 2003;20;45-54

-
- ²⁰ Berkowitz RJ. Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: A Microbiologic Perspective. J Can Dent Assoc. 2003; 69(5);304-307
- ²¹ MARTIGNOHN S, Granados OL. Prevalence of dental fluorosis and association to risk factors in Schoolchildren in Santafé de Bogotá, Colombia. Caries Res 2000; 34; 352-353
- ²² JUÁREZ-LÓPEZ MLA, Hernández-Guerrero JC, Jiménez-Farfán D, Ledesma-Montes C. Prevalencia de fluorosis dental y caries en escolares de la ciudad de México. Gaceta Medica México 2003; 139 (3);221-225
- ²³ Martignon,S. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas En Salud Oral De Padres Y Jardineras De Niños Hogares Infantiles: Icbf - Usaquéen,Bogotá. Universidad El Bosque. Facultad De Odontología. Revista Científica.2003; 9 (2); 25:32.
- ²⁴ TORREGROSA, Edgar Y Herazo Benjamín. El Escolar Bucodentalmente Sano En El Municipio De San Marcos (Sucre). En: FOC. Ediciones Ecoe. 2001; 75: 78.
- ²⁵ Poutanen, Raija. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviors. Acta Odont Scan; Feb.2005, 63; (1);10:16.
- ²⁶ Romero, Yhajaira. Las Metas Del Milenio Y El Componente Bucal De La Salud. En: Acta Odont. Ven.2007. 44 (22);1-10.
- ²⁷ Eslava, J. Repensando La Promoción De La Salud En El Sistema General De Seguridad Social En Salud. Bogotá- Colombia. En: Salud Pública.2006;8 (2); 106-115.

-
- ²⁸ Hattne, K. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica Scandinavica*; Aug 2007; 65 (4); 206:213,
- ²⁹ Saied-M. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur. Arch. Paed. Dent*; Jun 2008; 9 (2); 79:83.
- ³⁰ Skeie, S. Tracking of parents' attitudes to their children's oral health-related behavior—Oslo, Norway. *Acta Odon. Scan* 2010. 68 (1);49-56.
- ³¹ Amin, T. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. *Inter. J. Den.Hygi.*2008. 6(4); 361-370.
- ³² Mani. Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in Kubang Kerian, Malaysia: A preliminary study. *Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry*. 2010. 28 (2); 78-83.
- ³³ Universidad Nacional. Instituto Amazónico de Investigaciones. Territorialidad indígena y ordenamiento en la Amazonia. Leticia: Programa Coama; 2000. p.111-129
- ³⁴ Ministerio de Salud, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153.

-
- ³⁵ Martignon S., González MC. Santamaría RM. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños/as de 0-5 años, ICBF-Bogotá, Colombia. Revista científica.2004. 10 (2); 46:54
- ³⁶ OTERO J Estrategia De Intervención Para Proporcionar Conocimientos Sobre Salud Bucal Dental A Niños De Enseñanza Primaria. En: Medicina Preventiva Y Salud Pública, Pediatría Y Neonatología, Odontología Y Estomatología. 2007. 20 (7); 105- 112.
- ³⁷ KWAN, S Et Al. Health Promoting Schools: An Opportunity For Oral Health Promotion. En: Journal Policy And Practice: Theme Papers. Bulletin Of The World Health Organization.2005.Pg. 677 – 685.
- ³⁸ González, F et al. Evaluación de las condiciones de salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la comunidad pesquera del corregimiento de Bocachica-Cartagena de Indias 2001. Universidad El Bosque. Facultad De Odontología. Revista Científica. 2003. 9(2); 60:69.
- ³⁹ González, F et al. Evaluación de las condiciones de salud oral y los conocimientos en niños escolarizados entre 5 y 14 años de la población de Boquilla- Cartagena de Indias 2005. Revista científica. 2006.12(1); 25:34.
- ⁴⁰ Martignon S., González MC. Santamaría RM. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños/as de 0-5 años, ICBF-Bogotá, Colombia. Revista científica.2004. 10 (2); 46:54.

⁴¹ Martignon, S, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá. Universidad El Bosque. Facultad De Odontología Revista Científica. 2003. 9(2); 47:59 .

⁴² Tascón J y Cabrera G. creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del valle del cauca. Colombia Médica. 2005. 36 (2);73:78.