

**Creencias, conocimientos y prácticas de madres de niños menores de cinco
años respecto a enfermedad dental. Popayán**

**LIDA MARGOT MUÑOZ ORDÓÑEZ
Estudiante
Maestría en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2014**

**Creencias, conocimientos y prácticas de madres de niños menores de cinco
años respecto a enfermedad dental. Popayán**

LIDA MARGOT MUÑOZ ORDÓÑEZ
Estudiante
Maestría en Salud Pública

Director
HERNEY ALONSO RENGIFO REINA MEpi, MSP
Docente
Escuela de Salud

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2014

TABLA DE CONTENIDO

1. Descripción:

1.1. Planteamiento del problema:

1.2 Marco teórico

1.2.1. Modelo teórico

1.2.2. Marco conceptual

1.3. Estado del arte

1.4. Marco normativo

1.5. Marco territorial

1.6. Objetivos

1.6.1. General

1.6.2. Específicos

2. Metodología

2.1. Diseño de estudio

2.2. Población a estudio

2.3. Ambito del Estudio

2.4. Marco Muestral

2.5. Criterio de inclusión

2.6. Definición operativa de variable

2.7. Metodología de trabajo de campo

2.7.1. Prueba piloto

2.7.2. Procesamiento y análisis de datos

2.8. Consideraciones éticas

3. Resultados

3.1. Características sociodemográficas

3.2. Conocimientos de las mujeres frente a las enfermedades de la boca que padecen o podrían padecer sus hijos.

3.3. Creencia percibida por las madres.

3.4. Prácticas desarrolladas por la madre y el niño acerca de salud bucal

3.5. Hábitos orales de los niños y servicios de salud

4. Análisis bivariado

4.1. Variables Socio-demográficas

4.1.2. Distribución de variable etnia versus creencias

4.1.3. Distribución de variable procedencia versus creencias

4.1.4. Distribución de variable estado civil versus creencias

4.1.5. Distribución de variables régimen en salud versus creencias

4.1.6. Distribución de Creencias vs Cabeza de Hogar

4.1.7. Distribución de variable desplazados versus creencias

4.1.8. Distribución de variable edad versus prácticas

4.1.10. Distribución de variable etnia versus prácticas

- 4.1.11. Distribución de variable estado civil versus prácticas
- 4.1.12. Distribución de variables ocupación versus prácticas
- 4.1.13. Distribución de variable prácticas versus cabeza de hogar
- 4.1.14. Relación edad versus variables conocimientos
- 4.1.15 Distribución de variable etnia versus conocimientos
- 4.1.16. Distribución de variable estado civil versus conocimientos
- 4.1.17. Distribución de variable cabeza de hogar vs conocimientos
- 4.1.18. Distribución de variable desplazados versus conocimientos

5. Discusión

5.1. Hallazgos principales

5.2. Debilidades

5.3. Fortalezas

5.4. Implicaciones y recomendaciones de salud pública

5.5. Futuros estudios

6. Bibliografía

7. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de recolección de información basado en ENSAB III

Anexo 2. Consentimiento informado

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Prevalencia de caries dental

Tabla 2. Niños que asistieron al Programa de la ESE Popayán

Tabla 3. Definición operacional de la variable dependiente

Tabla 4. Definición operacional de la variable independiente

Tabla. 5 Distribución de variables Sociodemográficas

Tabla 6. Creencia percibida que el niño padezca caries dental frente a varios ítems.

Tabla. 7. Distribución de los conocimientos de las mujeres frente a las enfermedades de la boca que padecen o podrían padecer sus hijos.

Tabla. 8. Distribución de Hábitos saludables en el niño

Tabla 9. Distribución de Hábitos de salud y servicios de salud.

Tabla 10. Distribución de presencia de caries en los niños

Tabla 11 Distribución de dientes perdidos en los niños

Tabla 12. Distribución de dientes obturados de los niños

Tabla 13. Distribución de variable edad versus creencias

Tabla 14. Distribución de variable etnia versus creencias

Tabla 15. Distribución de variables residencia versus creencias

Tabla 16. Distribución de variable estado civil versus creencias

Tabla17. Distribución de variables educación versus creencias

Tabla 18. Distribución de variables ocupación versus creencias

Tabla 19. Distribución de variables régimen en salud versus creencias

Tabla 20. Distribución de Creencias vs Cabeza de Hogar

Tabla 21. Distribución de variable desplazados versus creencias

Tabla 22. Distribución de variable edad versus prácticas

Tabla 23. Distribución de variable etnia versus prácticas

Tabla 24. Distribución de variables residencia versus prácticas

Tabla 25. Distribución de variable estado civil versus prácticas

Tabla 26 Distribución de variables educación versus prácticas

Tabla 27. Distribución de variables ocupación versus prácticas

Tabla 28. Distribución de variables régimen salud versus prácticas

Tabla 29. Prácticas vs Cabeza de Hogar

Tabla 30. Distribución de variable desplazados versus prácticas

Tabla 31. Relación edad versus variables conocimientos

Tabla 32. Distribución de variable etnia versus conocimientos

Tabla 33. Distribución de variables residencia versus conocimientos

Tabla 34. Distribución de variable estado civil versus conocimientos

Tabla 35. Distribución de variables educación versus conocimientos

Tabla 36. Distribución de variables ocupación versus conocimientos

Tabla 37. Distribución de variables Régimen en salud versus conocimientos

Tabla 38. Distribución de variable cabeza de hogar vs conocimientos

Tabla 39. Distribución de variable desplazados versus conocimientos

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Modelo teórico	
Figura 2. Mapa de Popayán con sus comunas	
Figura 3. Mapa del Departamento del Cauca	
Figura 4. Población estudiada por edad. Popayán 2009	
Figura 5. Población estudiada por procedencia. Popayán 2009	
Figura 6. Población estudiada por residencia. Popayán 2009	
Figura 7. Distribución de las madres estudiadas según etnia. Popayán año	
Figura 8. Distribución de las madres estudiadas según estado civil. Popayán 2009	
Figura 9. Población estudiada por Condición de pareja. Popayán 2009	73
Figura 10. Distribución de las madres según la condición de educación. Popayán 2009	
Figura 11. Población estudiada según ocupación. Popayán 2009	
Figura 12. Población estudiada por Seguridad Social. Popayán 2009	
Figura 13. Población estudiada según situación socio-económica en el hogar. (Cabeza de hogar). Popayán 2009	
Figura 14. Población estudiada según situación de desplazamiento. Popayán 2009	
Figura 15. Población estudiada según el riesgo de padecer caries dental los hijos. Popayán 2009	
Figura 16. Población estudiada según las razones del riesgo de padecer caries dental. Popayán 2009	
Figura 17. Población estudiada según la posibilidad de que el niño padezca de caries al no tener dinero - Caries versus recursos económicos. Popayán 2009	
Figuran 18. Distribuciones según la consideración de realizar tratamiento rápido cuando el niño tiene caries dental. Popayán 2009	
Figura 19. Distribución de los conocimientos sobre enfermedades de la boca. Popayán 2009	

Figura 20. Distribución según el conocimiento acerca de caries dental. Popayán 2009

Figura 21. Distribución del conocimiento de la razón del por qué da caries dental. Popayán 2009

Figura 22. Población estudiada por conocimiento de la forma de evitar la caries dental. Popayán 2009

Figura 23. Población estudiada respecto al conocimiento de cuánto tiempo deben durar los dientes. Popayán 2009

Figura 24. Población estudiada respecto a significado de boca sana. Popayán 2009

Figura 25. Población estudiada respecto a la forma en que se realiza el cepillado el niño. Popayán 2009

Figura 26. Población estudiada respecto a significado de boca sana. Popayán 2009

Figura 27. Población estudiada por experiencia con el dolor dental. Popayán 2009

Figura 28. Población estudiada respecto a hábitos alimenticios del niño. Popayán 2009

Figura 29. Población estudiada respecto a información recibida acerca de higiene oral. Popayán 2009

Figura 30. Población estudiada Asistencia a servicios de Odontología - Demanda de servicios. Popayán 2009

Figura 31. Población estudiada respecto a servicios de odontología a los cuales se ha asistido. Popayán 2009

Figura 32. Población estudiada respecto a dificultad de ir a consulta odontológica. Popayán 2009

Figura 33. Población estudiada respecto a presencia de caries dental. Popayán 2009

Figura 34. Población estudiada respecto a dientes perdidos. Popayán 2009

Figura 35. Población estudiada respecto a dientes obturados. Popayán 2009

RESUMEN

Introducción: el estudio de los Conocimientos, Prácticas y Creencias de las madres con respecto a la salud y la enfermedad bucodental de sus hijos es relevante para la salud pública dada la influencia que estas tienen en la familia, principalmente con la relación del binomio madre e hijo. En etapas de crecimiento y aprendizaje de los infantes, las madres ejercen una fuerte influencia frente a las futuras costumbres y hábitos en salud de los pequeños. De esta manera las madres son las personas que dan las bases para buenos o malos hábitos en su grupo familiar. A nivel mundial dentro de las enfermedades bucales la caries temprana es la enfermedad más común de la infancia en niños menores de cinco años, puede aparecer tan pronto erupciona el diente y de su alta prevalencia es una enfermedad prevenible que puede llegar a la afectar el desarrollo integral de los niños, atribuidos a daños funcionales, de vías respiratorias, nutricionales, cognitivos e incluso psicológicos; así como repercusión en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental que deterioran su calidad de vida. **Metodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, a través de una encuesta a madres de infantes menores de cinco años que asistieron al Programa de crecimiento y desarrollo de la empresa social del estado del municipio de Popayán. se obtuvo una muestra de 288 niños y niñas – Cauca. **Resultados:** el promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 28 años de entre los datos encontrados se tiene que 20,5 % consideró que los dientes solo deben durar algunos años; 65,6 % opinó que los dientes deben durar toda la vida.

61,1 % (176) de las mujeres estaban dedicadas a labores del hogar, siendo 43,7 % (126) cabeza de hogar. La mayor proporción 61,8 % (178) de las mujeres tenían pareja y 35,4 % (102) estaban sin pareja en el momento del estudio; 76,4 % cree que el riesgo de padecer caries dentales es debido a malos hábitos y 23,6 % por otras razones como la falta de recursos económicos o no poder ir al odontólogo. 55,9 % de las madres manifestó no conocer lo qué es la caries dental. 29,9 % de las madres manifestó que la caries dental se da por una mala dieta. 87,1 % contestó conocer como se evita la caries dental. **Conclusiones:** frente a la utilización de los servicios de salud oral se observó que las madres más jóvenes asisten mayoritariamente a servicios de prevención a diferencias de las madres mayores que al asistir a odontología lo hacen a servicios de intervención. tanto las madres jóvenes como las mayores presentan igual nivel de conocimiento frente a la salud dental de sus hijos y de su entorno. Las madres presentan un nivel

adecuado de conocimientos para salud dental, enfermedades de la boca y prevención.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los conocimientos, prácticas, creencias y factores sociodemográficos de las madres con respecto a la enfermedad bucodental de sus hijos, como contexto, son importantes para la salud pública, debido a la influencia que ellas ejercen en su familia en ámbitos como el de la salud y la cultura (1). Los temas de salud son relevantes debido a que en etapas de crecimiento y aprendizaje de los infantes, las madres ejercen una fuerte influencia de costumbres y prácticas respecto a la salud (1) por ser las trasmisoras de los comportamientos y de futuros hábitos saludables (2).

En este sentido, la diversidad de pautas de morbilidad dental y las distintas tendencias entre países y regiones, muestran los diferentes perfiles de riesgo revelando la obligación de avanzar en materia del mejoramiento en salud dental en la búsqueda de otras variables diferentes a las biológicas, por ser ésta una patología de la primera infancia muy compleja que deja graves consecuencias a medida que avanza la edad, además involucra factores socioeconómicos y culturales (3) que influyen negativamente en el ámbito social, generando malestar, dolor y no toda la población es consciente de la necesidad de su prevención, los cuales evidencian las enormes diferencias entre grupos y países haciendo que la enfermedad dental se convierta en un desafío mayor en las poblaciones socialmente pobres y en desventaja (4).

Los conocimientos, creencias y prácticas se atribuyen como factores que preceden a la conducta de salud en las personas y toman importancia en la salud pública en general y particularmente en la salud oral por la influencia culturalmente y en el cuidado de sus dientes en su familia e hijos (5). Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene de generación en generación a través de la experiencia y caracterizan a un grupo o sociedad que las comparten, siendo parte de la personalidad individual y también juicios de valor que tienen las personas (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al adoptar la definición “La salud es el completo bienestar físico y mental, no sólo la ausencia de la enfermedad”, destacó la necesidad de un enfoque preventivo orientado a resaltar la importancia del diagnóstico precoz de cualquier enfermedad que genere malestar físico y mental

incluidas las del sistema estomatognático, para comenzar a erradicar los factores etiológicos (7). La OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (8) y la Federación Dental Internacional (FDI) establecieron de manera conjunta unas metas mundiales de salud oral en el año 1981 para alcanzar en el 2000 las cuales, a pesar de haber sido útiles los objetivos propuestos en algunos países, para una porción importante de la población mundial no habían tenido el mismo impacto. En este sentido, en los objetivos para el nuevo milenio está la condición no solo de la urgencia del control de la caries y las acciones de prevención, sino además que los planificadores locales deberían desarrollar programas de prevención dirigidos a la población y el mejoramiento de la calidad en los sistemas de salud bucal (9).

En concordancia con la problemática expuesta, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (10), el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 (11) y la estrategia de cero a siempre contemplan el desarrollo integral como propósito en la primera infancia en una estrategia de articulación con la definición de una política pública de largo plazo sostenible, con enfoque poblacional y territorial con atención integral en la primera infancia coherente pertinente y con calidad. Se determina la primera infancia como la etapa a la que pertenecen los infantes desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días. Considerando la primera infancia como un ciclo importante en el transcurso de vida por ser el momento vital más relevante por sus efectos a lo largo de la vida de las personas (10, 11).

El Ministerio de la Protección Social con base en la responsabilidad dada a través del Decreto 3039 de 2007 (12) en la implementación del Plan Nacional de Salud Pública ha direccionado la metodológica para el Análisis de Situación de Salud ASIS a todas las entidades territoriales acogiendo de esta manera, la propuesta de la OPS desde el año 2000 de avanzar en la construcción del ASIS Nacional utilizando como fuente de información las diferentes encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, en este sentido las direcciones territoriales de salud han venido a través de los años elaborado sus propios perfiles epidemiológicos, como base para la planeación y ejecución de planes y proyectos de salud. De esta manera se realizó un cambio en las directrices nacionales, en el Decreto 3039 de 2007 de salud pública como política fue excluyente respecto a la salud dental de la población menor de 5 años, transitando en contravía con los lineamientos internacionales, esto debido a que solo se hizo referencia a la población de 12 años de edad. Las cuyas metas del Decreto (en el objetivo tres) se hizo énfasis en poder establecer un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2.3 y lograr y mantener los dientes permanentes en el 60 % de los mayores de 18 años (13).

La Resolución 412 de 2000 incluye las normas de salud bucal en menores de 5 años las cuales se cumplen en las entidades prestadoras de servicios de salud como parte de sus programas de gestantes y crecimiento y desarrollo en el niño menor de 5 años (14). A nivel mundial dentro de las enfermedades bucales la caries temprana es la enfermedad más común en este grupo poblacional (15, 16, 17), puede aparecer tan pronto erupciona el diente y a pesar de su alta prevalencia es una enfermedad prevenible la cual perjudica el desarrollo integral de los niños, atribuidos a daños funcionales, de vías respiratorias, nutricionales, cognitivos, estéticos e incluso psicológicos; así como repercusión en el crecimiento y desarrollo de los maxilares y de la oclusión dental que deterioran su calidad de vida (17, 18). En este sentido, la enfermedad dental influye negativamente en el ámbito social y económico, debido a lo costoso del tratamiento, así como genera malestar, dolor y no toda la población es consciente de la necesidad de su prevención.

En el perfil epidemiológico de Popayán 2008 en toda la población, la caries dental está dentro de las diez primeras causas de morbilidad, en el tercer lugar con 7.84 % de pacientes enfermos presumiblemente éste descenso se deba a subregistro de las actividades (19). En Popayán la línea de base del COP en niños de 12 años (2007) fue de 3.52. Así mismo los índices de Cariados, Obturados y Perdidos (COP) más altos se encontraron en el área rural con 4,97 y en el régimen subsidiado con 3.3 (19). Dentro de las metas del Plan de Salud Territorial Municipal de Popayán no hay línea de base que dé cuenta de la situación actual de dicha enfermedad en niños y niñas menores de cinco años.

Por todo lo anteriormente expuesto, en los últimos años se ha iniciado una corriente en la búsqueda de intervenir la enfermedad dental en el periodo pre-patogénico (20), debido a la relación que hay entre las variables culturales dentro de la sociedad. Por esta razón en la actualidad se están estudiando otras variables diferentes a los biológicos (21) cobrando relevancia la relación madre-hijo en la transmisión cultural (6, 23). Esta relación del binomio madre-hijo ha venido siendo documentada no solo la transmisión vertical de las enfermedades orales de forma temprana a los niños a través de la saliva (24, 25, 26), sino también la transmisión de conocimientos y prácticas de la madre a su contexto familiar (6). En este sentido los niños imitan mucho en cuanto a los hábitos de higiene oral, por lo que pueden ser fácilmente transmitidos al ser visualizados diariamente de sus madres (27, 28).

A pesar de las mejoras experimentadas en salud dental de algunos países, la caries sigue siendo un problema de salud pública mundial; los esfuerzos y la tendencia de mejoría en caries dental alcanzados en la población general no tiene la misma magnitud en niños menores de cinco años (4), dicha tendencia en este grupo poblacional no es clara, debido a que los estudios en esta población son escasos y generalmente los programas de prevención se han enfocado a la población escolar, hasta el punto que en países pobres la salud bucal de los infantes menores de cinco años no ha sido nunca prioridad, enfocando todos los esfuerzos hacia la dentición permanente (29, 21).

Debido al lugar privilegiado de las madres dentro del núcleo familiar especialmente por la gran influencia que ejerce sobre sus hijos, esta investigación se enmarca en el contexto de los conocimientos, prácticas, creencias de las madres, con esta investigación se pretende ampliar el conocimiento con respecto a conocimientos, prácticas y creencias maternas respecto a la enfermedad dental de niñas y niños menores de 5 años en la ciudad de Popayán, donde no existen estudios que evidencien si los conocimientos y creencias maternas están influyendo o no en el desarrollo de la enfermedad dental en estos infantes, ni estudios relacionados con creencias, conocimientos y practicas de madres de menores de 5 años respecto a caries dental.

1.2. MARCO TEÓRICO

Tradicionalmente las madres tienen una fuerte influencia ejercida sobre sus hijos en etapas de crecimiento y de aprendizaje de costumbres relacionados con la salud, por ser ellas las de comportamientos saludables y futuros hábitos saludables (30, 31, 32), más aún si se tiene en cuenta que los niños aprenden imitando, sobre todo los hábitos de higiene oral por lo que pueden ser transmitidos de manera fácil al visualizarlos a diario (33). También se ha documentado una transmisión vertical temprana de esta enfermedad en los niños (as) a través de la saliva de sus cuidadores especialmente de las madres (34).

Las creencias hacen parte de la personalidad individual siendo a su vez juicio de valor que tienen las personas. Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene de generación en generación a través de la experiencia y caracterizan a un grupo o sociedad que las comparten (5). Colombia como varios países de América Latina tiene una gran diversidad de creencias las cuales cambian de una región a

otra. El departamento del Cauca cuenta además con una gran variedad de etnias, lo cual hace interesante explorar las creencias de las madres en quienes estas creencias pueden llegar a ser muy específicas e influyentes en el desarrollo de la condición oral, ligadas a las percepciones que posee cada madre como se plantea en los teóricos del modelo de creencias como factores protectores o no (32).

Las creencias populares han sido relevantes en la evolución de la especie humana. Según Harris (33), la cultura, es ese complejo que comprende conocimientos, creencias, moral y cualquier otra capacidad, prácticas y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad. Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica. Las que se relacionan con la salud y con la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural; los cuidados de la salud cuya base es el saber científico generan conflictos mientras se integran al legado cultural del grupo (35). En las últimas décadas las investigaciones apuntan a intervenir la enfermedad dental en el periodo pre-patogénico (20), debido a la relación que hay entre las variables culturales dentro de la sociedad. Motivo por el cual en la actualidad se está estudiando otras variables diferentes a los biológicos (21).

El estudio de las creencias y los comportamientos se han empezado a explorar tanto en el campo de la salud como en el campo del saber científico. Petersen P. E. et al. En Kuwait en (1990) (36) en sus estudios indagó escolares del primer grado evaluando el conocimiento, las actitudes y comportamientos dentales entre las madres de los niños en primer grado. Así mismo, Petersen P.E. et al en Jordania (2002) investigó el comportamiento en salud oral en escolares y padres de familia en Jordania (37). En este sentido, distintas investigaciones dan cuenta de creencias, comportamientos y practicas en diferentes campos del saber científico. Soto F et al en España en 1997 estudió el modelo de creencias en salud en un enfoque teórico para la prevención del sida (38). Bruns C. (2001) en Guatemala se evaluó los conocimientos de los pediatras acerca de la caries dental infantil con la realización de campañas preventivas con los padres o personas encargadas de sus pacientes (39). En España Moreno M y Azcarate C. (2003) (40) investigaron acerca de las concepciones y creencias de los profesores universitarios de matemáticas acerca de la enseñanza de las ecuaciones diferenciales. Nonglak P. en Tailand (2004) estudió las conductas en prevención de la enfermedad dental entre madres de niños en edad preescolar (41). Zanata R. L en Brasil 2003 (42) afirma que existe una asociación entre la prevalencia de caries en niños pequeños y los factores maternos; el estudio de Moallemi Z.S. et al. en Finlandia 2005 (23) evaluó los comportamientos, actitudes y la influencia de

los conocimientos de las madres relacionada con la salud oral de sus hijos y para comparar el efecto de estos aspectos materna en la salud bucal del niño.

Bueno B. et al en 2006 en España (43) estudió las creencias y motivaciones en la iniciación al consumo de tabaco de niñas y adolescentes y efectos sobre su salud con el fin de conocer las características del consumo de tabaco de la población femenina infantil y adolescente española y las motivaciones y creencias asociadas. Gómez I; Peter E y De Corte E en España (2006) estudiaron las creencias de los estudiantes de matemáticas en esta investigación se describe la estructura y la naturaleza de los sistemas de creencias de un grupo de estudiantes de secundaria (84). Finlayson T. L et al USA (2007) factores maternos cognitivos conductuales asociados a las los hábitos en salud dental de los escolares (45). Greco C. y Gil J. en Argentina 2007 (46), realizaron un estudio acerca de las creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo I. Thomas et al en Australia 2008 (47) investigó los conocimientos prácticas de cuidado de salud en las mujeres embarazadas en Australia. En Brasil Berger F, Danielly M. W, Furlanb E. M. En Brasil 2008 (22) investigó la asociación entre las variables sociales y la madre y la presencia de caries dental en la dentición de los niños. Los resultados sugieren que la presencia de caries dental en dentición primaria en niños y niñas está asociada con las características negativas de la madre. Hinostroza P. en Perú (2009) se realizó un estudio para determinar el nivel de conocimiento de los internos de odontología sobre el manejo estomatológico de la paciente gestante de tres universidades en la ciudad de Lima (48).

Fuentes R. et al. en España 2009 investigaron las opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo (49). Cortes R; Mardones S; Paredes C. en Chile en 2009 (50) estudiaron los conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. España también da cuenta de creencias y prácticas en distintos estudios, inclusive diferentes a la salud. Herrera F et al 2009 investiga el comportamiento y creencias motivacionales y rendimiento académico (51). Hoeft, Barker y Masterson en EEUU (2010) estudian las creencias de madres hispanas en las percepciones, conocimientos y el comportamiento que rodean las causas de la caries. (52). Castellano G, et al. en Uruguay (2011) estudiaron las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo (53). Saidman N et al Argentina (2012) investigaron los conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes (55).

Urrutia M.T en Chile (2012) investigó las creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas (55). Vera D; Osses S; Schiefelbein E. en Chile 2012 (56) estudiaron las creencias de los profesores rurales: una tarea pendiente para la investigación educativa. En Colombia diversos estudios también dan cuenta de creencias y prácticas en distintos campos. Franco A. (1994) en Antioquia estudió los conocimientos y las prácticas de salud oral que tenían las madres de niños preescolares (57). Acosta M. Et al. (1997) estudió las creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1 (58).

Cuartas J. et al. (2002) (59) estudió la relación entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre tres y cinco años de edad. En el Valle del Cauca se han reportado diferentes estudios. Cabrera, Mateus y Carvajal en 2003 estudiaron los conocimientos acerca de la lactancia materna como requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas (60). Arrivillaga M; Salazar I; Correa D. en 2005 estudiaron las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios (61).

Castro F. E et al Cauca (2008) realizaron una investigación para conocer las prácticas y actitudes de las embarazadas frente a la ocurrencia de IVU en el Centro de Salud Alfonso López, de Popayán, Colombia. La investigación permitió conocer el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la etapa de la gestación (62). Andrade S.M 2008 investigó las creencias sobre caries e higiene oral de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en la Empresa Social del Estado salud Choco, en el Municipio del Medio San Juan (28); Valencia C. et al en Bogotá 2009 diseñaron el cuestionario de creencias al consumo de alcohol para jóvenes universitarios (99). Rengifo H.A. en 2009 (22) investigó las creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas.

Todos estas investigaciones describen la necesidad de indagar acerca de creencias y prácticas frente a las actividades orientadas a mejorar las diferentes condiciones de salud y de diferentes campos del saber científico, puesto que no deben desligarse de los conocimientos de las comunidades, teniendo en cuenta además la escala de elementos culturales que determinan el comportamiento en salud de la población (63) en el direccionamiento, búsqueda y gestión de estrategias para mejorar la calidad de vida de las comunidades.

1.2.1. Modelo teorico

El modelo teórico con el que se trabajó en esta investigación fue una adaptación del modelo de creencias de salud (MCS) el cual es uno de los marcos teóricos más usados en Psicología de la salud para explicar los comportamientos con efectos en salud y efectos preventivos de la enfermedad (65). Este modelo facilita la comprensión de la acción humana frente a situaciones de elección alternativa y comportamientos en salud (66). Se fundamenta en tres dimensiones las percepciones individuales, los factores modificantes (sicosociales, demográficos y estructurales) y las claves para la acción (campañas masivas, consejos familiares o de amigos, experiencias con la enfermedad) (67). Ver la figura 1.

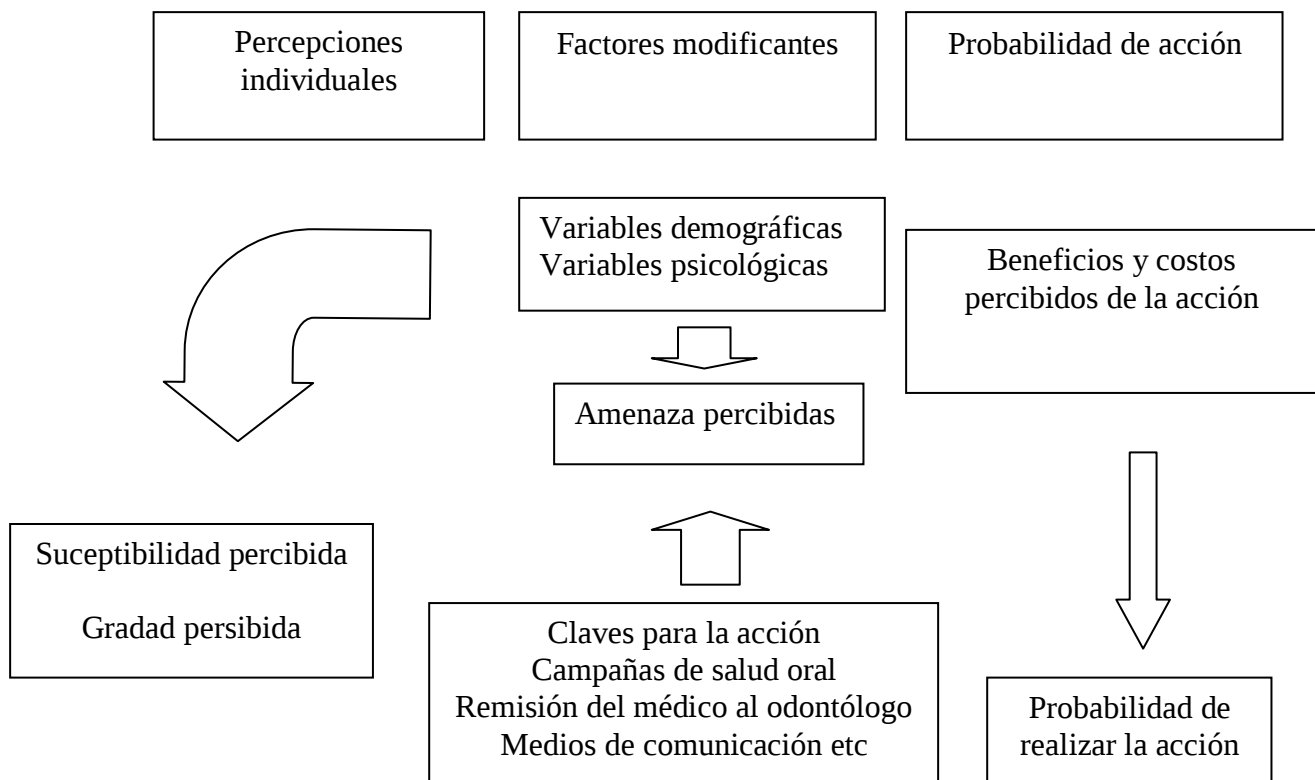
El MCS agrupa unos componentes básicos los cuales parten del deseo de evitar una enfermedad (o si se está enfermo de recuperar la salud) y la creencia de que una conducta saludable específica pueda prevenir la enfermedad (o si se está enfermo se aumente la probabilidad de recuperar la salud) de ahí que es necesario que la persona crea algunas cosas: que es susceptible, es decir que hay una percepción subjetiva del riesgo de sufrir la enfermedad, que de la ocurrencia de ésta misma se deriva una severidad; que hay unos beneficios si se toma una acción posible y eficaz para enfrentar ese trastorno y que existen barreras, es decir aspectos negativos como costo, dolor, dificultades o consumo de tiempo de contraer la enfermedad (66, 67).

El modelo de creencias en salud ha sido utilizado en diferentes investigaciones tales como la de Cabrera G. Et al (2003) quienes estudiaron los conocimientos acerca de la lactancia materna (68), otro estudio, Arriaga M; Salazar I y Correa D. en 2003 investigaron las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte (61). Tascón J. E; Cabrera G A (2005) en su estudio utilizó el Modelo de Creencias en Salud como referente teórico y metodológico de esta investigación acerca de las creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes, con el propósito de conocer las creencias que sobre susceptibilidad y severidad de la caries dental que tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca. (69). Así mismo, Tascón J E. en otros de sus estudio utiliza como referente el modelo de creencias en salud (MCS). En 2005 (70) en la investigación acerca de algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes y en el mismo año

Tascon J. E. Et al, estudia los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de un grupo de niños de 5 a 11 años para describir la historia de caries del primer molar permanente de estos niños; encontró que casi todas las madres no saben la importancia del primer molar y desconocen la edad en que éste erupciona. Gran proporción de los niños presentan un alto porcentaje de primeros molares cariados, obturados, y perdidos. Pese a que las actitudes de las madres con respecto a la higiene oral son favorables, las prácticas no lo son (71).

Rengifo H. A. en 2009 estudió las creencias maternas acerca de salud oral en gestantes utilizando el modelo teórico de creencias en salud como referente de su investigación, con el objetivo de indagar acerca de la salud oral durante el embarazo (22). En este estudio se buscó adaptar el modelo de conocimientos y de prácticas de las madres frente a la salud oral de los niños

Figura 1. Mapa coceptual - teórico



1.2.2. Marco conceptual

1.1.1. Salud Bucal: 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 a la boca y la cavidad bucal (72).

1.1.1.1. Indicadores para medir Caries Dental: estudios epidemiológicos de la caries dental permiten determinar la relación entre el consumo de azúcares y la magnitud del problema, la necesidad y eficacia de algunos tratamientos, fluorización del agua de consumo (73).

Los indicadores reconocidos internacionalmente para evaluar y cuantificar el estado de salud bucal de la población en relación a la caries dental son:

Índice COP-D fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries Dental. Indica la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. (74). El Índice COP-D en su registro se incluye datos sobre las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (C = cariadas). Las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (P = perdidas) y las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (O = obturadas)

$$\text{Índice COP} = \frac{\text{Total de dientes cariados, perdidos y obturados en la población examina}}{\text{Total de personas examinadas}}$$

El índice CPO-D toma en cuenta las 28 piezas dentaarias permanentes, sin contar los terceros molares, se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos incluyendo las extracciones indicadas por causa de caries. Índice CEO-D es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considera sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes (74).

1.1.1.2. Índice de Knutson: Cuantifica en una población a todos aquellos que tienen 1 ó más dientes afectados sin considerar el grado de severidad de la afección. Es muy poco específico (75)

1.1.1.3. Índice de caries radicular: Se puede observar por superficie o por diente. Para este índice los criterios para diagnosticar una caries radicular son los siguientes: lesiones en cualquier superficie radicular con una cavidad franca; lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color (75).

1.1.1.4. Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte (76).

1.1.1.5. Concepto de crecimiento: es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

1.1.1.6. Concepto de desarrollo: el desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social.

1.1.1.7. Creencias: la tradición filosófica en general aceptó de manera no problemática que la creencia era un estado interno accesible a la introspección (76). En este sentido, alguien podría afirmar no sólo que la creencia sea un estado mental sino que además es un estado mental diferente al estado mental de 'conocer' (77); Platón afirmaba que los objetos del conocimiento y los de la creencia son distintos respectivamente, entidades sensibles y entidades

inteligibles-, y que paralelamente les corresponden operaciones del alma diversas, a saber, la doxa (eikasia y pistis) y la episteme (dianoia y noesis) (77).

1.1.1.8. Prácticas: La habilidad práctica se caracteriza por la facilidad para realizar tareas concretas orientadas principalmente hacia un fin utilitario o práctico(78). La tendencia empírica se mueve dentro de la preocupación por los haceres, entendidos como aplicación de ejercicio, habilidad, destreza, costumbre, estilo. Su racionalidad, por lo general siempre implícita corresponde con la poiética o productividad. La otra tendencia se centra en el proceso de la interacción personal, la deliberación, la toma de decisiones, la articulación de propuestas dirigidas a la cualificación de quien la formula como de los destinatarios, la relación de ésta con un concepto de pedagogía, educación física y agente de cambio social. Su racionalidad explícita es la de la praxis, práctica o política, entendida ésta como búsqueda del bien común de la sociedad (79).

1.1.1.8. Conocimientos: Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (80).

1.1.1.9. Caries Dental: La caries dental es un reblandecimiento del tejido duro del diente hasta la formación de una cavidad (63), debido a la interacción de bacterias (17) productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos fermentables responsables de esta enfermedad, así como otros factores del huésped que incluyen a los dientes y la saliva sumados al factor tiempo (15, 81). Las bacterias que intervienen en ésta patología trasmisible y cuya protagonista esencial es el *Streptococcus mutans* seguido de otros microorganismos tales como los *Lactobacillus*, *actinomyces* y otros tipos de *Streptococcus* que también participan (82, 83). Es una enfermedad dental multifactorial e irreversible y la más frecuente tanto en la infancia (34, 16, 17) como en adultos de todo el mundo (84); puede aparecer después de la erupción dentaria en los primeros años de la vida humana (64, 34) e infecta posteriormente y de forma fulminante la dentición permanente causando estados de prolongado dolor dental y padecimiento (84). Por tal razón la caries dental afecta la salud general de niños repercutiendo en su alimentación,

crecimiento y desarrollo (63), deteriorando la calidad de vida de las personas que la padecen de todas las edades (7, 34, 15, 16).

1.1.1.10. Caries Temprana de la Infancia: (CTI) es el término actualmente utilizado por la Asociación Americana de odontopediatría 2003. Su definición es caries en dentición temporal con la presencia de uno o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses.

Aunque en los últimos años se ha visto una tendencia de mejoría respecto a caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad no deja de ser un problema de salud pública tanto en países industrializados y no industrializados. La prevalencia de caries dental en adultos es alta ya que la enfermedad afecta a casi el 100 % de la población en la mayoría de los países del hemisferio y al 60-90 % de niños en edad escolar (85). En los menores de 5 años la tendencia no es clara debido al enfoque en los estudios que hay en la población escolares (9). En este sentido, dicha mejoría no tiene la misma magnitud en niños menores de cinco años ya que en ellos solo se ha controlado en cierto grado (86, 18) además de no ser clara la tendencia de este grupo poblacional debido a la falta de estudios y de no ser la prioridad en distintos países del mundo (21).

La prevalencia a nivel nacional de experiencia de caries reportada en niños de 5, 6, 7 y 12 años en el III Estudio Nacional de Salud Bucal (1999), fue para dentición temporal con 45.7 % y para dentición permanente de 28 %, con índices ceo-d de 3.0 a los 5 años y COP- de 2.3 a los doce años. En este sentido el ENSAB III mostró en el departamento del Cauca un índice ceo-d de 3.0 a los 5 años (13).

La literatura respecto a caries dental es muy diversa. Bonilla A. (87) en Costa Rica (1992) reportó en un estudio de prevalencia de la caries rampante en 422 niños de 2 a 5 años; la prevalencia de la caries rampante total fue de 0,13 (95 % CI 0,1 - 0,16); la prevalencia de caries rampante en niños desnutridos fue de 0,21 (95 % CI 0,1 - 0,3). A principios del año 2000 en países latinoamericanos como Argentina (2009) Minetti Z (88) informa que entre 85 % de la población infantil presentaban caries dental. En España Mora y Martínez (2000) reportó una prevalencia de caries en niños de 2 a 5 años de 37 % (89). Romero K. (90) en México (2002) su estudio fue realizado en infantes de 3 a 6 años y encontró prevalencias de caries que oscilaban entre el 22,0 % al 35,7 %. Petersen P. E. en 2003 (4) encontró que

la mejoría de los indicadores de caries dental alcanzados en la población general a nivel mundial no tiene la misma magnitud en niños menores de 5 años.

Vargas R. A; Marcela Herrera M. C. (91) en Chile (2002) con una muestra de 1100 niños y niñas con edades entre 6 y 12 años de edad, reportaron una prevalencia de caries dental de 99 % y el índice c.e.o.d. promedio encontrado en estas escuelas fue de 4,45 y el índice C.O.P.D. promedio fue de 2,82. Un estudio en Tailandia, Nonglak P; et al en el año 2004 (71) en niños de 3 a 5 años de edad la caries fue de 65.7 % a 87.4 %. Otro estudio de Segovia V A. et al en México (2004) con una muestra de 1.303 niños de 3 a 6 de edad; el porcentaje de sujetos en los grupos de severidad I, II, III y IV fue de 77,3 %, 4,8%, 12 % y 5,9 % respectivamente. El (c.e.o.d >4), presentaban las lesiones cariosas de mayor severidad (71,4 % vs 6,7 %; $p < 0.001$) (92).

Petersen P. E. en 2005 afirmó que en las últimas décadas las investigaciones apuntan al estudio de la caries dental relacionada con factores sociales y del comportamiento por ser los que están influyendo en resultados a través de procesos fisiológicos (93). En Perú, Heredia C, Alva F. (2005) estudió de 5 a 12 años y reportaron una prevalencia de caries dental de 91,5 % (94). Venezuela en 2006 Barrios S. da cuenta de 97 % de la población infantil afectada (95). Otro estudio en (2006) en Venezuela González H. determinó una prevalencia de caries infantil de 67,7 % (96). Vargas y Ronzio 2006 indican que en USA en su estudio el 23,7 % de las niños de 2 a 5 años de edad han tenido la experiencia de caries y 18,7 % tienen caries sin haber recibido ningún tratamiento (97). Saucedo M C México 2008 reportó en niños de 2 a 5 años 31, 2 % tenían caries de biberón; en este estudio la relación entre la edad y la prevalencia se comprueba que 16,7 % de niños de dos años de edad tenían caries dental; 30,8 %, 38,3 %, 58,3 % de los niños de 3, 4 y 5 años presentaban caries respectivamente (26).

La literatura respecto a caries en mayores de 5 años a nivel mundial da reporta diferentes resultados. En una muestra de 432 niños y niñas de entre 4 y 15 años en un estudio realizado en Chile (2001) Vargas R encontró 86,6 % del total de la muestra presentaba caries. El índice c.e.o.d. promedio total de la muestra fue de 4.04, el índice C.O.P.D. promedio del total de la muestra fue de 2,67 (98). En México se han realizado diversas investigaciones tales como la de Romero K. en el 2002 encontró prevalencias de caries que oscilaban entre el 22,0 % al 35,7 % en su estudio realizado en niños de 6 años de dos colegios de preescolar (90). En este sentido Heredia C, Alva F. Perú (2005) en su estudio en jóvenes de 5 a 12

años de edad encontró una prevalencia de 91,5 % (94).

Villalobos J. J, et al. en México (2006) realizó un estudio en 3.048 niños (as) de 6 a 12 años de edad. En la dentición temporal, el c.e.o.d fue de $4,68 \pm 3,21$ y la prevalencia de caries 90,2 %. El índice CPOD fue de $3,24 \pm 2,72$ y la prevalencia de caries, 82 % (99). Vallejos S.A. et al en Mexico (2007) realizó un estudio con infntes de 6 a 9 años de edad. La prevalencia de caries encontrada en la dentición tanto temporal como permanente fue del 58,9 %. El promedio de ceod y CPOD para el total de la muestra fue 2,48 (2,82) y 0,40 (0,98), respectivamente. El índice SiC (índice de caries significativa, calculado en la dentición temporal) fue de 5,85 para los niños de 6 años de edad (100). En otro estudio, De la Fuente J. et al. (2008) estudio jóvenes de 15 a 18 años encontrando una prevalencia de 48 % (101). En este sentido, Aguilera G. L. y cols en México (2009) estudiaron la prevalencia de caries en escolares de 10 a 13 años siendo de 56 % (103). Caballero C, Enríquez G, García C. (2010) en Perú estudio escolares entre 6 a 14 años evidenciando una prevalencia de 56 % (103).

Cereceda M. A. et al en Chile (2010) estudio a 1.190 escolares de 5 a 15 años, la prevalencia de caries en la población total fue de 79,5 %; la prevalencia de caries en los niños eutróficos, con sobrepeso y obesos fue de 80,0 %, 78,1 % y 79,9 % respectivamente. El índice COPD a los 12 años fue de 2,8 (104). Martínez C. M. et al. en México (2010) encontraron en una muestra de 3.864 la prevalencia de caries en dentición primaria fue de 56, 8 %. A los 6 años la prevalencia de caries fue de 56 % y en la dentición permanente 26,8; el c.e.o.d $1,88 \pm 2,34$ y en dentición permanente el CPOD $1,11 \pm 2,03$ (105).

Vázquez E. Et al. en México (2011) estudiaron 1.893 adolescentes escolares con edades de 13 a 18 años; la prevalencia de caries dental fue de 48,2 %. En la población total estudiada el valor medio de COP-D fue $1,68 \pm 0,52$ y el correspondiente valor medio de COP-S fue $2,47 \pm 1,08$ (106). Villaizán C. Et al. España (2012) encontró en escolares entre 6 y 14 años una prevalencia en dentición temporal 52,2 % y en dentición definitiva 36,4 % y para índice de caries lo determinaron de acuerdo al grado de educación primaria así: primero de primaria el c.e.o.d 2,34 y CAOD 0,2; en segundo de primaria el c.e.o.d 1,9 y CAOD 0,8; en tercero de primaria el c.e.o.d 1,2 y CAOD 1,4 (107). En este mismo país, Ramírez M. J. et al. México (2012) en su estudio con una muestra de 273 escolares de 6 a 13 años se encontró que 82 % en edades de 10 a 11 años de edad presentaron más de una lesión cariosa seguida de los de 8 a 9 años con 62 % (108). En el estudio de Suzuki B. et al. en México (2013) analizaron el riesgo de caries en una

población infantil con una muestra de 583 escolares de entre 6 a 10 años del noroeste de México. En este estudio el riesgo de caries se incrementó con la edad, se identificó que 85 % y 65 % de los niños de muy bajo y muy alto riesgo de desarrollar caries a los 12 meses (tiempo de duración del estudio) (109).

Dunn Mora N M. en Ecuador (2014) en su investigación estudió la frecuencia de caries dental en primeros molares permanentes en una población de 69 escolares con edades de 7, 9, y 11 donde el 70 % de los niños tenía al menos un primer molar permanente cariado. Hubo una alta prevalencia de caries dental en el primer molar permanente de la población estudiada con un índice CPO de 0,66. El índice CPO en los niños de 7 años fue 0,53, en los de 9 años fue 0,66 y en los de 11 años 0,96; es preciso señalar que el índice incrementó con la edad del paciente; el grupo mayor a 7 años fue mayormente afectado por caries (110). En Perú, Quicaña C. et al. en 2009 en una muestra de 154 niños de 4 y 5 años reportó que la prevalencia de caries fue de 88 % y 93 % respectivamente (111). Lima 2011 (112) Villena R. et al encontró una prevalencia de caries dental de 62,3 % para niños y niñas menores de 72 meses. En Guatemala (2011) Morales T. et al. en su investigación, la prevalencia de caries de la infancia temprana en la población examinada en infantes estudiados de doce a cuarenta y ocho meses de edad fue de 59.5 % (113).

En Colombia distintas investigaciones dan cuenta de caries dental en dentición permanente. García L. M. Et al. 2005 Cali estudio la prevalencia de caries de escolares de 5 a 13 años la cual fue de 67,7 % (114). Caycedo M. Et al. Cundinamarca 2009 estudio niños y niñas entre 3 y 9 años encontrando una prevalencia de caries dental en dentición temporal de 67.5 % (115). Salas Z. A. et al. (2010) en Pasto (116) estudió a escolares de 5 y 12 años encontrando una prevalencia de caries del 88 % y 83 % respectivamente. Cárdenas S. en Bogotá (2011) estudio escolares de 4 a 13 años de edad encontrando una prevalencia de 51 % (117). Díaz S. y González F. en Cartagena (2011) en su estudio de prevalencia de caries dental en escolares de 4 a 13 años encontró una prevalencia de 51 % (118). Martínez L. et al. Antioquia en 2011 (119) en su estudio en escolares de 5 y 12 años reportó un promedio ceo-d a los 5 años la cual fue de $2,37 \pm 3,39$, con experiencia de caries del 61% A los 12 años se encontró un promedio COP-D de $0,73 \pm 1,28$, y una experiencia de caries del 33 %. Corchuelo J. 2012 en su estudio en hombres y mujeres con edades de 12, 18, 25, 35, 45, 55, 65 reportó una prevalencia de 64,3 % (120).

Valbuena L. F; Díaz A y Castelblanco M. en 2000 en Bogotá en su estudio realizado en niños de 1 a 4 años de edad el 11,3 % de los niños presentaron caries de la infancia temprana (121). Cuartas J. Et al. (2002) estudió la relación entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral con la historia de caries dental en sus hijos con edades entre 3 y 5 años de edad (1). Caudillo T y Adriano M. México (2009) concluyeron que los preescolares de tres a cinco años estudiados, 69,5 % presentaron caries dental (122).

En el año 2012 Sánchez Y, Sence Campos R. en Perú (123) reportaron una prevalencias de caries de 51,2 % y 77,8 % en niños y niñas de 3 y 4 años de edad respectivamente. Villaizán C. Aguilar M. en España en 2012 reportó una prevalencia de caries en dentición temporal de 52,2 % (124). Gálvez C. Perú 2013 estudió niños con dentición decidua utilizando índices ceo y el sistema internacional de detección y valoración de caries (ICDAS II) resultando una prevalencia de caries de de 83,9 % cuando se aplicó el índice ceo-d y de 92,3 % cuando se aplicó ICDAS II (124).

Franco A et al. 2004 en Antioquia (21) reportó en menores de 6 años en dos grupos con distinto estrato, la prevalencia de caries en niños de estrato medio-alto fue de 48 % y 58,3 % para los de estrato bajo y como dato interesante esta investigación encontró caries en niños desde el primer año de vida. En Cali Arango M. y Baena G en 2004 hicieron una revisión bibliográfica sobre caries de la infancia temprana, los factores asociados y la prevalencia. En su estudio se recomienda capacitar a las futuras madres sobre el cuidado que deben tener tanto ellas como los niños que estarán a su cargo con respecto al cuidado oral, e indicarles que es necesario manejar una higiene oral adecuada. También hace referencia en que a los padres que deban asistir tan pronto nazca el bebé a consulta con el odontopediatra para que los oriente de forma acertada sobre los cuidados orales que deben tener con el niño y que les indique cuándo deberá ser la primera cita del niño con este especialista (126). Alvarado B. et al. en Cauca (2005) estudio las creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños afro-colombianos. Este estudio describe las creencias y prácticas de la alimentación infantil en niños de 6 a 18 meses de edad, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses (127).

En 2005 García L.M. Et al. (114) en esta investigación se realizó un estudio que fuera comparable con el ENSAB III. Se esperaba que la situación de salud oral en

los niños de este sector obtuviera mejoría debido a que fueron objeto de las intervenciones de promoción y prevención de la estrategia de escuela saludable y de esfuerzos adicionales desde la coordinación del Programa de Salud Bucal del Municipio. Los resultados para el grupo de 5 años la prevalencia de caries fue 56,3 %; evidenciando que en los niños de 5 años había aumento en la incidencia de caries para el perfil epidemiológico de la ciudad en ese año (2005) y de los resultados de estudios similares en el departamento del Valle y de la nación (1998).

Franco A Et al. en 2006 en Medellín reportó una prevalencia y experiencia de caries 77,8 % en niños de uno a 5 años y en los niños de 5 años 73 % ha tenido experiencia de caries (9). En el perfil epidemiológico de población general en Popayán (2008) dentro de las diez primeras causas de morbilidad, está la caries dental en el tercer lugar con un 7.8 % de pacientes enfermos, presumiblemente con un descenso (según los autores) debido a sub-registro de las actividades (69).

En Cartagena González M. F, Et al. en 2009 se reportó una prevalencia de caries de 60 % en preescolares entre 3 y 5 años de edad. Así mismo en Cartagena Díaz S. y González F. en 2010 se encontró en este estudio una prevalencia de caries dental de 51 % (117). En este sentido, otras investigaciones realizadas en Antioquia, Saldarriaga A et al. en el año 2009 (86) dan cuenta en preescolares de 2 a 4 años mostrando una prevalencia de caries dental en niños de 74,7 %. Escobar P.G et al 2009 en su estudio de infantes de 1 a 5 años la prevalencia que reportó fue de 77.8 % (102).

En Pasto Salas Z. A. et al. 2010 estudió a escolares de 5 y 12 años encontrando una prevalencia de caries del 88 % y 83 % respectivamente (116). Ramírez B. et al. (2008) en Antioquia realizaron un estudio para determinar la caries de la infancia temprana en niños de 1 a 5 años. Se evaluaron 659 niños, siguiendo los criterios Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries (ICDAS) el 69,7 % de los niños tenía caries de la infancia temprana (CIT) (129).

En la ciudad de Popayán no se han realizado a la fecha estudios que reporten el estado de salud dental en la población de niños de cinco años. La línea de base que existe en Popayán es el COP en infantes de 12 años en el año 2010 el cual fue de 3.52. Los índices de COP (Cariados, Obturados y Perdidos) más altos se encontraron en el área rural con 4,97 y en el Régimen Subsidiado con 3,3 (131).

1.3. ESTADO DEL ARTE

Petersen P. E. et al. En Kuwait en (1990) (36) evalúa los conocimientos, las actitudes y comportamientos dentales de las madres de los niños en primer grado. Así mismo, Petersen P.E. et al. en Jordania (2002) investigaron el comportamiento en salud oral en escolares y padres de familia en Jordania (37). Soto F et al. en España en 1997 (38) investigó el modelo de creencias en salud, en un enfoque teórico para la prevención del sida. Bruns C. 2001 Guatemala evaluó los conocimientos de los pediatras acerca de la caries dental infantil y si se están realizando campañas preventivas con los padres o personas encargadas de sus pacientes (39). Nonglak P. en Tailand (2004) estudió las conductas en prevención de la enfermedad dental entre madres de niños en edad preescolar (41). Zanata R. L en Brasil 2003 (42) afirma que existe una asociación entre la prevalencia de caries en niños pequeños y los factores maternos;

El estudio de Moallemi Z.S. et al en Finlandia 2005 (23) evaluó los comportamientos, actitudes y la influencia de los conocimientos de las madres relacionada con la salud oral de sus hijos y para comparar el efecto de estos aspectos maternos en la salud bucal del niño. Bueno B. et al. en 2006 en España (43) estudió las creencias y motivaciones en la iniciación al consumo de tabaco de niñas y adolescentes y efectos sobre su salud con el fin de conocer las características del consumo de tabaco de la población femenina infantil y adolescente española y las motivaciones y creencias asociadas.

Finlayson T. L et al USA (2007) factores maternos cognitivos conductuales asociados a los hábitos en salud dental de los escolares (45). Greco C. y Gil J. en Argentina 2007 (46), realizaron un estudio acerca de las creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo I. Thomas et al en Australia 2008 (47) investigó los conocimientos prácticos de cuidado de salud en las mujeres embarazadas en Australia. En Brasil Berger F, Danielly M. W, Furlanb E. M. En Brasil 2008 (22) investigó la asociación entre las variables sociales y la madre y la presencia de caries dental en dentición de los niños. Los resultados sugieren que la presencia de caries dental en dentición primaria en niños y niñas está asociada con las características negativas de la madre. Hinostroza P. en Perú (2009) se realizó un estudio para determinar el nivel de conocimiento de los internos de odontología sobre el manejo estomatológico de la paciente gestante de tres universidades en la ciudad de Lima (48).

Fuentes R. et al. en España 2009 en este estudio se indagó las opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo (132). Cortes R; Mardones S; Paredes C. en Chile (2009) (96) estudiaron los conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. España también da cuenta de creencias y prácticas en distintos estudios, inclusive diferentes a la salud. Herrera F et al. 2009 investiga el comportamiento y creencias motivacionales y rendimiento académico (133). Hoeft, Barker y Masterson en EEUU (2010) estudian las creencias de madres hispanas en las percepciones, conocimientos y el comportamiento que rodean las causas de la caries. (52). Castellano G, et al. en Uruguay (2011) estudiaron las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo (53). Saidman N et al. Argentina (2012) investigaron los conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes (55). Urrutia M.T en Chile (2012) investigó las creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas (134).

En Colombia diversos estudios también dan cuenta de creencias y prácticas en distintos campos. Franco A. (1994) en Antioquia estudió los conocimientos y las prácticas de salud oral que tenían las madres de niños preescolares (135). Acosta M. Et al (1997) estudió las creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1 (58). Cuartas J. et al (2002) (1) estudió la relación entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre tres y cinco años de edad. En el Valle del Cauca se han reportado diferentes estudios. Cabrera, Mateus y Carvajal (Valle del Cauca) (68) 2003 estudiaron los conocimientos acerca de la lactancia materna como requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas (68).

Arrivillaga M; Salazar I; Correa D. 2005 estudiaron las creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios (61). Castro F. E et al Cauca (2008) realizaron una investigación para conocer las prácticas y actitudes de las embarazadas frente a la ocurrencia de IVU en el Centro de Salud Alfonso López, de Popayán, Colombia. La investigación permitió conocer el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la etapa de la gestación (62). Andrade S.M 2008 investigó las creencias sobre caries e higiene oral de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en la Empresa Social del Estado salud Choco, en el Municipio del

Medio San Juan (28); Valencia C. et al en Bogotá 2009 diseñaron el cuestionario de creencias al consumo de alcohol para jóvenes universitarios (136).

Tabla 1. Cuadro de Prevalencias dental e índices de caries dental

AUTOR	AÑO	LUGAR	TITULO	EDAD	MUES TRA	PREVALENCIA	INDICES
Dunn Mora N M.	2014	Ecuador	Factores de riesgo para la formación de caries del primer molar permanente; Escuela Cacique Tomalá, Guayaquil. 2014	7, 9y 11	69	70 % al menos un primer molar permanente cariado.	CPO 7 años 0,53, COP 9 años 0,66 COP11 años 0,96
Padilla-Suzuki B. et al	2013	México	Predicción de riesgo de caries en escolares del noroeste de México: estudio longitudinal	6 - 10	583	85 % y 65 % de los niños de muy bajo y muy alto riesgo de desarrollar caries	Se clasificó el riesgo de caries con el Bratthall CB y se emplearon criterios de la OMS para el índice de caries.
Carlos Gálvez Ramírez	2013	Perú	Prevalencia de caries dental en niños con dentición decidua usando índices ceo y el sistema internacional de detección y valoración de caries (ICDAS II)	3 - 5	131	La prevalencia de caries con COE 83,97 % con ICDAS 92,37 %	El ceo-d fue de 4,1 y de 6,3 cuando se aplicaron los criterios ICDAS II. El índice de superficies cariadas según los criterios del ceo-s fue de 7.9 y de 10.1 cuando se aplicaron los criterios ICDAS II.
Jeannette Ramírez Mendoza et al	2012	México	Prevalencia de Caries Dental y Maloclusiones en Escolares de Tabasco, México.	6 - 13	273	82 % de 10 a 11 años. 62% de 8 a 9 años El 82% presentómás de una lesión cariosa.	En dientes primarios y permanentes se midió con los criterios del índice de Knutson y de maloclusión con los criterios de Angle.
Villaizán C. et al	2012	Toledo España	Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares	6 - 14	1220	Temporales 52,2 %. Permanentes 36,4 %	1ºprimaria cod 2, 34; CAOD 0,2 2ºprimaria cod 1,9; CAOD 0,8 3ºprimaria cod 1,2; CAOD 1,4
Isis Rojas Herrera Luis Díaz Soto.	2012	Cuba	Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados	17 - 19	100	COP-D de 7,7 %	COP-D de 7,7 %
Shyrley Díaz Cárdenas, Katherine Arrieta	2011	Cartagen a	Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de Cartagena Colombia	De cuatro a trece	243 estudia ntes	La prevalencia de caries fue de 51 %	índice COP-D y ceo-d

Vergara, Farith González Martínez				años			
Villena-Sarmiento R, et al	2011	Perú.	Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte	6-71 meses	332	62,3 % y se incrementó con la edad 10,5 % (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0 % (24-35 meses), 65,5 % (36-47 meses), 73,4 % (48-59 meses) y 86,9 % (60-71 meses).	El índice ceod promedio fue 2,97 (DS 3,48), el componente cariado representó el 99,9 % del índice.
Eliza M Vázquez- Rodríguez et al	2011	México DF	Prevalencia de caries dental en adolescentes: Asociación con género, escolaridad materna y estatus socioeconómico familiar	13 a 18 años.	1.893	48,2%	En la población total estudiada, el valor medio de COP-D fue $1,68 \pm 0,52$ y el correspondiente valor medio de COP-S fue $2,47 \pm 1,08$.
Martínez Lina et al	2011	Colombia Antioquia	Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del Municipio de Yondó	5 años y 12 años	62 de cinco años y 145 niños de 12 años	Cinco años fue de 61 %. A los 12 años 33,1 %.	El promedio ceo-d a los 5 años fue de $2,37 \pm 3,39$, a los 12 años se encontró un promedio COP-D de $0,73 \pm 1,28$,
Shirley Díaz Cardenas, et al.	2011	Colombia	Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia	6	243	51 %	----
Shirley Díaz- Cárdenas y Farith González-Martínez	2010	Colombia	Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia Rev salud pública. 12 (5): 843-851, 2010		243 estudian- tes.	51 % (IC 95 %; 45-59),	El índice COP-D y ceo-d, De acuerdo a los criterios de severidad ICDAS 2005, la lesión encontrada con mayor frecuencia fue la tipo 3 en un 2 % (IC 95 %; 2,01-2,72)

Morates K et al	2011	Guatemala	Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS)	De 12 a 48 meses	100	59.5 %.	
Shirley Díaz Cardenas. et al	2011	Colombia	Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos	De tres a cinco, de 6 a 9 y de 10 a 13	102	En dentición temporal fue del 89 % y en dentición permanente 83 %	
Ramírez B.S. et al	2011	Colombia Antioquia	Línea de base en caries dental, Antioquia (Colombia), 2011	12, 25, 35, 45, 55 y 65 años	11.211 registros de una base de datos.	El 86,7 % de la población total examinada tenía experiencia de caries cavitacional,	índice cop- d clásico promedio de 8,7 $\pm$ 7,5 y un índice cop- d modificado de 8,9 $\pm$ 7,4. Los niños de 12 años de edad presentaron una experiencia de caries cavitacional del 61,5 % mientras que sus índices cop- d clásico promedio y cop- d modificado fueron de 1,8 $\pm$ 2,1 y 2,1 $\pm$ 2,4, respectivamente. Los índices cop- d clásico promedio aumentaron con la edad, a los 65 años fueron 18,2 $\pm$ 7,7.
María Angélica Cereceda et al	2010	Chile	Prevalencia de Caries en Alumnos de Educación Básica y su Asociación con el Estado Nutricional	de 5 a 15 años	1190	79,5 %	índice COPD a los 12 años de 2,8.
Martínez P Karla et al	2010	México	Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad en san Luis Potosi	De 6 a 12 años	3864	En dentición primaria fue de 56, 8 %. A los seis años la prevalencia de caries fue de 56 % y en la dentición permanente 26,8 % .	Ceod 1,88 $\pm$ 2,34 CPOD 1,11 $\pm$ 2,03
Shirley Díaz Cardenas, Farith González Martínez	2010	Cartagena	Prevalencia de caries dental y factores familiares en escolares de Cartagena de Indias, Colombia	de 4 a 13 años	243	Prevalencia de caries dental de 51 % (IC 95 %; 45-59), siendo	COP-D y ceo-d, la severidad mediante los criterios ICDAS II 2005

						mayor para los niños entre 8 y 9 años en un 32 % (p = 0.04).	
Caballeroa C, Enriquez G, García C.	2010	Perú	Relación entre la experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de la Provincia de Sechura-Piura en el año 2010.	entre 6 a 14 años	438	56 %	
Shirley Díaz Cardenas	2010	Colombia Bogotá	Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una institución educativa de la ciudad de Cartagena de indias	De 4 a 13 años de edad.	243	51 %	índice COPD y ceo-d teniendo en cuenta el componente cariado del índice, mayor o igual auno y teniendo en cuenta los criterios de severidad grado 3, 4, 5 y 6 de ICDAS 2007
Salas Z. A. et al	2010	Colombia	Historia de caries en población escolarizada de cinco y doce años en el corregimiento de Genoy Municipio de Pasto - 2010.	5 y 12	42 de 5 años y 17 de 12 años	Prevalencia de caries a los 5años de 88V% y 83 % a los 12años	
Quicaña A et al	2010	Perú	Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 4 a 5 años. Huaycan, Octubre 2009	De 4 y 5 años	154	88 % y 93 % a los 4 y 5 respectivamente	
González MF, Sánchez PR, Carmona AL.	2009	Colombia	Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla Cartagena.	Entre 3 y 5años	238	60 %	
Caycedo M. et al	2009	Colombia	Historia de caries en escolares del municipio de chía-Cundinamarca 2006 -2007	Entre 3 y 9 años	2881	En dentición temporal fue de 67.5 %,	
Escobar G. et al	2009	Colombia Medellín	Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia	1-5 años	162	77.8 %	Utilizóel ceo-d 5.1±5.0 y un ceo-s 7.6±11.3, con diferencias significativas por edad (prueba Kruskal Wallis) y predominio del componente cariado. En los niños de cinco años el 73% ha tenido laexperiencia de caries y el ceo-d fue de 5.94±6.3

Aguilera G. L. y cols	2009	México Zacatecas	Niveles de Streptococcus mutans y prevalencia de caries dental en una población de escolares de la zona urbana de la ciudad de Zacatecas.	10 a 13	150	56 %	55 % del grupo tienen valores de CPOD entre 1 a 4 y el 45% con un CPOD de 0.
Tomas Caudillo Joya; María del Pilar Adriano Anaya	2009	México D. F.	Caries dental y hábitos bucales en población preescolar de la delegación de Milpa Alta, su relación con variables socioprofesionales	De tres a cinco	344	69.5 %	se utilizó el ceod. El promedio de caries dental en la dentición temporal a los tres años de edad fue de 2.2, a los cuatro de edad de 4.2 y a los cinco años de edad de 4.7. El promedio general fue de 3.7.
Saldarriaga A. et al	2009	Colombia	Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá.	Entre 2 y 4 años	447	74.7 %	promedio de 7.3±9.1 superficies afectadas, la experiencia de caries fue 74.9% con un promedio ceo-s de 7.7±9.7 superficies afectadas.
Sauceda Beltrán MC	2008	México D. F.	Caries de biberón en una población preescolar del Municipio de Navolato, Sinaloa México 2008	Entre 2 y 5 años	276	31, 2 %.	----
García L.M et al	2008	Colombia	Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005	De 5 a 13	784	67.7 %	el COE-d a los 5 años fue 0.64, el índice COP-D a los 12 años es 3.5.
Javier de la Fuente-Hernández, et al	2008	México D.F.	Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos	15 a 18 años	77 191	48 %	
Ramírez B Set al	2008	Colombia	Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008	De 1 a 5	659	69,7 % La presencia de lesiones no cavitacionales de caries dental en el 60,1 % de los niños y lesiones cavitacionales en 42,6 %	Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries (ICDAS): se presentan los promedios de superficies Las lesiones no cavitacionales (ICDAS 1 y 2), las cuales aumentan significativamente desde el promedio de 0,04 a la edad de un año hasta 2,44 a los cuatro años y disminuyen a 2,19 a los cinco años.

Javier de la Fuente-Hernández, et al	2008	México	Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios, los mexicanos	15 a 18 años	77191	La prevalencia de caries de 48 % que se encontraron en la población de estudio, que comprende las edades de 15 a 18 años	El promedio del índice CPOD fue de 5, para los tres ciclos escolares.
Vallejos-Sánchez AA et al.	2007		Fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes Gac Sanit. 2007; 21 (3): 227-34	6-9 años	713	La prevalencia de caries en la dentición temporal y permanente fue del 58,9% (n = 418) y el 18,2 % (n = 130), respectivamente	los índices de caries se presenta en el tabla 2. El promedio de ceod y CPOD para el total de la muestra fue 2,48 (2,82) y 0,40 (0,98), respectivamente. El índice SiC (índice de caries significativa, calculado en la dentición temporal) fue de 5,85 para los niños de 6 años de edad
Villalobos J.J. et al	2006	México D. F.	Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento	6 A 12	3.048	En dentición temporal 90,2 %. En la dentición permanente, 82%.	el ceod fue de 4,68 ±3,21. El índice CPOD fue de 3,24 ±2,72
Alonso Z. G.	2006	Guatemala	Prevalencia de caries dental en dentición decidua. Población atendida en guarderías de la secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República de Guatemala, en la ciudad capital. 2005.	3 a 6	264	77.3 %	Indice: C (cariada) 77.3 %. Los O (obturadas) 5.06% La cantidad de piezas primarias indicadas para extracción por caries 17.6 %
Laura Nayhua Gamarra et al	2005	Perú	Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001 - 2002.	6 a 8, 10, 12 y 15 años		90,4 %. En dentición temporal 60,5 % y en permanente 60,6 %.	

Heredia C. Alva F.	2005	Lima Norte. Perú	Relación entre la prevalencia de caries dental y desnutrición crónica en niños de 5 a 12 y 5 a 12 años de edad.	5 a 12	2.482	91,5 %	---
García L. M. et al	2005	Colombia Cali	Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005	5 a 13 años	784	67, 7%	el COE-d a los 5 años fue 0.64, el índice COP-D a los 12 años es 3.5
Murcia L. R.	2005	Honduras	Salud Bucal en Escolares del Centro Experimental de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Año 2005	De 6 a 14	195	72.3 %.	El promedio de los índices de caries CPO ceo-D encontrado fue de 4.1 Considerándose su severidad a los 6 años como muy baja y a los 12 y 14 años como alta
Segovia V. A et al	2004	México	Severidad de Caries y Factores Asociados en Preescolares de 3-6 Años de Edad en Campeche, México	3 a 6 años de edad	1303	Severidad de caries grado I, II, III y IV fue de 77,3 %, 4,8%, 12% y 5,9 %, respectivamente	Los sujetos con dientes primarios cariados, indicados para extracción, u obturados >4 (ceod>4), presentaban las lesiones cariosas de mayor severidad (71,4 % vs 6,7 %;
Marcela Herrera Catrileo.	2002	Chile	Prevalence Study of Dental Caries in Students from Mapuche Rural Communities of Panguinilague, Puquín & Neltume Lake. Valdivia Province. X Lakes Región	Entre 6 y 12 años	100	99 %	
Roxana Vargas Aros. y Marcela Herrera Catrileo.	2002	Chile	Estudio de Prevalencia de Caries en Escolares de las Comunidades Rurales Mapuches de anguinilague Puquín y Lago Neltume. Provincia de Valdivia. X Región de Los Lagos	entre 6 y 12 años de edad	100	99 %.	El índice c.e.o.d. promedio encontrado en estas escuelas fue de 4,45 y el índice C.O.P.D. promedio fue de 2,82.
María De Jesús Barrales	2002	Poza Rica – Tuxpan México	Prevalencia de caries dental en niños de 5 a 8 años que asisten a la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de Poza Rica Ver.	De 5 a 8 años	32	87 % la edad con mayor p prevalencia de caries fue de 7	El índice CPO y el ceo

						años con un 47%.	
Raúl Rojas Valenzuela, Marcela Camus Rodríguez	2001	Chile	Estudio Epidemiológico de las Caries Según Índice c.e.o.d y C.O.P.D. en Preescolares y Escolares de la Comuna de Río Hurtado, IV Región.	Entre 4 y 15 años ambos sexos	432	86.57% del total de la muestra presentaba caries o tenía historia de ésta	El índice c.e.o.d. promedio total de la muestra fue de 4.04, C.O.P.D. promedio del total de la muestra fue de 2.67.
Secretaría de Salud y Seguridad Social de Manizales (SSSS) , Universidad Autónoma de 2000.	2000	Colombia	Morbilidad oral y factores de riesgo en salud bucal en los preescolares y escolares de Manizales en el año 2000.	Pre-escolares y escolares	400	Preescolares: 28% Escolares: en la dentición 42 % de los niños y en la dentición permanente en un 14 % de la población	
Ana Rita Bonilla C.	1992	Costa Rica	Epidemiología de la caries rampante en niños preescolares	de 2 a 5 años	422	La prevalencia de caries rampante en niños desnutridos fue de 0,21 (95% CI 0,1 -0,3) y en los no desnutridos de 0.11 (95 % CI 0,07- 0,14)	

Fuente: Datos del investigador

1.4. MARCO NORMATIVO

Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menor de 10 años (137).

Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (138). El plan decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en salud; retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre determinantes sociales de la salud 2009) en su informe final (139). En armonía con las políticas actuales y con el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 es de especial trascendencia en el ciclo de vida todo lo relacionado con la primera infancia. Esta se constituye como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida de las personas. A la primera infancia pertenecen los niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días (140).

Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 hizo explícito el compromiso de avanzar en la definición de una política pública de largo plazo que promueva el desarrollo Infantil temprano, a través de una estrategia de atención Integral a la primera Infancia, que se ha denominado de “cero a siempre” (141). La estrategia de cero a siempre contempla el desarrollo integral como propósito en la primera infancia en una estrategia de articulación con la definición de una política pública de largo plazo sostenible, con enfoque poblacional y territorial con atención integral en la primera infancia coherente pertinente y con calidad. Cuyas acciones deben tener un cumplimiento efectivo de los derechos de la infancia a partir de la coincidencia entre las disposiciones del Estado a nivel normativo y político y las particularidades de los niños y niñas en materia de desarrollo integral en Primera Infancia.

Resolución 3577 de 2006 la cual adopta el Plan Nacional de Salud Bucal PNSB (142). La Resolución 412 de 2000 es la Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal e incluye a la población menor de cinco años (33) y el Acuerdo 117 de 1998 incluye atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento (143).

El plan Nacional de Desarrollo Departamental 2012 - 2015. “Cauca todas las oportunidades” (144) en el cual se planeó como visión de desarrollo que “En el 2015 el Cauca está integrado económica, social, cultural e institucionalmente.

Aprovecha de manera sostenible su riqueza natural y ambiental, consolida su capital social -basado en la capacidad de sus organizaciones sociales y en su diversidad étnica y cultural. La construcción de dicho Plan gira en torno a elaborar un plan de desarrollo participativo, de cara a las comunidades, en busca de reducir las brechas sociales y económicas, y minimizar el rezago entre el sector urbano y rural, mediante la inversión en obras de infraestructura vial, educación, salud, vivienda y otras áreas.

Plan Nacional de Salud Pública de Colombia el Decreto 3039 de 2007 (145).

1.5. MARCO TERRITORIAL

Popayán es la capital del departamento del Cauca con una extensión de 483.11 Km 2 con altitud sobre el nivel del mar de 1.737 metros y temperatura promedio de 19°C, el municipio de Popayán es eminentemente urbano; está situado al sur occidente de la República de Colombia. El municipio de Popayán cuenta con una población total de 265.702 al año 2010 habitantes (19).

El Municipio se encuentra dividido en nueve comunas y veintitrés Corregimientos. El municipio por ser capital de departamento se convierte en receptor de población en situación de desplazamiento teniendo una población de 8.540 hogares equivalente a 36.401 personas (19).

El estudio se llevó a cabo en el ámbito de servicios de salud de Nivel 1 de la ESE Popayán la cual fue conformada en el año 2007. Brinda servicios de salud a las poblaciones del Régimen subsidiado, vinculados y particulares de esta Red Pública nivel 1 de atención, la cual la integran centros de atención en diferentes puntos geográficos en la zona urbana. Área urbana del Municipio de Popayán. Para el estudio se tomaron los Centros y Hospitales del Municipio de Popayán. Hospital Toribio Maya, Hospital María Occidente, centro de Salud Loma de la Virgen; centro de Salud Treinta y Uno de Marzo, centro de Salud Suroriente, Centro de Salud Suroccidente centro de salud Pueblillo Centro de salud Yanaconas

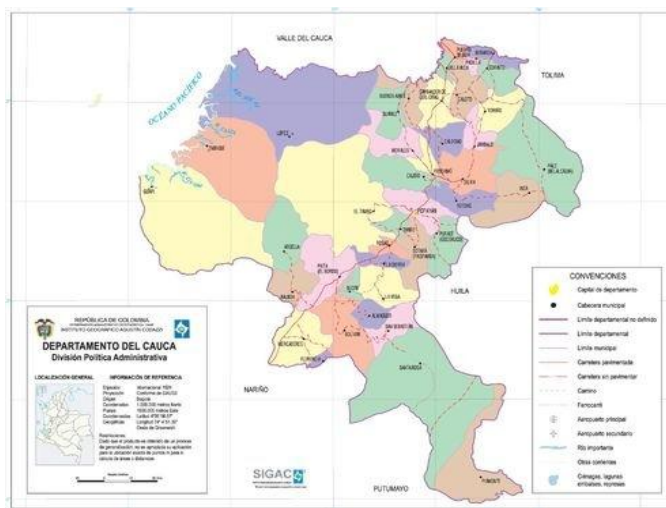
Figura 2. Mapa de Popayon los Centros y H



Fuente: <http://pot.popayan.gov.co/>

El Municipio de Popayán cuenta con una población para el año de 2007 de 245.285 habitantes de los cuales 47.5 % son hombres y 52.5 % mujeres, 12, 6 % son menores de 5 años y 26, 4 % corresponde a la población de 5 a 14 años. 43,9 % corresponde a la población de cuarenta y cinco a cincuenta y nueve años y 7,07 % corresponde a población mayor de 60 años. Según la distribución de la población por área se puede observar que el 90 % está ubicada en el área urbana y el 10 % en el área rural (19). F. I. Proyección DANE 2006.

Figura 3. Mapa del Departamento del Cauca



Fuente: <http://www.zonu.com/fullsize2/2009-09-17-5881/Departamento-del-Cauca-2003.html>

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. General

Determinar las creencias, conocimientos y prácticas acerca de caries de las madres de niños menores de cinco años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en la red pública de salud de la ciudad de Popayán.

1.6.2. Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente las madres de niños menores de cinco años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en la red pública de salud de la ciudad de Popayán.
2. Determinar los conocimientos sobre salud dental que tienen las madres de niños menores de cinco años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en la red pública de salud de la ciudad de Popayán.
3. Describirlas creencias sobre salud dental que tienen las madres de menores de cinco años de niños menores de cinco años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en la red pública de salud de la ciudad de Popayán.
4. Determinar las prácticas sobre salud dental que tienen las madres de menores de cinco años de niños menores de cinco años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en la red pública de salud de la ciudad de Popayán.

2. METODOLOGIA PROPUESTA

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, caracterizado como un estudio CAP (conocimientos, aptitudes y prácticas).

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Madres de niñas y niños menores de cinco años que asintieron a consulta del Programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Popayán

2.3. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el ámbito de atención primaria de la ESE Popayán. La red pública la integran diez puntos de atención de primer nivel distribuidos en diferentes puntos geográficos en el perímetro urbano y rural (Caldono, Puracé Coconuco, Totoró, Piamonte) del municipio, para el estudio se tomaron puntos urbanos de Popayán, los cuales son:

- i. Hospital Toribio Maya
- ii. Centro de Salud Loma de la Virgen
- iii. Centro de Salud 31 de Marzo
- iv. Hospital María Occidente
- v. Centro de Salud María Oriente
- vi. Centro de Salud Sur Oriente

En todas las instituciones a participar se tomaron a las madres que asisten con sus hijos menores de cinco años al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo de las instituciones de salud.

2.4. MARCO MUESTRAL

Los sujetos de estudio que hicieron parte del proyecto fueron todos los que acudieron a consulta al programa de Crecimiento y Desarrollo de cada una de las

seis IPS de la red pública, incluidos en la lista de niños menores de cinco años programadas para consulta del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Sin otra selección que el de orden de llegada al programa en Popayán en un día determinado para cada una de las IPS.

2.5. MUESTRA

Para la selección de los participantes se hizo un muestreo por conveniencia a partir del listado de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Se obtuvo un marco muestral de atenciones de alrededor de 1.657 atenciones en promedio mes niños (as) de la consulta del Control de Crecimiento y Desarrollo, de esta manera se obtuvo una muestra de 288 niños y niñas y sus madres obteniendo una muestra total de 302.

Las madres que colaboran en el estudio fueron informados del objetivo del mismo y se les pidió la autorización mediante un consentimiento informado en el cual se describe todo el proceso. En todos los casos su participación fue voluntaria.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres con niños atendidos en el programa de Crecimiento y desarrollo de la ESE Popayán
- Ser madre cuidadora de niños menores cinco años.
- No presentar discapacidad la madre
- Madres que firmaron el consentimiento informado

2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que no desean hacer parte del estudio

2.7. Diseño de instrumentos: se diseñó un cuestionario (anexo 1) basado en los criterios del instrumento del ENSAB III (26). La encuesta incluyó preguntas abiertas y cerradas de variables sociodemográficas, conocimientos, creencias caries dental, prácticas, asistencia al servicio odontológico (demanda) entre otras.

2.6. Definición operacional de variables

Tabla 3. Definición operacional de la variable dependiente

Nombre de Variable	Definición Operacional	Valores que toma la variable	tipo de medición
Creencias	Creencia de la madre en torno a salud dental	1: Adecuados 2: N°adecuados	Dicotómico
Conocimientos	Conocimientos de las madres frente a salud dental	1: Adecuados 2: N°adecuados	Dicotómico
Prácticas	Prácticas de las madres en torno a salud dental	1: Adecuadas 2: N°adecuadas	Dicotómico
Servicios de salud utilizados	Servicios utilizados por las madres y por sus hijos en salud oral.	1: Adecuada utilización 2: N°adecuada utilización	Dicotómico
Sociodemográficas			
Nombre de variable	Definición Operacional	Valores que toma la variable	Unidad de la medida
Edad de la madre	De acuerdo a la fecha de nacimiento	Años cumplidos.	Razón
Etnia	Percepción de la raza de la cual es representativo	0: Mestizo, 1: Blanco, 2: Afrodescendiente. 3: indígena	Nominal
Estado civil	Tipo de relación civil de las personas.	0: Soltera 1: Casada 2: Unión libre 3: Separada/divorciad 4: Viuda	Nominal
Procedencia	Lugar de nacimiento.	0: Cauca 1: Otro Departamento	Nominal
Residencia	Lugar de residencia.	0: Rural 1: Urbano	Nominal
Nivel educativo	Máximo grado de escolaridad aprobado.	0: Primaria 1: Secundaria 2: Superior 3: Ninguno	Ordinal

Ocupación	Labor a la que se dedicó de manera habitual en el último mes..	0: Hogar 1: Estudio y/o trabaja	Nominal
Régimen de Seguridad Social	Afiliación al sistema general de seguridad social en salud.	0: Subsidiado 1: Contributivo 2: Vinculados	Nominal
Situación socioeconómica en el hogar-cabeza de hogar	Persona encargada de la carga económica en el hogar.	0: Si 1: No	Nominal
Situación de desplazamiento	Si ha sido desplazado de su vivienda hacia otro lugar debido a la violencia	0: Si 1: No	Nominal
Creencias			
Nombre de la variable	Definición Operacional	Valores que toma la variable	Unidad de la medida
Causa de padecer caries los hijos	Creencia sobre la causa de tener caries dental los niños.	0: Malos hábitos de higiene dental 1: Dieta inapropiada	Nominal
Riesgo de padecer caries dental los niños	Creencia del riesgo de padecer caries dental los niños pequeños	0: Si 1: No 2: No sabe	Nominal
Necesidad de tratamiento rápido frente a caries dental de los hijos	Creencia de la necesidad de realizar tratamiento rápido frente a caries dental de los hijos	0: Si 1: No 2: No sabe	Nominal
Posibilidad de que el niño padezca de caries al no tener dinero -Caries versus recursos económicos	Razones de si el carecer o tener dinero tiene que ver con caries	0: Si es posible 1: No es posible 2: No sabe	Nominal
Conocimientos			
Nombre de la variable	Definición Operacional	Valores que toma la variable	Unidad de la medida
Conocimiento de lo que es caries dental	Conocimiento adecuado de lo que es caries dental	0: Si conoce 1: No conoce	Nominal
Conocimiento de enfermedades de la boca	Conocimiento adecuado de las enfermedades de la boca	0: Si 1: No	Nominal
Conocimiento del por qué da caries dental	Conocimiento adecuado del por qué se contrae la caries dental	0: Mala higiene dental 1: Dieta inapropiada	Nominal
Conocimiento de boca sana	Conocimiento sobre tener la boca sana	0: Dientes blancos 1: Dientes sanos 2: Ninguna de las anteriores	Nominal
Tiempo de duración de los dientes	Tiempo que deben durar los dientes en boca.	0: Años 1: toda la vida 2: no sabe.	Nominal

Prácticas			
Hábitos orales de los niños			
Nombre de la variable	Definición Operacional	Valores que toma la variable	Unidad de la medida
Acompañamiento en el cepillado dental del niño	Persona que se encarga del cuidado de los dientes del niño.	0: Padre 2: Madre 3: Otro	Nominal
Frecuencia de cepillado	Número de veces que se cepilla en el día	0: Menos de 2 veces 1: Mas de 2 veces	Nominal
Uso de la seda dental	Tener el hábito o no de usar seda dental en la rutina de higiene dental	0: Si 1: No	Nominal
Uso de enjuague bucal	Rutina de uso del enjuague bucal	0: Si 1: No	Nominal
Habito de dormir o no con el tetero en boca	Si el niño se queda dormido frecuentemente con el tetero en la boca	0: Si 1: no	Nominal
Hábitos alimenticios	Tipo de hábitos alimenticios que el niño come a diario	0: Bebidas dulces 1: Comer entre comidas	Nominal
Dolor de diente en el niño	Le ha dolido alguna vez un diente al niño o no	0: Si 1: No 2: No recuerda	Nominal
Distribución de hábitos saludables y servicios de salud oral en madres			
Servicios de odontología recibidos	Servicios de odontología a los cuales asiste	0: Higiene oral 1: Operatoria 2: Urgencias 3: Rehabilitación	Nominal
Asistencia a servicios odontológicos-demanda	Frecuencia con la cual se realizan visitas a servicios de salud oral al año	0: 1- 2 veces 1: Mas de 3 consultas 2: No recuerda	Nominal
Dificultad para ir al odontólogo	Si se le dificulta para ir a consulta odontológica	0: Si- algunas veces 1: Nunca	Nominal
Enseñanza de higiene oral	Persona que le enseñó el cepillado dental	0: Papá 2: Mamá 3: Otro	Nominal

2.7. METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE CAMPO

La recolección de datos fue realizada por el investigador principal teniendo en cuenta aspectos relevantes de las participantes, tales como el manejo del consentimiento informado, criterios de selección y manejo del cuestionario.

2.7.1. Prueba Piloto

A través de la aplicación de la encuesta en la Red pública de Popayán con un grupo de 28 madres (diferentes a las madres que se incluyeron en la muestra final) con similares características a las de la población sujeto de estudio; previa lectura del protocolo para captar un grado de consistencia en las respuestas y la claridad de las preguntas formuladas, en el formato de la encuesta. De acuerdo a los resultados se analizó y ajustó el instrumento de acuerdo al diligenciamiento de la encuesta y revisando cuales preguntas tuvieron más dificultad para contestar o dificultad de interpretación, así mismo las preguntas que no fueron contestadas fueron eliminadas del cuestionario.

Se hizo entrega de los consentimientos informados (anexo 2) y posteriormente de la encuesta diseñada para aquellas madres que de manera voluntaria decidieron participar de la investigación. Su diligenciamiento fue orientado directamente por la investigadora en días diferentes para cada institución bajo la supervisión del director del trabajo.

Control de calidad de los datos: durante la aplicación del cuestionario la investigadora principal del proyecto realizó el control de calidad de la información recolectada asegurándose de que fuera captada de forma correcta. Al final del día se revisó la información obtenida y al encontrar inconsistencias o datos incompletos en algún formato fue devuelto y junto al director de tesis se realizaron las correcciones pertinentes.

2.7.2. Procesamiento y análisis de datos.

Los datos de las variables dependientes e independientes se codificaron para el ingreso de la información a la base de datos en excel. Una vez digitada toda la información se seleccionó de manera aleatoria el 10 % de los formularios para realizar nueva digitación y verificación de los datos digitados anteriormente.

La primera fase del análisis involucró una verificación del porcentaje de datos perdidos, se verificó la consistencia del porcentaje de la base de datos digitada por duplicado. Posteriormente se realizó un análisis exploratorio en el programa Stata, con el fin de observar la distribución de los datos crudos, por frecuencias y proporciones con sus respectivos IC_{95%}, así como valores perdidos en las variables. Respecto a la variable edad, se observó su distribución y datos de

tendencia central (Media, Moda y Mediana) y se evaluó si tenía una distribución o normal o no a través del SK Test.

Durante el análisis bivariado se evaluó la significancia estadística de cada variable a través del Test de Chi Cuadrado con sus respectivos intervalos de confianza del 95% y considerándolos estadísticamente significativos cuando $P \leq 0,05$. En los casos en donde el dato en una de las celdas de las tabulaciones cruzadas fue < 5 , se aplicó el Test de Fischer. También para variable numéricas se utilizó la prueba T student para su distribución y relación con otras variables

2.8. Consideraciones éticas

El protocolo de estudio fue aprobado técnica y éticamente por el comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, según consta en carta que está firmada por el representante legal, de acuerdo con los lineamientos señalados en la Declaración de Helsinki y la Resolución No 0008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (146). Se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por las participantes y las respectivas medidas tomadas para este fin por parte de las personas que conocieron de ella así como la información de las instituciones implicadas. También se garantizó el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

La participación voluntaria de las participantes fue expresada en el consentimiento informado en el cual se explicó de manera clara y sencilla todos los procedimientos a realizar, incluyendo los datos necesarios de la investigadora principal y del director de tesis si en algún caso las participantes los llegaran a necesitar; dicho consentimiento informado al ser aceptado y comprobarse que fue entendido, se firmó y se tomó la respectiva huella dactilar de las participantes entregando una copia y quedando el original para el archivo de la coordinación del proyecto.

Los resultados de la investigación están a disposición de las participantes y de las instituciones implicadas, de la comunidad en general y de los medios de comunicación y las formas de divulgación que tendrá la investigación.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se incluyeron un total de 288 madres. El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 28 años (+/- 8,3) una mediana de 27 años, un mínimo de 14 años y máximo de 50 años. La mayoría (94,1 %) de las mujeres tenían procedencia del mismo departamento (Cauca), con 83,0 % de residencia urbana. 16 % (57) pertenecían a población en situación de desplazamiento por violencia, provenientes de otros municipios del Cauca hacia la ciudad de Popayán. 43,1 % (124) pertenecían a la etnia mestiza, el porcentaje restante se distribuyó entre las diferentes etnias como se describen en la tabla 5.

En cuanto a la educación 54,9 % (158) tenía secundaria completa, 42,4 % (122) tenían algún grado de educación primaria. 61,1 % (176) de las mujeres estaban dedicadas a labores del hogar, siendo 43,7 % (126) cabeza de hogar. La mayor proporción 61,8 % (178) de las mujeres tenían pareja y 35,4 % (102) estaban sin pareja en el momento del estudio (tabla 5)

Tabla. 5. Distribución de variables Sociodemográficas

VARIABLE	N	%
EDAD		
< de 20 años	50	17,4
21 – 30	129	44,8
31 – 40	73	25,3
40 y >	36	12,5
ETNIA		
Mestiza	124	43,1
Blanca	52	18,1
Indígena	82	28,5
Afrodescendiente	24	8,3
Sin Dato	6	2,1
PROCEDENCIA		
Cauca	271	94,1
Otro Departamento	14	4,9
Sin Dato	3	1,0
RESIDENCIA		

Urbana	239	83,0
Rural	46	15,9
Sin Dato	3	1,1
ESTADO CIVIL		
Soltera	97	33,7
Casada	35	12,1
Unión libre	143	49,6
Separada	3	1,0
Viuda	2	0,7
Sin Dato	8	2,8
CONDICIÓN DE PAREJA		
Con pareja	178	61,8
Sin pareja	102	35,4
Sin Dato	8	2,8
EDUCACIÓN		
Primaria	122	42,3
Secundaria	158	54,9
Superior	2	0,7
Ninguno	6	2,1
OCUPACIÓN		
Hogar	176	61,1
Estudia y/o trabaja	107	37,2
Sin Dato	5	1,7
REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		
Régimen subsidiado	191	66,4
Régimen contributivo	7	2,4
Vinculado	90	31,2
SITUACION SOCIO-ECONOMICA EN EL HOGAR / Cabeza de hogar		
Si	126	43,7
No	158	54,9
Sin Dato	4	1,4
SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO		
Si	57	19,8
No	231	80,2

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

3.2. Conocimientos de las mujeres frente a las enfermedades de la boca que padecen o podrían padecer sus hijos.

161 (55,9 %) de las madres manifestaron no conocer lo qué es la caries dental mientras 43,7 % si conocían. 193 (67,0 %) de las mujeres considera que la caries dental se presenta por tener mala higiene; 86 (29,9 %) que se da por una mala dieta.

Respecto a cómo se evita la caries dental: 87,1 % (251) contestó que sí conocía como se evita. 54,9 % (158) conocen acerca de enfermedades de la boca y frente al tiempo que deben durar los dientes en la boca 65,6 % (189) opinó acertadamente que son para toda la vida, donde 20,5 % (59) consideró que solo deben durar algunos años (ver tabla 7)

Tabla 7. Distribución de los conocimientos de las mujeres frente a las enfermedades de la boca que padecen o podrían padecer sus hijos.

VARIABLES	N	%
Conocimientos adecuados sobre enfermedades de la boca		
Si	158	54,9
No	129	44,8
No responde	1	0,3
Conocimiento adecuados acerca de lo qué es caries dental		
No Sabe	161	55,9
Si Sabe	126	43,8
Sin Dato	1	0,3
Conoce por qué le da caries dental a su hijo		
Por mala higiene oral	193	67,0
Por mala dieta	86	29,9
Otro/ opinión abierta	9	3,1
Conoce como evitarle la caries dental		
Si conoce	251	87,1
No conoce	36	12,5
Sin Dato	1	0,4
Cuanto tiempo deben durar los dientes permanentes de su hijo en la boca		
Toda la vida	189	65,6
Algunos años	59	20,5
No sabe	40	13,9
Para usted que es tener la boca sana		
Dientes sanos	212	73,6
Dientes blancos	63	21,9
Ninguna de las anteriores	13	4,5

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

3.3. CREENCIA PERCIBIDA POR LAS MADRES

Respecto a la creencia de las madres acerca de considerar que sus hijos tienen riesgo de padecer caries: 85,4 % (246) de las ellas cree que si tiene riesgo de estar expuestos. Frente a las razones de ese riesgo 76,4 % (217) cree que el riesgo se presenta por malos hábitos y 23,6 % (67) por otras razones como la falta de recursos económicos o no poder ir al odontólogo. En cuanto a la creencia de llevar o no a tratamiento rápido a un niño con caries, 99,3 % (286) cree que si se debe iniciar de manera rápida el tratamiento (Tabla 6)

Tabla 6. Creencia percibida que el niño padezca caries dental frente a varios ítems.

CREENCIA	N	%
Considera que su hijo tiene riesgo de padecer caries dental		
Si considero	246	85,4
No considero	28	9,7
Sin Dato	14	4,8
Cual considera que son las razones del riesgo de padecer caries en su niño		
Malos hábitos	217	76,4
Dieta inapropiada	67	23,6
Posibilidad de que el niño padezca de caries al no tener dinero - Caries versus recursos económicos.		
Si es posible	36	12,5
No es posible	236	81,9
No sabe	16	5,6
Considera que se debe tener un tratamiento rápido cuando su niño tiene caries		
Si considero	286	99,4
No considero	1	0,3
No sabe	1	0,3

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

1.2. Prácticas desarrolladas por la madre y el niño acerca de salud bucal

Prácticas saludables del niño: Acerca de las prácticas de higiene oral del niño, concretamente en el cepillado, 38,2 % (110) de las madres indican que le ayudan al cepillado y 31,2 % (90) de los niños lo realizaban solo; 6,2 % (18) ambos padres les ayudaban, 0,7 % (2) era el padre y el porcentaje restante 23,7 % (68) no respondieron. 71,9 % (207) de los niños no dormían con el tetero en la boca; 18,1 % (52) se dormían con el tetero, 10,0% (29) no tenía dato (tabla 8).

Tabla. 8. Distribución de Hábitos saludables en el niño

VARIABLES	N	%
De qué manera es realizado el cepillado del niño		
Solo	90	31,2
Con ayuda de la madre	110	38,2
Con ayuda de la padre	2	0,7
Con ayuda del padre y de la madre	18	6,2
Sin Dato	68	23,6
El niño duerme con tetero en la boca		
Si	52	18,1
No	207	71,9
Sin Dato	29	10,0
Experiencia con el dolor dental		
Tuvo dolor alguna vez	21	7,3
Nunca ha tenido dolor dental	229	79,5
Sin Dato	38	13,2
Hábitos alimenticios del niño		
Bebidas dulces y/o golosinas	48	16,7
Comer entre comidas	126	43,7
Ninguno	114	39,6

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

1.3. Hábitos orales de los niños y servicios de salud

Frente a las experiencias adquiridas de las madres 62,1 % (179) de ellas indicaron que su aprendizaje para el cepillado fue dado por la madre, 6,9 (20) aprendió del padre. Respecto a la demanda de servicios de odontología de los niños el 59,9 % (172) de las madres manifestaron llevar al niño entre una y dos consultas al año,

40,1 % (115) asiste más de tres veces al año; 38,9 % (112) fue a servicios de higiene oral, 37,1 % (107) fue para operatoria y 20,5 % (59) fue por una urgencia (tabla 9).

Tabla 9. Distribución de Hábitos de salud y servicios de salud.

VARIABLE	N	%
De quien recibió la información acerca de higiene oral		
Del Padre	20	6,9
De la Madre	179	62,1
Otro	89	31,9
Asistencia a servicios de Odontología - Demanda de servicios		
1 – 2 consultas	172	59,9
Más de 3 consulta	115	40,0
No recuerda	1	0,3
Servicios de odontología a los cuales se ha asistido		
Higiene oral	112	38,9
Operatoria	107	37,1
Urgencias	59	20,5
Rehabilitación	10	3,5
Ha tenido dificultad de ir a consulta odontológica		
Si – Algunas veces	83	28,8
Nunca	205	71,2

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4. ANÁLISIS BIVARIADO

4.1. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Al considerar las creencias como variables influyentes para la salud oral y para la caries concretamente en relación a la edad de las madres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas que las muestren relacionadas (tabla 13)

Tabla 13. Distribución de variable edad versus creencias

Variable	Edad							
	< de 20 años		21-30 años		31-40 años		> de 40 años	
Evaluación de Creencias	N	%	N	%	N	%	N	%
Cree que su niño tienen riesgo de padecer caries								p = 0,79
Si cree	44	93,6	112	88,9	61	89,7	28	87,5
No cree	3	6,4	14	11,1	7	10,3	4	12,5
Total	47	100	126	100	68	100	32	100
Razones por las cuales cree que su niño le da caries								p = 0,14
Mala higiene oral	39	83	102	79,7	53	72,6	23	63,9
Otros (falta de recursos, no ir al odontólogo)	8	17,0	26	20,3	20	27,4	13	36,1
Total	47	100	128	100	73	100	36	100
Considera que a su hijo le da caries por la falta de recursos económicos								p = 0,50
Si lo consideró	3	7,1	17	13,6	12	17,4	4	11,1
No lo consideró	39	92,9	108	86,4	57	82,6	32	88,9
Total	42	100	125	100	69	100	36	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.2. Distribución de variable etnia versus creencias

Al considerar las creencias como variables influyentes para la salud oral y para la caries concretamente en relación con la etnia de las madres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas que las muestren relacionadas (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de variable etnia versus creencias

Variables	Etnia									
	Sin Dato		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo		Blanco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niños tienen riesgo contraer caries P=0,14										
Si	3	75,0	74	94,9	23	95,8	102	85,7	43	89,6
No	1	25,0	4	5,1	1	4,2	17	14,3	5	10,4
Total	4	100	78	100	24	100	119	100	48	100
Razón riesgo P=0,59										
Mala higiene oral	3	60,0	62	76,5	21	87,5	92	74,8	39	76,5
Dieta inadecuada	2	40,0	19	23,5	3	12,5	31	25,2	12	23,5
Total	5	100	81	100	24	100	123	100	51	100
Recursos económicos vs caries dental P=0,60										
Si	0	0,0	12	15,8	1	4,5	18	15,1	5	10,0
No	5	10,0	64	84,2	21	95,4	101	84,9	45	90,0
Total	5	100	76	100	22	100	119	100	50	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.3. Distribución de variable procedencia versus creencias

En la mayoría de los cruces realizados no se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos, practicas y creencias frente la procedencia de las

madres evaluadas, ya que se podría decir que la variable procedencia se comporto como una constante

Tabla 15. Distribución de variables residencia versus creencias

Variable	Residencia					
Evaluación de Creencias	Sin dato		Urbana		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Niños susceptibles a contraer caries						p= 0,34
Si	2	100,0	206	90,7	37	84,1
No	0	0,0	21	9,2	7	15,9
Total	2	100	227	100	44	100
Recursos económicos vs caries dental						p = 0,85
Si	0	0,0	30	13,2	6	14,3
No	2	100,0	198	86,8	36	85,7
Total	2	100	228	100	42	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

3.1.4. Distribución de variable estado civil versus creencias

Al considerar las creencias como variables importantes para la salud oral y para la caries concretamente en relación con el estado civil de las madres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas que las muestren relacionadas (tabla 16)

Tabla 16. Distribución de variable estado civil versus creencias

Variable	Estado Civil					
Evaluación de Creencias	N	%	N	%	N	%
Razones de que los niños tengan riesgo de padecer caries P=0,96						
Mala higiene oral	6	85,7	78	77,2	133	75,6
Dieta inadecuada	1	14,3	23	22,8	43	24,4
Total	7	100	101	100	176	100
Recursos económicos vs caries dental P=0,23						
Si	2	28,6	15	15,0	19	11,5
No	5	71,4	85	85,0	146	88,5
Total	7	100	100	100	165	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 17. Distribución de variables educación versus creencias

Variables	Sin dato		Primaria		Secundaria		Superior	
Evaluación de Educación	N	%	N	%	N	%	N	%
tienen riesgo de contraer caries p = 0,69								
Si	5	100,0	101	91,8	138	87,9	1	100,0
No	0	0,0	9	8,2	19	12,1	0	0,0
Total	5	100	110	100	157	100	1	100
Recursos económicos vs caries p = 0,09								
Si	2	40,0	14	12,1	19	12,7	1	50,0
No	3	60,0	102	87,9	130	87,2	1	50,0
Total	5	100	116	100	149	100	2	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 18. Distribución de variables ocupación versus creencias

Variable	Ocupación					
	Sin dato		Hogar		Trabaja y/o estudia	
Evaluación de Creencias	N	%	N	%	N	%
Niños tienen riesgo de contraer caries						p = 0,31
Si	3	75,0	151	91	91	88,3
No	1	25,0	15	9,0	12	11,6
Total	4	100	166	100	103	100
Económicos vs caries dental						p = 0,58
Si	1	25,0	21	12,7	14	13,6
No	3	75,0	144	87,3	89	86,4
Total	4	100	165	100	103	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.5. Distribución de variables régimen en salud versus creencias

No se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos, prácticas y creencias frente al Régimen de seguridad social en salud (tabla 19).

Tabla 19. Distribución de variables régimen en salud versus creencias

Variable	Régimen en salud							
Evaluación de creencias	Vinculados		Subsidiado		Contributivo		Otro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Los niños tienen riesgo de contraer caries								p= 0,84
Si	76	88,4	162	90,0	6	100	1	100
No	10	11,6	180	100	0	0,0	0	0,0
Total	86	100	180	100	6	100	1	100

Razón riesgo contraer caries dental								p = 0,73
Mala higiene oral	65	73,0	145	77,5	6	85,7	1	100
Dieta inapropiada	24	27	42	22,5	1	14,3	0	0,0
Total	89	100	187	100	7	100	1	100
Recursos económicos vs caries dental								p = 0,07
Si	12	33,3	21	11,7	2	28,6	1	100
No	73	85,9	158	88,3	5	71,4	0	0,0
Total	85	100	179	100	7	100	1	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.6. Distribución de Creencias vs Cabeza de Hogar

Se observaron diferencias significativas frente a mayor experiencia de padecer dolor en los hijos de las madres que son cabeza de hogar comparadas con las que no lo son ($p = 0.006$) (tabla 20)

Tabla 20. Distribución de Creencias vs Cabeza de Hogar

Variable	Cabeza de hogar					
Evaluación de Creencias	Sin Dato		Si		No	
	N	%	N	%	N	%
Acerca de enfermedades de la boca						
						p = 0,668
Si	2	50,0	66	52,4	90	57,3
No	2	50,0	60	47,6	67	42,7
Total	4	100	126	100	157	100
Riesgo de padecer los niños caries dental						
						p= 0,45
Si	3	75,0	107	90,7	135	89,4
No	1	25,0	11	9,3	16	10,6
Total	4	100	118	100	151	100
Razón del riesgo de padecer caries niños						
						p = 1,00

Malos hábitos	3	75,0	95	76,6	119	76,3
Otro	1	25,0	29	23,4	37	23,7
Total	4	100	124	100	156	100
No recursos vs caries dental						p = 0,53
Si	0	0,0	20	16,1	16	11,0
No	3	100,0	104	83,9	129	89
Total	3	100	124	100	145	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.7. Distribución de variable desplazados versus creencias

No se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos, prácticas y creencias frente la condición de ser o no desplazada por la violencia (tabla 21).

Tabla 21. Distribución de variable desplazados versus creencias

Variable	Desplazada			
Evaluación de Creencias	Si		No	
	N	%	N	%
Niños tienen riesgo a caries				
	p = 0.317			
Si	47	85,4	198	90,8
No	8	14,5	20	9,2
Total	55	100	218	100
Recursos vs caries dental				
	p= 0.654			
Si	8	15,1	28	12,8
No	45	84,9	191	87,2
Total	53	100	219	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.8. Distribución de variable edad versus prácticas

En cuanto a la relación de las prácticas en salud oral de los niños frente a la edad de las madres, se observó que los hijos de las madres con edades de 21 y 30 años, 35,9 % duermen en mayor medida con el tetero. El resto de madres no duerme a los niños con el tetero con diferencias significativas ($p = 0,01$) (tabla 22)

Frente a la utilización de los servicios de salud oral u odontológicos se encontraron diferencias significativas ($p = 0,02$), se observó que las madres más jóvenes asisten mayoritariamente a servicios de prevención a diferencias de las madres mayores que al asistir a odontología lo hacen a servicios de restauración como operatoria e incluso cirugía oral (exodoncias dentales). Esto está acorde con la variable dolor dental presente en el niño, donde se determinó con significancia estadística que los hijos de las madres mayores han presentado en alguna medida mayor experiencia de dolor comparado con los hijos de las madres jóvenes ($p = 0,00$)

Tabla 22. Distribución de variable edad versus prácticas

Variables	Edad en años							
Evaluación de prácticas	Menor de 20		21-30		31-40		Mayor de 40	
	N	%	N	%	N	%	N	%
El niño duerme con el tetero en la boca $p = 0,01$								
Si	8	22,9	30	25,9	13	17,8	1	2,9
No	27	77,1	86	74,1	60	82,2	34	97,1
Total	35	100	116	100	73	100	35	100
Como aprende el niño acerca de Higiene oral $p = 0,12$								
Papá	0	0	8	6,2	9	12,3	3	8,3
Mamá	34	68,0	81	62,8	41	56,2	23	63,9
Otro	16	32,0	39,9	30	23	31,5	10	27,8
Total	50	100	129	100	73	100	36	100
Frecuencia de cepillado $p =$								

0,57								
< de 2 veces adía	8	16,3	17	13,9	11	16	8	22
> de 2 veces día	41	83,7	112	86,8	62	84,9	28	77,8
Total	49	100	129	100	73	100	36	100
Uso de seda dental p = 0,12								
Si usa	16	32,5	41	32,0	13	17,8	11	30,6
No usa	33	67,3	87	68	60	82,2	25	69,4
Total	49	100	128	100	73	100	36	100
Uso de enjuague p = 0,30								
Si usa	14	29,2	38	29,5	14	19,2	12	33,3
No usa	34	70,8	91	70,5	59	80,8	24	66,7
Total	48	100	129	100	73	100	36	100
Asistencia a servicio odontológico/año p = 0,21								
Entre 1-2 consultas	23	46,9	81	62,8	47	64,4	21	58,3
Más de 3 consultas	26	53,1	48	37,2	26	35,6	15	41,7
Total	49	100	129	100	73	100	36	100
Último servicio Odontológico p= 0,02								
Prevención	21	42,9	58	45	25	34,2	7	19,4
Operatoria (calzas)	20	40,8	40	31,0	33	45,2	14	38,9
Otro	8	16,3	31	24,0	15	20,5	15	41,7
Total	49	100	129	100	73	100	36	100
Dificultad de ir al odontólogo p= 0,18								
Si	6	15,8	27	23,1	9	13,2	10	29,4
No	32	84,2	90	76,9	59	86,8	24	70,6
Total	38	100	117	100	68	100	34	100
Le ha dado dolor de diente al hijo p =								

0,00								
Sin dato	16	32	17	13,2	3	4,1	2	5,6
Si	0	0,0	13	10,1	4	5,5	4	11,1
No	34	68,0	99	76,7	66	90,4	30	83,3
Total	50	100	129	100	73	100	36	100
Cepillado hijo p = 0,06								
Solo	11	44,0	32	32,3	26	43,3	20	57,1
Con ayuda	14	56,0	67	67,8	34	56,7	15	42,9
Total	25	100	99	100	60	100	35	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.10. Distribución de variable etnia versus prácticas

Se observaron diferencias significativas ($p= 0,04$) frente a la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica durante el año, donde la etnia indígena asiste en mayor frecuencia (una vez mas) a consulta al compararlos con las otras etnias. En cuanto al tipo de servicio se encontraron diferencias significativas ($p = 0,04$) dado que la etnias afrocolombiana y blanca asiste en mayor medida al servicio de operatoria comparado con los mestizo que asisten en mayor medida a servicios de prevención

Tabla 23. Distribución de variable etnia versus prácticas

Variables	Etnia									
	Sin Dato		Indigena		Afrodescendiente		Mestizo		Blanco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
El niño duerme con tetero p = 0,48										
Si	2	40	12	16,2	3	13,6	27	23,3	8	19,0
No	3	60,0	62	83,8	19	86,4	89	76,7	34	80,9
Total	5	100	74	100	22	100	116	100	42	100

Quién Enseñó higiene oral										p = 0,12
Papá	0	0,0	5	6,1	1	4,2	9	7,3	5	9,6
Mamá	4	66,7	52	63,4	12	50,0	75	60,5	36	69,2
Otro	2	33,4	25	30,4	11	45,8	40	32,2	11	21,2
Total	6	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Frecuencia de cepillado al día										p = 0,66
Menos de 2 veces	0	0,0	13	15,8	6	25,0	18	14,5	7	13,5
Mas 2 veces	5	100	69	84,1	18	75,0	106	85,5	45	86,5
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Uso de seda										p = 0,77
Si	1	20,0	26	31,7	4	17,4	36	29,0	14	26,9
No	4	80,0	56	68,3	19	82,6	88	71	38	73,1
Total	5	100	82	100	23	100	124	100	52	100
Uso de enjuague bucal										p = 0,2
Si	2	40,0	23	28,0	2	8,3	38	30,6	13	25,5
No	3	60,0	59	71,9	22	91,7	86	69,3	38	74,5
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	51	100
Asistencia a servicios odontológicos/ año										p = 0,04
1-2 consultas	4	80,0	38	46,4	14	58,3	83	66,9	33	63,5
Mas de 3 consultas	1	20,0	44	53,7	10	41,7	41	33,1	19	36,5
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Servicio de odontología a los que asistió										p = 0,04
Prevención	3	60,0	29	35,4	4	16,7	59	47,6	16	30,8
Operatoria/calzas	1	20,0	29	35,4	15	62,5	38	30,6	24	46,1
Otro	1	20,0	24	29,3	5	20,8	27	21,8	12	23,1
Total	5	1,7	100	28,6	100	8,4	100	43,2	100	18,1
Dificultad de ir al odontólogo										p = 0,40
Si	0	0,0	17	23	2	9,5	27	23,5	6	13,9

No	4	100	57	77,0	19	90,5	88	76,5	37	86,0
Total	4	100	74	100	21	100	115	100	43	100
Al niño le ha dolido algún diente p= 0,07										
Sin dato	1	16,7	13	15,8	5	20,8	9	7,3	10	19,2
Si	1	16,7	9	11	2	8,3	7	5,6	2	3,8
No	4	66,7	60	73,2	17	70,8	108	87,1	40	76,9
Total	6	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Cepillado hijo p = 0,09										
Solo	2	40,0	31	47	4	22,2	33	34,7	19	54,3
Con ayuda	3	60,0	35	53,0	14	77,8	62	65,3	16	45,7
Total	5	100	66	100	18	100	95	100	35	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

En la mayoría de los cruces realizados no se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos, practicas y creencias frente la procedencia de las madres evaluadas, ya que se podría decir que la variable procedencia se comporta como una constante.

En cuanto a la zona de residencia se encontraron diferencias significativas en relación a las prácticas de dificultad para asistir al odontólogo p 0,00y la experiencia de haber padecido dolor P 0,028 (tabla 24)

Tabla 24. Distribución de variables residencia versus prácticas

Variables	Residencia					
Evaluación de Prácticas	Sin dato		Urbana		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Duerme con tetero p = 0,38						
Si	1	50,0	44	20,5	7	16,7
No	1	50,0	171	79,5	35	83,3
Total	2	100	215	100	42	100

Enseñanza de higiene oral						
0,14						p =
Papá	0	0,0			2	4,3
Mamá	1	33,3	148	61,9	30	65,2
Solo	2	66,6	73	30,5	14	10,9
Total	3	100	239	100	46	100
Frecuencia de cepillado día						
0,27						p =
Menos de 2 veces	1	50,0	35	14,6	8	17,4
Más de 2 veces	1	50,0	204	85,4	38	82,6
Total	2	100	239	100	46	100
Usa seda dental						
0,677						p=
Si	0	0,0	66	27,7	15	32,6
No	2	100,0	172	72,3	31	67,4
Total	2	100	238	100	46	100
Usa enjuague						
0,60						p =
Si	1	50,0	66	27,7	11	23,9
No	1	50,0	172	72,3	35	76,1
Total	2	100	238	100	46	100
Asistencia servicio odontología año (demanda)						
						p = 0,67
1-2 consultas	2	100,0	143	59,8	27	58,7
Más de 3 consultas	0	0,0	96	40,2	19	41,3
Total	2	100	239	100	46	100
Servicio de odontología utilizado						
0,25						p=
Prevención	1	50,0	98	41,0	12	26,1
Operatoria (calzas)	1	50,0	85	35,6	21	45,6
Otro	0	0,0	56	23,4	13	28,3

Total	2	100	239	100	46	100
Dificultad de ir a odontología						p =
0,00						
Si	2	100,0	35	16,3	15	37,5
No	0	0,0	180	83,7	25	62,5
Total	2	100	215	100	40	100
A su hijo le ha dolido un diente						p =
0,028						
Sin dato	2	66,7	30	12,5	6	13,0
Si	0	0,0	14	5,9	7	15,2
No	1	33,3	195	81,6	33	71,7
Total	3	100	239	100	46	100
El cepillado hijo						p =
0,79						
Solo	1	50,0	75	41,4	13	36,1
Con ayuda	1	50,0	106	58,6	23	63,9
Total	2	100	181	100	36	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.11. Distribución de variable estado civil versus prácticas

Se observaron diferencias significativas ($p = 0,05$) en el número de consultas odontológicas al año, mas consultas para las mujeres que no tienen pareja, asistiendo en mayor medida a los servicios de prevención, pero este último sin diferencias significativas ($p = 0,45$) (tabla 25).

Tabla 25. Distribución de variable estado civil versus prácticas

Variable	Estado Civil					
Evaluación de Prácticas	Sin dato		Sin pareja		Con pareja	
	N	%	N	%	N	%
Duerme el niño con tetero p = 0,27						
Si	3	42,9	17	18,5	32	20,0
No	4	57,1	75	81,5	128	80,0
Total	7	100	92	100	160	100
Frecuencia de cepillado al día p = 0,56						
Menos 2 veces	0	0,0	18	17,6	26	14,6
Mas 2 veces	7	100,0	84	82,3	152	85,4
Total	7	100	102	100	178	100
Uso de seda dental p = 0,55						
Si	1	14,3	26	25,7	54	30,3
No	6	85,7	75	74,3	124	69,7
Total	7	100	101	100	178	100
Usa enjuague Bucal p = 0,33						
Si	0	0,0	28	27,4	50	28,2
No	7	100,0	74	72,5	127	71,7
Total	7	100	102	100	177	100
Asistencia a servicios de odontología/año p = 0,05						
1-2 consultas	3	42,9	53	52	116	65,2
Más de 3 consultas	4	57,1	49	48,0	62	34,8
Total	7	100	102	100	178	100
Servicio de odontología a los que asistió p = 0,45						
Prevención	2	28,6	41	40,2	68	38,2

Operatoria	5	71,4	36	35,3	66	37,1
Otro	0	0,0	25	24,5	44	24,7
Total	7	100	102	100	178	100
Dificultad de ir al odontólogo p= 0,86						
Si	1	14,3	21	22,3	30	19,2
No	6	85,7	73	77,7	126	80,8
Total	7	100	94	100	156	100
Al niño le ha dado dolido algún diente p= 0,75						
Sin dato	1	12,50	13	12,7	24	13,5
Si	1	12,5	9	8,8	11	6,2
No	6	75,0	80	78,4	143	80,3
Total	8	100	102	100	178	100
Cepillado hijo p = 0,07						
Solo	0	0,0	39	47	50	38,2
Con ayuda	5	100,0	44	53,0	81	61,8
Total	5	100	83	100	131	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 26 Distribución de variables educación versus prácticas

Variable	Educación							
Evaluación de Prácticas	Sin dato		Primaria		Secundaria		Superior	
Duerme con tetero P=0,50	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	0	0,0	20	17,3	32	23,2	0	0,0
No	4	100,0	96	82,8	106	76,8	1	100,0
Total	4	100	116	100	138	100	1	100
Enseñanza de higiene oral p = 0,05								
Solo	1	16,7	1	0,8	1	0,6	0	0,0

Padres	3	49,0	88	72,0	106	67,1	2	100
Otro	2	33,3	32	28,0	53	31,3	0	0,0
Total	6	100	122	100	158	100	2	100
Frecuencia de cepillado/día p = 0,009								
Menos de 2 veces	3	60,0	22	18,0	18	11,4	1	50,0
Mas de 3 veces	2	40,0	100	82	140	88,6	1	50,0
Total	5	100	122	100	158	100	2	100
Uso de seda p = 0,90								
Si	1	20,0	35	28,7	44	28,3	1	50,0
No	4	80,0	87	71,3	113	72	1	50,0
Total	5	100	122	100	157	100	2	100
Uso de enjuague p = 0,81								
Si	1	20,0	32	26,2	44	28,0	1	50,0
No	4	80,0	90	73,8	113	72	1	50,0
Total	5	100	122	100	157	100	2	100
Servicio odontológico al año (Demanda)p = 0,05								
1-2 consultas	2	40,0	67	54,9	103	65,2	0	0,0
Más de 3 consultas	3	60,0	55	45,1	55	34,8	2	100
Total	5	100	122	100	158	100	2	100
Servicio odontología utilizado p = 0,42								
Prevención	2	40,0	44	36,1	63	39,9	2	100,0
Operatoria (calzas)	2	40,0	42	34,4	63	39,9	0	0,0
Otro	1	20,0	36	29,5	32	20,2	0	0,0
Total	5	100	122	100	158	100	2	100
Dificultad de ir a odontología p= 0,50								
Si	0	0,0	27	24,1	25	17,9	0	0,0

No	4	100,0	85	75,9	115	82,1	1	100,0
Total	4	100	112	100	140	100	1	100
Al niño le ha dolido un diente								p=
0,18								
Sin dato	2	33,3	11	9,0	24	15,2	1	50,0
Si	0	0,0	11	9,0	10	6,3	0	0,0
No	4	66,7	100	82	124	78,5	1	50,0
Total	6	100	122	100	158	100	2	100
Cepillado hijo								p = 0,39
Solo	3	75,0	41	42,7	45	38,1	0	0,0
Con ayuda	1	25,0	55	57,3	73	61,9	1	100,0
Total	4	100	96	100	118	100	1	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.12. Distribución de variables ocupación versus prácticas

Se encontraron diferencias significativas ($p = 0,009$) en la variable frecuencia de cepillado y frecuencia de visita al odontólogo ($p = 0,05$), en la primera se evidencio significativamente la mayor frecuencia de cepillado en las madres con secundaria comparadas con la que solo tenían estudios de primaria. Frente al número de visitas odontológicas las mujeres con primaria llevan a sus hijos con mayor frecuencia que las con estudios de secundaria con diferencias significativas. ($P= 0.05$) (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de variables ocupación versus prácticas

Variable	Ocupación					
Evaluación de Prácticas	Sin dato		Hogar		Trabaja y/o estudia	
	N	%	N	%	N	%
El niño duerme con tetero						p = 0,32
Si	1	25,0	27	17,3	24	24,2
No	3	75,0	129	82,7	75	75,8

Total	4	100	156	100	99	100
Quién enseñó higiene oral			p = 0,11			
Papá	0	0,0	15	8,5	5	4,7
Mamá	1	20,0	110	62,5	68	63,5
Otro	4	80,0	51	28,8	34	31,7
Total	5	100	176	100	107	100
Frecuencia de cepillado/día			p = 0,24			
Menos de 2 veces	0	0,0	32	18,2	12	11,2
Mas de 3 veces	4	100,0	144	81,8	95	88,8
Total	4	100	176	100	107	100
Uso de seda dental			p =0,28			
Si	2	50,0	53	30,1	26	24,5
No	2	50,0	123	69,9	80	75,5
Total	4	100	176	100	106	100
Enjuague bucal			p = 0,05			
Si	2	50,0	40	22,9	36	33,6
No	2	50,0	135	77,1	71	66,4
Total	4	100	175	100	107	100
Servicio de odontología al año (demanda)			p = 0,09			
1-2 consultas	3	75,0	97	55,1	72	67,3
Más de 3 consultas	1	25,0	79	44,9	35	32,7
Total	4	100	176	100	107	100
Servicio de odontología utilizado			p = 0,73			
Prevención	1	25,0	68	38,6	42	39,2
Operatoria	3	75,0	66	37,5	38	35,5
Otro	0	0,0	42	23,9	27	25,2
Total	4	100	176	100	107	100
Dificultad de ir a odontología			p = 0,84			

Si	0	0,0	33	21,1	19	19,2
No	2	100,0	123	78,8	80	80,8
Total	2	100	156	100	99	100
Su hijo ha presentado dolor de diente p= 0,18						
Sin dato	1	20,0	27	15,3	10	9,3
Si	1	20,0	10	5,7	10	9,3
No	3	60,0	139	79	87	81,3
Total	5	100	176	100	107	100
Cepillado hijo p = 0,33						
Solo	0	0,0	53	41,4	36	41,4
Con ayuda	4	100,0	75	58,6	51	58,6
Total	4	100	128	100	87	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Se encontraron diferencias significativas en el uso de enjuague bucal en sus hijos en las mujeres que tienen una ocupación diferente al hogar ($p = 0,05$) (tabla 27).

Tabla 28. Distribución de variables régimen salud versus prácticas

Variable	Régimen en salud							
Evaluación de Prácticas	Vinculados		Subsidiado		Contributivo		Otro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Duerme con tetero p = 0,28								
Si	17	21	32	18,7	3	50,0	0	0,0
No	64	79,0	139	81,3	3	50,0	1	100,0
Total	81	100	171	100	6	100	1	100
Enseñanza de higiene oral p = 0,60								
Mamá	2	2,2	18	9,5	0	0,0	0	0,0

Papá	60	66,7	113	59,5	5	71,4	1	100,0
Otro	28	31,1	59	31	2	28,6	0	0,0
Total	90	100	190	100	7	100	1	100
Frecuencia de cepillado día p = 0,95								
Menos de 2 veces	13	14,6	30	15,8	1	14,3	0	0,0
Mas de 2 veces	76	85,4	160	84,2	6	85,7	1	100,0
Total	89	100	190	100	7	100	1	100
Uso de seda dental p = 0,16								
Si	20	22,7	59	31,0	1	14,3	1	100,0
No	68	77,3	131	68,9	6	85,7	0	0,0
Total	88	100	190	100	7	100	1	100
Usa enjuague p= 0,41								
Si	26	29,5	52	27,4	0	0,0	0	0,0
No	62	70,4	138	72,6	7	100,0	1	100,0
Total	88	100	190	100	7	100	1	100
Asistencia a servicio odontológico/año (Demanda) p = 0,64								
1-2 consultas	56	62,9	112	58,9	3	42,9	1	100,0
Mas de 3 consultas	33	37,0	78	41,0	4	57,1	0	0,0
Total	89	100	190	100	7	100	1	100
Servicio de odontologia utilizados p =0,28								
Prevención	41	46,1	67	35,3	3	42,9	0	0,0
Operatoria (calzas)	33	37,1	71	37,4	2	28,6	1	100,0
Otro	15	16,8	52	27,4	2	28,6	0	0,0
Total	89	100	190	100	7	100	1	100
Dificultad de ir al odontólogo p= 0,84								
Si	14	17,3	37	21,9	1	16,7	0	0,0
No	67	82,7	132	78,1	5	83,3	1	100,0
Total	81	100	169	100	6	100	1	100

Su hijo ha tenido dolor de dientes								p= 0,38
Sin dato	13	14,4	25	13,2	0	0,0	0	0,0
Si	10	11,1	10	5,3	1	14,3	0	0,0
No	67	74,4	155	81,6	6	85,7	1	100,0
Total	90	100	190	100	7	100	1	100
El cepillado del niño								p = 0,74
Solo	27	36,5	59	43,1	3	42,9	0	0,0
Con ayuda	47	63,5	78	56,9	4	57,1	1	100,0
Total	74	100	137	100	7	100	1	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.13. Distribución de variable prácticas versus cabeza de hogar

Para las prácticas adecuado en salud oral para las mujeres que son cabeza de hogar y las que no lo son, no se encontraron diferencias significativas

Tabla 29. Prácticas vs Cabeza de Hogar

Variable	Cabeza de hogar			
Evaluación de Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
Total	Total	Total	Total	Total
Frecuencia de cepillado al día				p =
		0,3		
Menos de 2 veces	18	14,3	26	16,6
Mas de 2 veces	108	85,7	131	83,4
Total	126	100	157	100
Uso de seda				p =
				0.14
Si	31	24,8	49	31,2

No	94	75,2	108	68,8
Total	125	100	157	100
Uso de enjuaguebucal p = 0,59				
Si	36	28,6	40	25,6
No	90	71,4	116	74,4
Total	126	100	156	100
Asistencia a servicio odontológico/año p = 0,09				
Entre 1-2 consultas	69	54,8	99	63,1
Más de 3 consultas	57	45,2	58	36,9
Total	126	100	157	100
Servicio utilizado en odontología p = 0.66				
Prevención	48	38,1	61	38,8
Operatoria/calzas	50	39,7	55	35,0
Otro	28	22,2	41	26,1
Total	126	100	157	100
Dificultad de ir a odontología p = 0,35				
Si	27	23,1	25	18,2
No	90	76,9	112	81,7
Total	117	100	137	100
Alguna vez ha dolido diente al hijo p = 0,006				
Sin dato	10	7,9	27	17,1
Si	14	11,1	6	3,8
No	102	80,9	125	79,1
Total	126	100	158	100
El cepillado del hijo p = 1,00				
Solo	44	40,7	44	40,7

Con ayuda	64	59,3	64	59,3		
Total	108	100	108	100		
Sabe cómo se evita la caries dental p = 0,58						
Si sabe	152	86,4	95	88,8		
No sabe	24	13,6	12	11,2		
Total	176	100	107	100		
Enseñanza de higiene oralp = 0,18						
Papá	7	5,6	12	7,6		
Mamá	76	60,3	100	63,3		
Otro	43	34,1	46	29,2		
Total	126	100	158	100		
Variable	Cabeza de hogar					
Evaluación de Práctica	Sin Dato		Si		No	
	N	%	N	%	N	%
Duerme con tetero p= 0,11						
Si	1	50,0	19	15,7	32	23,5
No	1	50,0	102	84,3	104	76,5
Total	2	100	121	100	136	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 30. Distribución de variable desplazados versus prácticas

Variable	Desplazada			
Evaluación de Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
Duerme con tetero p = 0,85				
Si	10	18,5	42	20,5
No	44	81,5	163	79,5

Total	54	100	205	100
Enseñanza de higiene oral $p = 0,67$				
Papá	2	3,5	18	7,8
Mamá	39	68,4	140	60,6
Otro	16	28	73	31,4
Total	57	100	231	100
Frecuencia de cepillado dental $p = 0,84$				
Menos de 2 veces/día	8	14,0	36	15,6
Mas 2 veces/día	49	86	194	84,3
Total	57	100	230	100
Uso de seda dental $p = 0,74$				
Si	15	26,3	66	28,8
No	42	73,7	163	71,2
Total	57	100	229	100
Uso de enjuague $p = 0,867$				
Si	16	28,6	62	27
No	40	71,4	168	73,0
Total	56	100	230	100
Asistencia a servicios de odontología al año $p = 0,88$				
1-2 consultas	35	61,4	137	59,6
Más de 3 consultas	22	38,6	93	40,4
Total	57	100	230	100
Servicio de odontología $p = 0,74$				
Prevención	21	36,8	90	39,1
Operatoria (calzas)	20	35,1	87	37,8
Otro	16	28,1	53	23,0
Total	57	100	230	100

Dificultad de ir a odontología $p = 0,38$				
Si	9	17,6	43	20,9
No	42	82,3	163	79,1
Total	51	100	206	100
Hijo ha presentado dolor dental $p = 0,28$				
Sin dato	7	12,3	31	13,4
Si	7	12,3	14	6,1
No	43	75,4	186	80,5
Total	57	100	231	100
Cepillado hijo $p = 0,55$				
Solo	20	40,8	69	40,6
Con ayuda	29	59,2	101	59,4
Total	49	100	170	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.14. Relación edad versus variables conocimientos

Frente a la edad, tanto las madres jóvenes como las mayores presentan igual nivel de conocimiento frente a la salud oral de sus hijos y de su entorno. (no hubo diferencias significativas). Se encontró como se describió en el análisis descriptivo que las madres presentan un nivel adecuado de conocimientos para caries, enfermedades de la boca y prevención, etc (tabla 31).

Tabla 31. Relación edad versus variables conocimientos

Variable	Rango de edad					
Evaluación de conocimientos	de 20		21 – 40		40 y >	
	N	%	N	%	N	%
Boca sana						$p = 0,73$

No	20	41,7	72	37,1	14	33,3
Si	28	58,3	122	62,9	28	66,7
Total	48	100	194	100	42	100
Duración de los dientes de su hijo p = 0,35						
Correcto	30	61,2	134	69,1	25	59,5
Incorrecto	19	38,8	60	30,9	17	40,5
Total	49	100	194	100	42	100
Conocimiento acerca de la etiología de la caries p = 0,98						
Si sabe	32	68,1	132	69,1	29	70,7
No sabe	15	31,9	59	30,9	12	29,3
Total	47	100	191	100	41	100
Cómo se evita la caries dental p= 0,42						
Si sabe	41	83,7	171	87,2	39	92,9
No sabe	8	16,3	25	12,8	3	7,1
Total	49	100	196	100	42	100
Qué es caries dental p=0,29						
Si sabe	17	34,7	88	44,9	21	50,0
No sabe	32	65,3	108	55,1	21	50,0
Total	49	100	196	100	42	100
Enfermedades de la boca p = 0,35						
Si	27	17,1	103	65,2	28	17,8
No	22	17,0	93	72,1	14	10,8
Total	49	100	196	100	42	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.15. Distribución de variable etnia versus conocimientos

No se encontraron diferencias significativas entre los conocimientos en salud oral frente a la etnia de las madres

Tabla 32. Distribución de variable etnia versus conocimientos

Variables	Etnia									
Evaluación de Conocimientos	Sin Dato		Indigena		Afrodescendi		Mestizo		Blanco	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Presenta conocimientos adecuados frente a la Boca sana p = 0,71										
Conomientos adecuados	2	40,0	52	64,2	13	56,5	76	61,8	35	67,3
Conocimientos inadecuados	3	60,0	29	35,8	10	43,5	47	38,2	17	32,7
Total	5	100	81	100	23	100	123	100	52	100
Conocimiento acerca del tiempo de duración de los dientes de su hijo p = 0,55										
Correcto	3	60	56	69,1	19	79,2	77	62,6	34	65,4
Incorrecto	2	40,0	25	30,9	5	20,8	46	37,4	18	34,6
Total	5	100	81	100	24	100	123	100	52	100
Conocimiento del origen de la Caries p = 0,91										
Mala higiene oral	3	60,0	58	72,5	16	66,7	81	68,1	35	68,6
Dieta inadecuada	2	40,0	22	27,5	8	33,3	38	31,9	16	31,4
Total	5	100	80	100	24	100	119	100	51	100
Conocimiento de cómo se evita la caries p = 0,74										
Si conoce	5	100	74	90,2	22	91,7	105	84,7	45	86,5
No conoce	0	0,0	8	9,8	2	8,3	19	15,3	7	13,5
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Sabe qué es caries dental p = 0,52										
Si conoce	3	60,0	30	36,6	10	41,7	59	47,6	24	46,1
No conoce	2	40,0	52	63,4	14	58,3	65	52,4	28	53,8
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	52	100
Conoce acerca de las Enfermedades boca p = 0,88										
Si conoce	2	40,0	44	53,7	13	54,2	72	58,1	27	51,9
No conoce	3	60,0	38	46,3	11	45,8	52	41,9	25	48,1
Total	5	100	82	100	24	100	124	100	52	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 33. Distribución de variables residencia versus conocimientos

Variable	Residencia					
Evaluación de Conocimientos	Sin dato		Urbana		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Boca sana $p = 0,29$						
No	0	0,0	85	36,0	21	45,7
Si	2	100,0	151	64	25	54,3
Total	2	100	236	100	46	100
Tiempo que duran los dientes $p = 0,38$						
Correcto	1	50,0	154	65	34	73,9
Incorrecto	1	50,0	83	35,0	12	26,1
Total	2	100	237	100	46	100
Por qué da caries dental $p = 0,16$						
Mala higiene oral	0	0,0	163	69,7	30	69,8
Dieta inadecuada	2	100,0	71	30,3	13	30,2
Total	2	100	234	100	43	100
Sabe qué es la caries dental $p = 0,42$						
Si	0	0,0	103	43,1	23	50,0
No	2	100,0	136	56,9	23	50,0
Total	2	100	239	100	46	100
Enfermedades de la boca $p = 0,42$						
Si	2	100,0	128	53,6	28	60,9
No	0	0,0	111	46,4	18	39,1
Total	2	100	239	100	46	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.16. Distribución de variable estado civil versus conocimientos

Al considerar el estado civil como variables influyentes en el conocimiento de salud oral y caries concretamente no se observaron diferencias estadísticamente significativas que las muestren relacionadas (tabla 34)

Tabla 34. Distribución de variable estado civil versus conocimientos

Variable	Estado Civil					
Evaluación de Conocimientos	Sin dato		Sin pareja		Con pareja	
Boca sana P= 0,80	N	%	N	%	N	%
No sabe	3	42,9	39	39,0	64	36,2
Si sabe	4	57,1	61	61,0	113	63,8
Total	7	100	100	100	177	100
Duración dientes						p = 0,13
Correcto	3	42,9	74	72,5	112	63,6
Incorrecto	4	57,1	28	27,4	64	36,4
Total	7	100	102	100	176	100
Por quéda caries						p = 0,78
Mala higiene oral	6	85,7	68	68,7	119	68,8
Dieta inadecuada	1	14,3	31	31,3	54	31,2
Total	7	100	99	100	173	100
Cómo se evita la caries						p = 0,66
Si sabe	6	85,7	91	89,2	154	86,5
No sabe	1	14,3	11	10,8	24	13,5
Total	7	100	102	100	178	100
Quéés caries dental						p = 0,97
Si sabe	3	42,9	44	43,1	79	44,4
No sabe	4	57,1	58	56,9	99	55,6
Total	7	100	102	100	178	100

Enfermedades de la boca p =0,33						
Si conoce	3	42,9	51	50,0	104	58,4
No conoce	4	57,1	51	50,0	74	41,6
Total	7	100	102	100	178	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 35. Distribución de variables educación versus conocimientos

Variable	Educación							
Evaluación de Conocimientos	Sin dato		Primaria		Secundaria		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Boca sana p = 0,35								
No	2	40,0	46	38,3	56	35,7	2	100,0
Si	3	60,0	74	61,7	101	64,3	0	0,0
Total	5	100	120	100	157	100	2	100
Tiempo que duran los dientes p= 0,64								
Correcto	3	60,0	77	63,6	108	68,8	1	50,0
Incorrecto	2	40,0	44	36,4	49	31,2	1	50,0
Total	5	100	121	100	157	100	2	100
Por qué da caries p= 0,98								
Mala higiene oral	4	80,0	81	69,2	106	68,4	2	100,0
Mala dieta	1	20,0	36	30,8	49	31,6	0	0,0
Total	5	100	117	100	155	100	2	100
Cómo se evita la caries dental p = 0,41								
Si sabe	4	80,0	103	84,4	142	89,9	2	100,0
No sabe	1	20,0	19	15,6	16	10,1	0	0,0
Total	5	100	122	100	158	100	2	100
Enfermedades de la boca p = 0,14								
Si conoce	3	60,0	59	48,4	94	59,5	2	100,0

No conoce	2	40,0	63	51,6	64	40,5	0	0,0
Total	5	100	122	100	158	100	2	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 36. Distribución de variables ocupación versus conocimientos

variable	Ocupación					
Evaluación de Conocimientos	Sin dato		Hogar		Trabaja y/o estudia	
	N	%	N	%	N	%
Boca sana p= 0,72						
No	2	50,0	63	36,2	41	39,7
Si	2	50,0	111	63,8	65	61,3
Total	4	100	174	100	106	100
Duración de los dientes p = 0,31						
Correcto	4	100,0	112	64,0	73	68,9
Incorrecto	0	0,0	63	36,0	33	31,1
Total	4	100	175	100	106	100
Por qué da caries p = 0,87						
Mala higiene	3	75,0	119	70,0	71	67,6
Mala dieta	1	25,0	51	30,0	34	32,4
Total	4	100	170	100	105	100
Cómo se evita la caries dental p = 0,75						
Si sabe	4	100,0	152	86,4	95	88,8
No sabe	0	0,0	24	13,6	12	11,2
Total	4	100	176	100	107	100
Enfermedades de la boca p = 0,80						
Si conoce	3	75,0	97	55,1	58	54,2
No conoce	1	25,0	79	44,9	49	45,8
Total	4	100	176	100	107	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

Tabla 37. Distribución de variables Régimen en salud versus conocimientos

Evaluación de Conocimientos	Régimen en salud					
	Vinculados		Subsidiado		Contributivo	
	N	%	N	%	N	%
Baca sana p = 100						
No	33	37,9	71	37,4	2	28,6
Si	54	62,1	119	62,6	5	71,4
Total	87	100	190	100	7	100
Duración de dientes P = 0,10						
Correcto	61	69,3	126	66,3	2	28,6
Incorrecto	27	30,7	64	33,7	5	71,4
Total	88	100	190	100	7	100
Por qué da caries dental P = 0,45						
Mala higiene oral	56	64,4	134	71,7	3	60,0
Dieta	31	35,6	53	28,3	2	40,0
Total	87	100	187	100	5	100
Sabe qué es caries dental p= 0,50						
Si	36	40,4	88	46,1	2	28,6
No	53	59,5	103	53,9	5	71,4
Total	89	100	191	100	7	100
Enfermedades de la boca p = 0,80						
Si conoce	48	53,9	107	56,0	3	42,9
No conoce	41	46,1	84	44	4	57,1
Total	89	100	191	100	7	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.17. Distribución de variable cabeza de hogar vs conocimientos

Para conocimientos adecuado en salud oral para las mujeres que son cabeza de hogar y las que no lo son, no se encontraron diferencias significativas

Tabla 38. Distribución de variable cabeza de hogar vs conocimientos

Variable	Cabeza de hogar					
Evaluación de Conocimientos	Sin dato		Si		No	
	N	%	N	%	N	%
Boca sana $p = 0,46$						
No sabe	2	50,0	51	40,8	53	34,2
Si sabe	2	50,0	74	59,2	102	65,8
Total	4	100	125	100	155	100
Duración de dientes $p = 0,92$						
Correcto	3	75,0	82	65,1	104	67,1
Incorrecto	1	25,0	44	43,9	51	32,9
Total	4	100	126	100	155	100
Por quéda caries $p = 0,92$						
Mala higiene oral	3	75,0	81	66,4	109	71,2
Dieta inadecuada	1	25,0	41	33,6	44	28,8
Total	4	100	122	100	153	100
Sabe quéés caries $p = 0,22$						
Si sabe	0	0,0	55	43,6	71	45,2
No sabe	4	100,0	71	56,3	86	54,8
Total	4	100	126	100	157	100
Enfermedades de la boca $p = 0,66$						
Si conoce	2	50,0	66	52,4	90	57,3
No conoce	2	50,0	60	47,6	67	43,7
Total	4	100	126	100	157	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

4.1.18. Distribución de variable desplazados versus conocimientos

En la mayoría de los cruces realizados no se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos, prácticas y creencias frente la procedencia de las madres evaluadas, ya que se podría decir que la variable procedencia se comportó como una constante.

Tabla 39. Distribución de variable desplazados versus conocimientos

Variable	Desplazada			
Evaluación de Conocimientos	Si		No	
	N	%	N	%
Boca sana $p = 0,75$				
No	22	39,3	84	36,8
Si	34	60,7	144	63,2
Total	56	100	228	100
Duración dientes $p = 1,000$				
Correcto	38	66,7	151	66,2
Incorrecto	19	33,3	77	33,8
Total	57	100	228	100
Por qué da caries $p = 0,30$				
Mala higiene oral	36	65,4	157	70,1
Dieta	19	34,5	67	29,9
Total	55	100	224	100
Sabe qué es caries dental? $P = 0,14$				
Si	20	35,1	106	46,1
No	37	64,9	124	53,9
Total	57	100	230	100
Enfermedades de la boca $p = 0,88$				
Si	32	56,1	126	54,8
No	25	43,9	104	45,2
Total	57	100	230	100

Fuente: datos recogidos del proceso de investigación

5. DISCUSIÓN

5.1. HALLAZGOS PRINCIPALES

En este estudio se encontró que 15,9 % de las madres están ubicadas en el área rural y 83,0 % en el área urbana. El Municipio de Popayán cuenta con una población para el año de 2007 de 245.285 habitantes de los cuales 52,5 % mujeres. Según la distribución de la población por área se puede observar en la encuesta que el 90 % está ubicado en el área urbana y el 10 % en el área rural (118). Respecto a la educación un poco más de la mitad 54,9 % (158/288) tenían educación secundaria; 42,3 % (122/288) alcanzó primaria y solo 0,7 % (6/288) de participantes alcanzaron educación superior, por encima a lo reportado por Díaz en Cartagena 2011 (118) quien encontró que 27 % de las madres presentan un bajo nivel de escolaridad sin embargo contrasta con lo reportado por Berger et al. en Brasil en el 2008 (22) que reportan que 80,9 % tenían educación básica (primaria/secundaria) sin terminar..

Es importante el porcentaje de madres 61,1 % (176/288) que tenían como ocupación el hogar, Álvarez M, Alejandro Estrada A y Fonseca Z. (147) afirman que las mujeres jefe de hogar, en muchas ocasiones presentan menor educación y menor acceso a diferentes recursos, situación que probablemente le impone algunas restricciones en su desarrollo ya sea porque enfrenten una discriminación en el mercado laboral o porque las obligaciones del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos las obligue a escoger trabajos que se adecuen a sus responsabilidades, pero en muchas ocasiones estos trabajos cuentan con una menor remuneración. Este antecedente, sumado al nivel educativo permite definir un aspecto primordial a tenerse en cuenta en la transmisión de información y la educación en salud y es que debe enfocarse en las madres, en el diseño de programas y estrategias educativas debido a su relevancia en el cuidado del niño en esta población.

El porcentaje que se encontró con pareja fue de 61,8 % (178/288) en donde unión libre 143 % (49,6/288) se encuentra por encima de las estadísticas nacionales en el departamento (57). El estado civil de solteras fue 33,7 % (97/288) por debajo de lo reportado por Berger et al (22) que 75 % de las madres eran solteras en su estudio, lo cual sugiere que esa característica influyó en la presencia de caries dental de los preescolares ahí estudiados (22). En cuanto al Régimen de

Seguridad Social en Salud 66,4 % (191/288) pertenecían al régimen subsidiado por debajo de lo reportado en Cartagena por Díaz S et al en el 2011 (118) que caracterizó la familia frente a la caries y reportó que 85 % pertenecían al régimen subsidiado

Respecto a los hábitos de cepillado de los niños se encontró que 38,2 % (110/288) es la mamá quién ayuda a cepillarlos; se ratifica en el estudio de Saucedo B. (26) en Sinaloa México en donde el 95,3 % es la madre la responsable del cepillado de los niños. En Rumania 1993 (153) 26 % era la madre la encargada de ayudarles con la limpieza dental. Respecto al cepillado de los dientes en este estudio 31,2 % (90/288) de los niños se cepillaban solos, similares fueron los resultados que se encontraron en el estudio de Martins C y colaboradores en 2011 que (158) en donde 33,8 % niños cepillaban los dientes solos. 38,2 % (110) es la madre es la encargada del cepillado del niño en este estudio por debajo a lo encontrado por Saucedo B. (26) de 95, 3 % (263) la responsable del cepillado de los niños es la madre.

Respecto a los niños que no usan enjuague bucal en este estudio fue 72,2 % (208/288) mientras que en el estudio de Martins C y colaboradores (158) porcentaje fue de 42,0 % que no usaban enjuague bucal. La seda dental solo 28,1 % (81/288) de los niños la usan. En este sentido, Franco y colaboradores en el 2004 (21) en su investigación encontró que 31 % de niños de estrato bajo en Medellín incluían la seda dental en sus rutinas de cepillado. Lo cual hace pensar que el uso de seda dental y enjuague bucal no son comportamientos considerados como importantes para el cuidado de sus dientes, esto puede deberse a motivos como falta de educación y estimulación para la adopción de dichos hábitos saludables, sumado los problemas económicos para el acceso a tales elementos (130).

Respecto al uso del cepillo dental 99,7 % (287/288) niños lo utilizan y 84,4 % (243/288) lo usan más de tres veces al día, en este sentido. Gómez D et al en 2007 (44) reportó en su estudio respecto a la frecuencia del cepillado que el 93,8 % de los niños lo hacía menos de 2 veces al día. 18,1 % (52/288) en este estudio los niños dormían con el tetero en la boca, por debajo de lo reportado por Franco A. en el año 2004 (21) que 55 % de las mamás tenían la costumbre de dejar dormir al bebé con tetero, en este mismo sentido, por debajo de lo reportado por Saucedo B (26) que 80,7 % dormían con el tetero. Así mismo,, Baenano I (43)

afirmó en su investigación que permitir que el niño duerma con tetero contribuía a que los niños presentaran caries de la lactancia.

En este estudio 43,7 % (126/288) de los niños comía entre comidas por debajo de lo reportado. Los resultados en el estudio de Villaizán C. y Aguilar M. (107) muestran que la dieta criogénica en dentición temporal y definitiva actúa como factor de riesgo de aparición de caries, y que la supervisión del cepillado se muestra como factor protector en dentición definitiva. Acerca del dolor dental en este estudio 7,3 % (21/288) de las mamás manifestó que los niños si lo presentaron alguna vez. En este sentido, en Brasil en 2005 Feitosa S, Colares V; Pinkham J (150) un estudio reportó que 72,7 % de los niños con caries se quejaron de dolor dental.

Respecto a la pregunta si sabe la causa de tener caries dental este estudio encontró que 67,0 % (193/288) contestaron que la caries dental se presentaba debido a mala higiene oral. Este hallazgo guardan coherencia con lo comunicado por Hoeft y Barker en el 2010 (52) y por Franco en 1994 (135), donde 65 % y 94,7 % respectivamente de madres opinaron que una de las causas de caries era la mala higiene oral. La otra respuesta reportada por este estudio debido a una dieta inadecuada de 30 % (86/288). En Medellín en 1994 (135) 71 % y 21 % en el 2004 (28) para la misma ciudad. Petersen en Rumania 1993 (130) reportó 39 % respecto a este tema.

En cuanto al significado de “boca sana” 73,6 % (212/288) respondió que es tener dientes sanos, 22 % (63/288) que es tener dientes blancos, por debajo en el ENSAB (13) que la respuesta “tener los dientes blancos y/o parejos” fue de 41.6 % y 64.9%, expresaron que “es aquella que no tiene caries.” Posiblemente un alto valor de percepción de las participantes con relación a la estética, lo cual permite corroborar una tendencia de la población hacia una representación estética de la boca. Respecto al tiempo que duran los dientes, 20,5 % (59/288) que duran años y 65,6 % (189/288) respondió que toda la vida; En este sentido, Franco A. en 1994 (135) 82 % de las madres consideran que los dientes pueden durar toda la vida.

En lo referente a factores económicos y la relación con caries en este estudio la mayoría 81,9 % (236/288) contestó que no hay relación, 12,5 % (36/288) que si tienen relación. Contrario a lo que evidencia Dawn R. W. (2), en su estudio las madres afirmaron que la economía era considerada frecuentemente por ellas como barreras para la prevención de caries dental, lo cual se relaciona con los

factores alrededor del dinero para el tratamiento dental y para la compra de alimentos nutritivos.

Respecto a la demanda de servicios de odontología en este estudio 59,9 % (172/288) de las madres manifestaron llevar al niño entre una y dos consultas al año, por encima de lo reportado por Saucedo B.(26) que 9,4 % fue al odontólogo una vez al año y 9,8 % lo hacía cada seis meses y concluyen en dicho estudio que cuando los niños acuden regularmente al dentista bien cada 6 meses o cada año, el porcentaje de niños sin caries superó al de niños con caries

En esta investigación 40,1 % (115/288) asiste más de tres veces al año a servicios odontológicos contrario con lo reportado por Pachas F et al en 2008 (151) con el poco uso de los servicios odontológicos 4,9 % en niños menores de 6 años que acuden a los establecimientos públicos quien concluyó en dicho estudio que la mayor carga de enfermedad estuvo confinada al componente cariado, debido a la poca evidencia de acceso a servicios de salud y si lo hacen es solo por mutilación.

5.2. DEBILIDADES

Debido al diseño del estudio es posible que tenga un potencial de sesgo debido a que la información suministrada por las encuestadas está sujeta a que algunas de sus respuestas no puedan ser recordadas por ellas o que sus respuestas estén influenciadas de acuerdo a estándares culturales o sociales sin embargo sus respuestas nos permiten visualizar ese tipo de creencias y comportamientos.

El diseño del estudio no permite identificar factores de riesgo pero si se puede analizar correlaciones estadísticas entre las variables clasificadas como independientes y dependientes del fenómeno estudiado.

5.3. FORTALEZAS

Este estudio es una contribución importante a la literatura sobre las creencias, comportamientos y prácticas maternas en respecto a la enfermedad dental en niños menores de 5 años. Sus resultados permiten una visión única y valiosa en esta comunidad en particular porque no hay estudios que indaguen acerca del tema, constituyéndose en una fuente de información para el diseño de estrategias locales de intervención orientadas a prevenir la caries dental en los niños

menores de 5 años, sobre todo tratándose de una enfermedad **prevenible** considerada un problema de salud pública y que a pesar de los esfuerzos y de la actual tendencia mundial no se han logrado grandes cambios.

Otra fortaleza de esta investigación es que permite conocer las creencias comportamientos y actitudes maternas respecto al tema y de esta forma se poder formular hipótesis basadas en estas variables para orientar hacia causalidad. Los resultados de esta investigación generan una línea de base en esta población infantil permitiendo el futuro diseño de investigaciones acerca del tema en esta y otras comunidades con similares características.

5.4. IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA

Las creencias y conocimientos maternos con respecto a la enfermedad dental tienen valor en este proyecto debido a que dentro de la familia la madre es importante e influyen tanto en su propia salud como en el cuidado y salud dental de sus hijos. La salud dental de los niños comienza desde el embarazo de la madre, el primer signo de desarrollo dentario aparece en la tercera semana embrionaria (32) lo que hace relevante sus creencias y comportamientos referente a este tema en la identificación de aspectos erróneos o positivos (48). Este antecedente, sumado al nivel educativo permite definir un aspecto primordial a tenerse en cuenta en la transmisión de información y la educación en salud, el cual deberá ser enfocado a las madre en el diseño de programas y estrategias educativas debido a su relevancia en el cuidado del niño en esta población.

Los niños y niñas que padecen caries de infancia temprana tienen probabilidad de desarrollar procesos infecciosos como abscesos de rápido desarrollo. El dolor dental en casos ya avanzados lleva a incapacidad para alimentarse, por lo cual el niño tiende a perder peso. Además la pérdida de alguno de los dientes temporales da como resultado disminución en función masticatoria, dificultad para la fonación, problemas estéticos, pérdida de espacio en la zona de sostén resultando en mal posiciones dentarias por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden, alteración en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, succión digital o empuje lingual, asícomo alteraciones emocionales entre otras.

Debido a la complejidad se hace necesario capacitar a las madres y futuras madres sobre el cuidado que deben tener tanto ellas como los niños que estarán a

su cargo con respecto al cuidado oral, e indicarles que es necesario manejar una higiene dental adecuada (asísea con una tela o gasa húmeda y limpia rodeando el dedo índice de la madre para frotar y limpiar la cavidad oral cada vez que el niño coma) si es posible antes de que erupciones el primer diente para crear el hábito en el niño. Instruir sobre alimentación nutritiva en la mujer gestante debido a la influencia que ésta pueda tener en la calidad de los dientes que tendrá el niño el personal de la salud debe preocuparse por instruirse en el tema de la caries de la infancia temprana para diagnosticar y servir de vehículo en la prolongación de la salud integral, remitiendo estos pacientes a consulta odontológica.

Insistir a las madres que deben asistir tan pronto nazca el bebé a consulta con el odontopediatra para que los oriente de forma acertada sobre los cuidados orales que deben tener con el niño y que les indique cuándo deberá ser la primera cita del niño con este especialista. La aparición de la caries dental ha sido relacionada con factores biológicos, ambientales, socioeconómicos y la dieta; en la actualidad se suman otros factores los cuales son temas de investigación como lo son el entorno familiar y su relación con la comunidad así como los comportamientos (21). La caries es la patología dental más frecuente durante la infancia (30), la literatura sugiere evidencia que la experiencia de caries temprana de la infancia sigue siendo de alto riesgo para nuevas lesiones a medida que los niños crecen tanto en dentición primaria como permanente (44). Esta enfermedad crónica se ha relacionado con factores de riesgo modificables, lo cual genera un impacto individual y comunitario significativo en circunstancia de dolor, detrimento de funciones masticatorias y fonéticas (89,112), perjudicando el desarrollo integral de los niños con importantes implicaciones psicológicas (89) que repercuten adicionalmente en la nutrición, crecimiento y en el desempeño académico de los infantes (112).

A pesar del cambio que se ha obtenido en la salud dental a nivel mundial en los últimos años, la caries dental sigue siendo un problema de salud pública. La mejoría de los indicadores de caries logrados en la población general no tiene la misma dimensión en niños menores de cinco años (30), por tal motivo tradicionalmente se le ha asignado la mayor parte de presupuesto general destinados a la salud oral (86).

Entre las estrategias de actuación con alcance dentro de programas de salud dental se destaca en esta investigación la importancia y el valor cultural de las madres en la influencia de comportamientos y creencias maternas en salud dental

hacia sus hijos. Es urgente avanzar en materia del mejoramiento en salud dental de acuerdo a la tendencia mundial de explorar variables diferentes a las biológicas para reorientar la prevención y la promoción como piezas estratégicas claves en el proceso, planificación y gestión en torno a la salud dental.

Teniendo en cuenta que los problemas y necesidades de salud dental no son generalizados y tienen diferencias importantes y se concentra dentro de grupos poblacionales específicos, en este caso en el de la primera infancia; de este modo se puede articular con otros planes y programas de salud dirigidos a poblaciones específicas. Todo esto hace necesario de un nuevo planteamiento de las medidas dentales preventivas y de políticas públicas, las cuales debe garantizar rutas mediante las cuales se llegue a los niños que presentan índices de caries por encima del promedio general y debe también facilitar la búsqueda activa de estos niños y que ellos tengan acceso a cuidados especiales que disminuyan el riesgo a sufrir el problema.

En este sentido, es importante la vigilancia epidemiológica continua de los factores de riesgo en la planificación y ejecución de medidas preventivas comunitarias y de promoción de la salud dental asumiendo con continuidad la educación de las madres para una verdadera promoción de la salud oral con temas que se popularicen y no se queden en lo educativo solamente sino que además se conviertan en prácticas que fomenten el desarrollo de destrezas (32) y la cultura del autocuidado tanto en las madres como en los infantes sin todo esto articulado dentro de las acciones gubernamentales accionando conjuntamente y contribuyendo a garantizar una vida saludable dentro de las comunidades desde una perspectiva intersectorial organizado y coordinado al trabajo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como ya había dicho anteriormente (40).

Por último el acceso a la atención de los niños de cero a cuatro años es crítico, pues dentro de sus componentes están los elementos culturales de la población, conscientemente la atención de los niños y las niñas pequeños, para evitar afrontar los problemas de manejo de su conducta (40).

Se debe reorientar los programas preventivos en salud dental debido a su gran influencia como piezas estratégicas claves en el proceso, planificación y gestión alrededor de la salud dental de los niños en la primera infancia.

5.5. Futuros estudios

Es relevante en futuros estudios profundizar en la necesidad de indagar acerca las creencias, conocimientos y prácticas en torno a la salud dental para determinar factores culturales para así inferir positivamente frente a la enfermedad dental en niños y niñas menores de 5 años. Otros factores importantes de abordar sería la evaluación de las medidas educativas que hay en salud dental en niños de la primera infancia dirigido a las mujeres embarazadas y madres de estos niños. Con ello hacer un acercamiento para comparar lo que recogen frente a sus distintas prácticas en salud oral de sus pequeños.

Todas estas investigaciones deben ser tomadas en cuenta en la creación de insumos para la instauración, formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud pública en torno a la salud dental.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Cuartas J; Alvar A; Maya A; Cárdenas J; Arias M; Jaramillo A. Relación entre la Percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista CES Odontología. 2002; (15): 1
2. Dawn RW. Estudio de caso en el comportamiento de la salud bucal en Canelones, Uruguay. Las percepciones maternas y del niño y el comportamiento que afecta la salud bucal del niño. OPS. University Arizona mel and enid zucherman college of public health 2007.
3. Morales K et al. Caries de la Temprana Infancia (CTI) Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS) Morales K et al. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Odontología Socio Preventiva II Guatemala 2011
4. Petersen PE. The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003; 31(1): 3-24.
5. Hobdell M, Petersen P, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. International Dental Journal. 2003; (53): 285–288
6. Rengifo H. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 20 (2): 171-178.
7. OMS. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4a.edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1997. [Documento en línea]. [Fecha de acceso: febrero de 2010]; URL disponible en: <http://www.whocollab.odont.lu.se/index.html>.

8. Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1948 (41) (<http://www.who.int/about/es/>)
9. Franco AM et al. Situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI Monitoreo, año 2006. Revista Salud Pública de Medellín. 2007; (1):58-69
10. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 –2021. disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/-salud-50464528>
11. El Plan Nacional de Desarrollo 2010 –2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011). . disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/-salud-50464528>
- 12.
13. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de Protección Social URL disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-adopta-plan-nacional-salud-50464526>.
14. III Estudio Nacional de Salud bucal -ENSAB III. BogotáColombia. Ministerio de Salud. 1999
15. Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal, Resolución N°00412 de 2000. URL disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsaludb.htm>.
16. García AS, De La Teja E. Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. Presentación de un caso Acta Pediatr Mex. Mexico; 2008; 29 (2): 69-72
17. Amarilla M. Caries severa de aparición temprana: una nueva denominación para un antiguo problema. RAAO. 2006; 46 (2)
18. Rodriguez L, Guiardirú R, Arte M, Jiménez V, Echavarria S, Calderon A. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y en adolescentes. [Documento en línea]. [Fecha de acceso: marzo de 2010]; URL disponible en: <http://www.odontología.online.com>
19. Gudiño SF. Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos en algunos países del mundo. Publicación Científica Facultad de Odontología. 2006; (8)
20. Navia R, Quintero E. Perfil epidemiológico del Municipio de Popayán 2007. Secretaria de Salud Municipal. Plan De Salud del Municipio de Popayán 2007 –2011 Disponible: http://popayan-cauca.gov.co/apc-aa-files/66356563383661643934386531336632/Plan_de_salud_del_municipio.pdf
21. Lusk S. L. Health promotion planning: An educational and environmental approach. 19(3): 298. [Documento en línea]. [Fecha de acceso: diciembre de 2010]; URL disponible en: <http://hdl.handle.net/2027.42/30012>
22. Franco A, et al. El menor de 6 años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres revista CES odontología. 2004; (1): 1

23. Berger F, Danielly MW, Furlanb EM. Association between maternal social and dental characteristics and dental caries in the child first dentition. *Rev. odonto ciênc. Journal of dental science*. 2008; 23 (1): 31-34.
24. Moallemi ZS, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Pediatr Dent. Finland* 2005; 27 (5): 422-428.
25. Douglass J, Yihong L, Tinanoff N. Association of Mutans Streptococci Between Caregivers and Their Children. *Pediatr dent*. 2007; 30 (5): 375-87
26. Alonso M y Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Reprod Hum* 2009; 23 (2): 90-97
27. Saucedo M.C. Caries de biberón en una población preescolar en el municipio de Navolato, Sinaloa (México) Granada 2008
28. Dawn RW. Estudio de caso en el comportamiento de la salud bucal en Canelones, Uruguay. Las percepciones maternas y del niño y el comportamiento que afecta la salud bucal del niño. OPS. University Arizona mel and enid zucherman college of public health 2007.
29. Andrade S.M. creencias sobre caries e higiene oral de los pacientes que acuden a la consulta odontológica en la Empresa Social del Estado salud Choco, en el Municipio del Medio San Juan. 2008. Universidad CES Facultad de medicina salud pública 2008
30. Murcia L. R. Salud bucal en escolares del centro experimental de la universidad Nacional Autónoma de Honduras 2004
31. Alvarado B. et al Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños afro-colombianos LILACS Arch. latinoam. nutr; 2005; 55 (1): 55-63
32. Banos JE. Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas. *Monografías humanitas*. 2004; (2): 39-52
33. Glanz K; Rimer B.K; Lewis F.M. Health behaviour and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass. 2002; 41-59.
34. Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza; 1982
35. Palomer LR. Dental caries in children: a contagious disease. *Rev Chil pediatr*. 2006; 77 (1); 56-60.
36. Acosta M, et al. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1. *Colombia médica* 1997; (28): 42 – 5
37. Petersen PE, et al Attitudes and behavior among Kuwaiti mothers and school teachers. *BMC*. 1990; 14 (3): 158-64.

38. Petersen P. E. et al Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry*. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2002; (12):168–176.
39. Soto F et al. en 1997 Modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Soto F et al El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev Esp Salud Pública España* 1997. (71): 335-311.
40. Bruns C Conocimientos que tienen los pediatras de la ciudad de Guatemala sobre salud oral y prevención de la caries temprana de la niñez. Claudia Bruns C. Universidad Francisco Marroquín. 2001
41. Moreno M. y Azcárate C. *España Enseñanza de las ciencias*, 2003; 21 (2): 265-280
42. Nonglak P; Hak S; Phenkhao L; Boonyong K. Oral health preventive behavior among mothers with preschool children in Nakhon Pathom Province, Thailand. *Research Article Journal of Public Health and Development* 2004
43. Zanata RL, de Lima Navarro MF, Pereira JC, Bastidas Franco E, Lauris JR, Barbosa SH. Efecto de la caries medidas preventivas dirigidas a las mujeres embarazadas en la experiencia de caries en sus hijos. *Dental Braz. Dent. J.* 2003; (2): 14
44. Bueno B. et al. Creencias y motivaciones en la iniciación al consumo de tabaco de niñas y adolescentes y efectos sobre su salud. Año 2004 –Año 2006. Universidad de Salamanca 2006; (3): 718 –112
45. Gómez I et al. Creencias de los estudiantes de matemáticas. *España enseñanza de las ciencias*. 2006; 24 (3): 309–324
46. Finlayson TL et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol. USA* 2007; 35 (4): 272-81
47. Greco C. y Gil J. Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo I. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy Argentina* 2007; (7, 3): 405-418
48. Thomas L. et al. Conocimientos, prácticas de cuidado de salud en las mujeres embarazadas en Australia. Artículo en línea: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/13> 2008 Thomas et al; licenciataria BioMed Central Ltd
49. Hinostroza P. Nivel de conocimiento en el manejo estomatológico de la paciente gestante en internos de odontología de tres universidades peruanas, 2009. Perú. Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos
50. Fuentes R. et al. en 2009. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo *AvOdontoestomatol* v.25 n.3 España 2009.<http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852009000300004>
51. Cortes R; Mardones S; Paredes C Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública* 2009; 13 (3): 136-142

52. Herrera F. et al. Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales Universidad de Granada, España Revista Iberoamericana de Educación 2009 (ISSN: 1681-5653).
53. Hoeft KS, Barker J, Masterson E. Urban Mexican-American mothers'beliefs about caries etiology in children. Epidemiol Comunidad Dent Oral USA 2010; (38): 244-255.
54. Castellano G, Heinzen J. Soledad N. las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo: continuidades y ¿cambios? Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay 2011
55. Saidman N. et al. Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes Argentina 2012; 30 (139): 18-27
56. Urrutia M.T creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas Rev chil obstet ginecol 2012; 77 (1): 3 –10
57. Vera D; Osses S; Schiefelbein E. Las Creencias de los profesores rurales: una tarea pendiente para la investigación educativa Estudios Pedagógicos Chile. 2012; (1): 297-310
58. Franco A.M; Conocimientos y prácticas en salud oral de las madres de niños preescolares, de Medellín. Revista CES odontológica.1994; 8 (2).
59. Acosta M, et al. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud del nivel 1. Colombia Med. 1997; (28): 42-50.
60. Cuartas J; Alvar A; Maya A; Cárdenas J; Arias M; Jaramillo A. Relación entre la Percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista CES Odontología. 2002; (15): 1
61. Cabrera G.A; Mateus J.C. y Rocío Carvajal R Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003; 21(1): 27-41
62. Arrivillaga M y Salazar I y Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica Colombia, 2005; (34): 4
63. Castro F, Caldas A, Carmita Cepeda, Briseida Huertas, Nini Jiménez Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias Cauca. 2008
64. Agudelo A. et al. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico Rev. Gerenc Polit Salud. 2009; 8 (16): 91-105.
65. Cohen. Caminos de la pulpa. Séptima edición, ediciones Harcourt, Madrid, 1999.

66. Coombes Y, McPherson K. Review of health related models of behavior change: a report prepared for the department of health in England-London: health promotion sciences unit of London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.
67. Moreno E. El Modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideraciones críticas y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Universidad de Almería España. Revista Internacional de sicología y terapia psicológica 2003.
68. Cabrera G; Lucumí D; Tascón J. Modelo de creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Revista facultad Nacional Salud Pública 2001; 19 (1): 91-101.
69. Cabrera G.A; Mateus J.C. y Rocío Carvajal R Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003; 21(1): 27-41
70. Tascón J E. Cabrera G A. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes de Colombia Médica, 2005; (36): 2
71. Tascón J E. Cabrera G A. Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia Colombia médica, 2005; (36): 3
72. Tascón J et al. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colombia medica 2005 Vol 36, No 4 Supl 3
73. Salas O. Organización Mundial de la Salud. Programa de salud bucodental. [Documento en línea]. [Fecha de acceso: Marzo de 2010]; URL disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
74. Garcia M. C Estudio a doble ciego aleatorio, sobre la prevención quimioterapéutica de la caries dental con barnices de clorhexidina y timol en niños de 5 a 8 años. Universidad complutense Madri 2004; (84): 669-2621
75. Saldaña L. Odontología preventiva y social. Unidad de prevención universidad de san Carlos de Guatemala facultad de odontología. area de odontología sociopreventiva (Odontopediatra).Ciclo 2009
76. Mosquera C. Indicadores de caries dental. http://www.huila.gov.co/documentos/C/caries_dental_placa_bacteriana.pdf.
77. Quinton V; Knowledge and Belief. en Edwards, P. (ed.),The Encyclopaedia of Philosophy, Macmillan, London-New York, 1972, (4): 345-352).
78. Defez A. Que es una creencia. Anales del seminario de metafísica, Universidad Complutense de Madrid, 2005. Article publicat en Logos. (38): 199-221 <http://www.infofilosofia.info/defezweb/Quesunacreencia>.

79. La Inteligencia Práctica La guía de Psicología <http://psicologia.laguia2000.com/general/la-inteligencia-practica#ixzz3OYWt8VOB>
80. Beltran F.P El concepto de práctica en la pedagogía y la didáctica. Universidad Pedagógica Nacional
81. Barrantes D. [Documento en línea]. [Fecha de acceso: diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/#ixzz3OYbVTpNu>
82. Liébana J. Microbiología oral. México: Mc Graw Hill; 1992. (1): 40-46
83. Escobar F. Prevención en Odontología Pediátrica. En: Odontología Pediátrica, 1ª Edición. Santiago de Chile. 1991; Editorial Universitaria 101-36.
84. Chasteen J E. Prevención de la caries dental. En Principios de Clínica Odontológica. El Manual Moderno. 1986; 1-30.
85. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el mejoramiento de la salud general de las Américas a través de avances críticos en la salud oral. El camino hacia adelante. Tecnología y prestación de servicios de salud organización de servicios de salud, programa regional de salud oral. 2005.
86. Rodríguez L. et al. Factores de riesgo y prevención de caries en la edad temprana (0 a 5 años) en escolares y en adolescents Alamar. Policlínico Docente 13 de Marzo. Alamar. Cuba 2005.
87. Saldarriaga A, et al. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. Revista CES Odontología. 2009; 22 (2).
88. Bonilla A. R. Epidemiología de caries rampante en niños preescolares. Costa Rica 1992
89. Minetti Z; Luna ER; Cornejo LS; Aguzzi A. Evolución de la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad de la ciudad de Córdoba. Argentina. Revista Española de cirugía oral y maxilofacial. 2000; 22 (6)311-318
90. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáy y Cartuja de Granada capital. Aten Primaria. 2000; 26 (6): 398-404. 62
91. Romero K. Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Odontología Prevalencia de caries dental en niños de edad preescolar. Estudio comparativo realizado en las Ciudades de Monterrey y Apodaca, N.L. 2002.
92. Santana P Y, Suárez G I, Rincón M C, Morón B. A., García L. R. Prevalencia de fluorosis y caries dental en niños y adolescentes del municipio Baralt. ciencias odontológicas. 2012; (9): 7-16

93. Segovia V A. et al Severidad de Caries y Factores Asociados en Preescolares de 3-6 Años de Edad en Campeche, México. Rev. Salud pública 2004; 7 (1): 56 -69
94. Peterson PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries –international perspectives. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; (33): 274–9.
95. Heredia C, Alva F. Relación entre la prevalencia de caries dental y desnutrición crónica en niños de 5 a 12 años de edad. Rev Estomatol Herediana 2005; 15 (2): 124 –127.
96. Barrios, Salas. Universidad de Los Andes Venezuela 2006
97. González H, Brand S, Díaz F, Farfán M, González V, Rangel W, et al. Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, Antímano, Venezuela. Rev Biomed. 2006; (17): 307-310
98. Vargas CM, Roncio CR. Disparities in early childhood caries Oral Health. USA. 2006; 6 (1): 3
99. Vargas R. y Herrera M. Estudio de Prevalencia de Caries en Escolares de las Comunidades Rurales Mapuches de anguinilague, Puquiñe y Lago Neltume. Provincia de Valdivia. X Región de Los Lagos. 2002
100. Villalobos J.J, et al Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Mexico 2006.
101. Vallejos A. A et al. Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes Gac Sanit. México 2007; 21 (3): 227-34
102. De la Fuente J et al Salud pública México Cuernavaca. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. 2008; 50 (3)
103. Escobar G et al. Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. Revista CES Odontología Colombia. 2009; 22 (1)
104. Aguilera G. L y cols. Niveles de Streptococcus mutans y prevalencia de caries dental en una población de escolares de la zona urbana de la ciudad de Zacatecas 2009. Revista ADM 2004; LXI (3): 85-91
105. Cereceda M et al. Prevalencia de caries en alumnos de educación básica y su asociación con el estado nutricional. Rev chil pediátr 2010; 81 (1): 28-36

106. Martínez C. M. et al Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad en san Luis Potosi. Revista de investigación clínica 62 (3): 206 –213
107. Vázquez M.E Prevalencia de caries dental en adolescentes: Asociación con género, escolaridad materna y estatus socioeconómico familiar. Rev. CES Odont. México 2011; 24 (1): 17-22
108. Villaizán C y Aguilar M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Mayo 2012. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada
109. Ramírez M. j. et al México (2012) Prevalencia de Caries Dental y Maloclusiones en Escolares de Tabasco, México. Horizonte sanitario. México; 2012 Pg 13 – 23
110. Suzuki B. et al Predicción de riesgo de caries en escolares del noroeste de México: estudio longitudinal. Revista de Investigación Clínica México 2013; 65 (1) pp 24-29
111. Dunn Mora N M. Factores de riesgo para la formación de caries del primer molar permanente; Escuela Cacique Tomalá, Guayaquil. 2014.
112. Quicaña A y Ramirez C. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 4 a 5 años. Huaycan, 2009. ESSALUD Red Asistencial Almenara - Perú. 2010
113. Villena R et al. Prevalence of early childhood caries in children under 6 years old, living in marginal communities in the north of Lima 2011.
114. Morales K et al. Caries de la Temprana Infancia (CTI) Caries de la Temprana Infancia Severa (CTIS) Morales K et al. Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Odontología Socio Preventiva II Guatemala 2011
115. Garcia L M, et al. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali. Colombia Médica. Colombia 2005; (39): 1
116. Caycedo M. et al 2009 Historia de caries en escolares del municipio de chía-Cundinamarca 2006 -2007 Entre 3 y 9 años. Colombia 2009
117. Salas z. a. et al. Historia de caries en población escolarizada de 5 y 12 años en el corregimiento de genoy municipio de pasto –2010; Colombian journals of dental research 2012; 3: (9)
118. Cardenas D. Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una institución educativa de la ciudad de Cartagena de indias. Universidad Nacional de Colombia facultad de medicina Departamento de Salud Pública Bogotá; 2010

119. Díaz S. et al. Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de Cartagena Colombia. Revista clínica médica 2011; 4 (2): 100-104
120. Martínez L. et al. Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del Municipio de Yondó. Colombia 2011
121. Corchuelo J. Diferencias sociodemográficas relacionadas con la historia y la prevalencia de caries de usuarios de una red de salud pública. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2012; (24): 1
122. Valbuena, L. F; Díaz, A. M; Castelblanco, M. Frecuencia de caries de la infancia temprana en una muestra de niños de 1 a 4 años de Santaféde Bogotá y exploración del riesgo de la lactancia prolongada, perfil familiar y entorno socioeconómico. Rev. cient. Bogotá 2000; 6 (2) :24-36
123. Caudillo T y Adriano M Oral habits and dental caries in pre-school population of the delegation Milpa Alta, its relationship with socioprofessional variables. Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana. 2009; 65 (4)
124. Sánchez Y et al. Ensayo comunitario de intervención: incidencia de caries en preescolares de un programa educativo-preventivo en salud bucal. Rev Estomatol Herediana. Perú2012; 22 (1): 3-15.
125. Villaizán C y Aguilar M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia.ws edición electrónica 2012. www.ortodoncia.ws. Consultada, Toledo España
126. Gálvez C. Prevalencia de caries dental en niños con dentición decidua usando índices ceo y el sistema internacional de detección y valoración de caries (ICDAS II). Universidad Norbert Wiener- Peru. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2013; (2).
127. Arango MC y Baena G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. revisión de la literatura Colombia 2004.
128. Alvarado B. et al. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños afro-colombianos LILACS Arch. latinoam. nutr; 2005; 55 (1): 55-63
129. Valencia C. et al Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios Revista diversitas -perspectivas en psicología;Universidad Católica de Colombia, Bogotá 2009 (5): 2.
130. Ramírez B, et al. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2011; 22 (2): 164-172.

131. Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behavior, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand.* 1995; (53): 363-368.
132. Ríos AE. Documento de estudio de morbilidad en salud oral del municipio de Popayán 2010.
133. Fuentes R. et al en 2009. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo *AvOdontoestomatol* v.25 n.3 España 2009.<http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852009000300004> .
134. Cortes R; Mardones S; Paredes C Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública* 2009; 13 (3): 136-142
135. Urrutia M.T creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas *Rev chil obstet ginecol* 2012; 77 (1): 3 –10
136. Franco A.M; Conocimientos y prácticas en salud oral de las madres de niños preescolares, de Medellín. *Revista CES odontológica.*1994; 8 (2)
137. Valencia C et al Design of the alcohol consumption beliefs questionnaire for college students *Revista diversitas - perspectivas en psicología Universidad Católica de Colombia* 2009; 5 (2)
138. Ministerio de salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menor de diez años. Colombia
139. Ministerio de Protección Social. Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
140. Ministerio de Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Colombia 2012
141. Ministerio de Protección social. Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014
142. Ministerio de Protección Social. Ley 1450 Plan Nacional De Desarrollo 2010-2014. Departamento Nacional de Planeación, portal web www.dnp.gov.co/.
143. Plan Nacional de Salud Bucal. Resolución 3577 de 2006. URL disponible en: <http://onsb.udea.edu.co/site/images/pdf/linea.pdf23>.

144. Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal, Resolución N°00412 de 2000. URL disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsaludb.htm>.
145. El plan Nacional de Desarrollo Departamental 2012 - 2015. "Cauca todas las oportunidades"
146. Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de Protección Social URL disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-adopta-plan-nacional-salud-50464526>.
147. Ministerio de Salud de Colombia. Declaración de Helsinki y la Resolución No 0008430 de 1993
148. Álvarez M, Alejandro Estrada A y Fonseca Z. Caracterización de los hogares colombianos en inseguridad alimentaria según calidad de vida. *Revista de salud pública* ·2010; 12 (6).
149. Martins C. et al. Comparison between observed children's tooth brushing habits and those reported by mothers. *BMC Oral Health*. 2011; (11): 22
150. Baenano I. Identificación de factores que influyen en la aparición de la caries de la lactancia. *Revista estomatología*. 1996; 6 (1): 39-44
151. Feitosa S, Colares V; Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil *Cad. Saú de Pública* 2005; 21(5).
152. Pachas F et al Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0- 71 meses de edad, de un Puesto de Salud del Cono Norte - Carabayllo, Lima-Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2008; 18 (2): 83-92

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de recolección de información basado en ENSAB III

Instrumento de recolección de datos “ creencias, conocimientos y prácticas de madres de niños menores de cinco años respecto a enfermedad dental. Popayán”.

1. Encuesta N°_____
2. Nombre del Entrevistador_____
3. Municipio_____
4. Centro de salud_____
5. Fecha._____

6. Nombre del Entrevistado _____

7. Edad _____

8. Etnia

- a. Indígena
- b. Afrodescendiente
- c. Mestizo
- d. Blanca

9. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre
- d. Separada
- e. Viuda

10. Condición sentimental

- a. Con pareja
- b. Sin pareja

11. Procedencia

- a. Cauca
- Otro Departamento

13. Usted viene desplazada por la violencia de otro municipio o de otra parte?

- a. Si
- b. No

14. Residencia

- a. Urbana
- b. Rural

15. Ocupación

- a. Hogar
- b. Estudia y/o trabaja

16. Es usted cabeza de hogar? (es quién responde económicamente por el hogar)

- a. Si
- b. No

17. Seguridad social en salud (afiliación)

- a. Régimen contributivo
- b. Régimen Subsidiado
- c. Vinculados

18. Nivel educativo

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. superior
- d. Ninguno

19. Cree que hay la posibilidad que el niño tenga caries dental por no tener dinero?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

20. Usted cree que su niño tiene riesgo a padecer de caries dental?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

21. Cual considera usted que es la razón de que haya riesgo de que los niños tengan caries dental?

- a. Malos forma de cepillarse los dientes
- b. Mala alimentación

22. Considera usted que hay que llevarlo rápidamente donde el odontólogo al niño en caso de tener caries dental?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

23. Conoce usted enfermedades de la boca?

- a. Si
 - b. No
- No sabe

24. Sabe qué es caries dental?

- a. Si
- b. No

25. Conoce porque da caries dental?

- a. Si
- b. No

26. Conoce cómo se evita la caries dental?

- a. Si
- b. No

27. Sabe cuanto tiempo le van a durar los dientes a su hijo?

- a. Si
- b. No

28. Qué es para usted tener la boca sana?

- a. Tener dientes blancos
- b. Tener dientes sanos
- c. Ninguna de las anteriores

29. El cepillado del niño lo hace ayudado por

- a. Mamá
- b. Papá
- c. Solo
- d. Ambos

30. El niño duerme con el tete en la boca?

- a. Si
- b. No

31. Respecto a los alimentos del niño:

- a. Bebidas o alimentos dulces
- b. Comer entre comidas

32. A su hijo le ha dado dolor de algún diente?

- a. Si
- b. No

33. A cuál fue el último servicio de odontología que el niño visitó:

- a. Higiene oral
- b. Calzas
- c. Urgencias

34. Cuántas veces usted va a servicios odontológicos al año?

- a. 1 o 2 veces
- b. Más de 3 veces

35. Ha tenido alguna dificultad para ir a odontología?

- a. Si alguna vez
- b. No

36. Tiene cepillo dental el niño?

- a. Si
- b. No

37. El niño usa seda dental

- a. Si

b. No

38. Usa enjuague bucal

a. Si

b. B. No

39. Cuantas veces se cepilla el niño al día?

a. Menos de 2 veces

b. Más de 2 veces

40 Quién le enseñó a cepillarse?

a. Mama

b. Papá

c. Solo

d. Maestro

e. Medios de comunicación (televisión, radio etc)

UNIVERSIDAD DEL VALLE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA FORMA DE CONSENTIMIENTO

El papel de la madre es fundamental en la situación de caries dental en el niño, por ser esta la etapa en la que se definen las características de la dentición del futuro adulto. Esta enfermedad se incrementa a lo largo de los años de la vida; por tal motivo se está invitando a la madre a participar en éste estudio a través de una encuesta y un examen diagnóstico al niño(a). Con el propósito de identificar las características maternas que están relacionadas con la historia de caries dental de su hijo(a) con el que asiste al control de crecimiento y desarrollo en uno de los seis puntos de la ESE Popayán en el segundo semestre de 2009.

Se proyecta para esta investigación que participen 288 madres cuidadoras y sus hijos menores de cinco años de edad que asisten al Programa. Con una participación voluntaria, sin costo ni afectación como usuaria de la

ESE POPAYÁN, la madre deberá contestar una encuesta con respuesta cerradas y abiertas de temas relacionados al cuidado bucal, conocimientos y prácticas en salud oral. Serán necesarios 15 minutos para el diligenciamiento de la encuesta; y se espera que la madre al contestar las preguntas, lo haga de manera sincera y honesta.

Las respuestas consignadas en la encuesta, son de carácter absolutamente confidencial y no se divulgará el nombre de la mamá ni los datos del infante. El análisis de ésta encuesta solamente será realizado para fines de la investigación sin personas ajenas al estudio y las respuestas serán usadas estrictamente para la realización y uso exclusivo de esta investigación. La madre no recibirá ningún beneficio directo de los resultados de este estudio, pero con sus respuestas aportará información importante para la comprensión del tema con relación a esta enfermedad en la región. Para su comprensión leerá el documento completamente y le será explicado el estudio en detalle por parte de la investigadora y todas las dudas que se tengan al respecto serán contestadas satisfactoriamente.

La madre autoriza la participación de su hijo (a) en el estudio para realizarle una valoración dental, teniendo en cuenta que éste examen le puede generar al infante desconfianza, miedo y estrés y para disminuirlos se realizará primero la encuesta a la madre, logrando así que el niño se familiarice con la presencia de la investigadora, posteriormente a la encuesta, se realizará el examen al niño en la sala de espera y sentado sobre las piernas de la madre, se le hará entrega de un cepillo dental mediante un juego y llamándole por su nombre, se le enseñará a utilizar el cepillo dental de forma tal que en medio del juego el niño permita abrir la boca para mirar sus dientes mediante un espejo y con la ayuda del mismo cepillo; de esta forma se evita el uso de instrumentos cortos punzantes, disminuyendo así todo riesgo de ser pinchado accidentalmente. Este examen se hará máximo en 15 minutos para que el niño colabore y evitando que se canse y pierda el interés. En caso que el niño no permita realizar el examen se esperará para que el niño mire como se le hace el mismo examen a otro niño. Si no es posible realizar el examen no se incluirá esta encuesta en el estudio.

En caso de tener alguna duda referente al estudio, a los derechos del paciente u otras preocupaciones que la madre manifieste, la Dra. Lida Margot Muñoz Ordóñez odontóloga a cargo de este proyecto de investigación autoriza para localizarla al teléfono 3154830498, igualmente el Dr. Jairo Corchuelo al teléfono 3164828734 y el Comité de Ética de la Universidad del Valle (2)5185677.

La madre da la aprobación para no recibir beneficio económico con la participación en este estudio, y que ha comprendido completamente todo lo anterior. Igualmente autoriza su participación voluntariamente a este estudio, sabiendo que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto represente consecuencias negativas ni con la institución de salud ni con las personas encargadas del estudio.

La Dra Lida Margot Muñoz con Registro No. 190708, ha explicado satisfactoriamente el propósito de éste estudio en el que la madre de manera voluntaria desea participar, sabiendo por qué y para qué se está realizando. La madre ha comprendido completamente todo lo anterior.

De esta forma autoriza a la odontóloga para que se realice la encuesta y permite que se le haga el examen diagnóstico del niño(a), en el que la confidencialidad, privacidad e identidad serán las acordes y permitidas por la Ley.

Nombre de la madre _____

Documento de identidad _____ de _____

Lugar y fecha _____

Dirección de domicilio _____

Nombre del infante _____



Huella digital de la madre

Nombre del testigo 1 _____

Firma del testigo 1 _____ C.C. _____

Dirección _____ teléfono _____

Nombre del testigo 2 _____

Firma del testigo 2 _____ C.C. _____

Dirección _____ teléfono _____

Página 2 de 2.