

**VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA CARACTERIZACION DE LA
POBLACION ABORDADA EN EL AREA COMUNITARIA**

Juliana Andrea Ayala Delgado

Estefanía González Zamora

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTA DC. JUNIO DE 2018**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA CARACTERIZACION DE LA POBLACION ABORDADA EN EL AREA COMUNITARIA
Línea de investigación:	Promoción y Prevención(InBOCA)
Institución participante:	Facultad de Odontología - Universidad El Bosque
Tipo de investigación:	Pregrado
Estudiantes:	Juliana Andrea Ayala Delgado Estefanía González Zamora
Asesor metodológico:	DRA. Jenny Montoya
Asesor temático:	Dra. Sandra Hincapié

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

Págs.

1. Introducción.

2. Marco teórico.

3. Planteamiento del problema.

4. Justificación.

5. Objetivos.

6. Metodología del Proyecto.

7. Consideraciones éticas.

8. Resultados.

9. Discusión.

10. Conclusiones.

11. Recomendaciones

12. Referencias bibliográficas.

2

15

27

28

29

32

33

37

42

43

44

RESUMEN

VALIDACION DE INSTRUMENTOS PARA CARACTERIZACION DE LA POBLACION ABORDADA EN EL AREA COMUNITARIA

Objetivo. Elaboración y validación de instrumentos para la caracterización de la población abordada en el área de comunitaria.

Materiales y Métodos. Se realizó un grupo focal para la validación de contenido y de apariencia del instrumento, en el cual participaron 8 docentes de los sitios de rotación del área Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque. **Resultados** Al realizar un análisis de los resultados de las preguntas para cada sección se realizan ajustes en relación a redacción e inclusión de preguntas en relación a la condición de discapacidad y calidad de higiene oral. **Discusión:** Con el proceso de validación el instrumento obtuvo un puntaje del 90%. Las ventajas del proceso de validación del instrumento para permite continuar con segunda fase "Prueba Piloto" para finalmente contar con un instrumento pertinente de caracterización de la población abordada por el área comunitaria.

Conclusiones. Los hallazgos resaltan la necesidad de diseñar estrategias integrales que involucren la salud oral, factores sociodemográficos en las poblaciones abordadas. El puntaje que obtuvo el instrumento demuestra que las preguntas planteadas son pertinentes.

Palabras clave. Caries dental, características sociodemográficas, Validación.

ABSTRACT

VALIDATION OF INSTRUMENTS FOR CHARACTERIZATION OF THE POPULATION IN A COMUNITARY AREA

Objective: development and validation of an instrument for characterisation of assessed population in a communitary area. **Materials and methods:** a focal group was formed for the validation of instrument content and appearance with the participation of eight teachers from rotation placements of the communitary area from the School of Dentistry of El Bosque University. **Results:** an analysis of results of the questions for each section was carried out with the corresponding adjustments regarding composition and question inclusion pertaining to challenging conditions and oral hygiene. **Discussion:** the instrument had a 90% score after the validation process; the validation process allows the continuation to a second phase (pilot test) in order to develop an instrument pertinent to the characterisation of the assessed population in the communitary area. **Conclusions:** Results reveal the need to design integral strategies which include oral health and socio-demographic factors among the assessed population. The instrument's score shows that the proposed questions are pertinent.

Key words: dental caries, socio-demographic characteristics, validation.

1. Introducción

La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial (HIGASHIDA, 2000). En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Afecta del 60% al 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos según la OMS. La caries dental es un proceso multifactorial. Al estudiar la temática se abordan por lo general factores de riesgo biológicos como la higiene, la dieta y el flúor y se acostumbran a hacer charlas de salud bucal a los escolares y se pasa por alto el hecho de que la familia y en especial los padres y/o cuidadores forman una parte esencial de futuros programas de promoción y prevención para poder disminuir la morbilidad, el progreso de la enfermedad y los costos de la misma.

Factores presentes en las familias como la disfuncionalidad familiar y el tipo de estructura familiar, como el aumento en la actualidad de la familia monoparental, podrían incrementar el riesgo de sufrir de caries dental y su severidad (CALZADILLA RODRIGUEZ, Sep-Dic 2001). La salud oral no es solo problema del odontólogo; la familia y la comunidad juegan también un papel importante en la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades.

Si se conoce la influencia que desempeñan los factores sociodemográficos y algunos factores presentes en las familias como la estructura y la funcionalidad familiar con respecto a la caries dental, se podrán poner en práctica programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención para desarrollar esta enfermedad en la salud en los escolares.

El objetivo de este estudio es realizar la Elaboración y validación del instrumento para la caracterización de la población escolar abordada en el área de comunitaria donde se pueda estimar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños y niñas de la localidad de Usaqué en las instituciones abordadas en las áreas comunitarias y su relación con los factores presentes en sus familias como la estructura y funcionalidad familiar.

2. Marco Teórico

Caries: La caries dental, por definición de la OMS, es “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad”, y es el principal culpable de la caries la bacteria *Streptococcus mutans*.¹

También se define como un proceso patológico caracterizado por la destrucción localizada de los tejidos duros susceptibles del diente, provocada por ácidos producto de la fermentación de hidratos de carbono y que ocurre por la interacción de numerosos factores de riesgo y factores protectores, tanto a nivel de la cavidad bucal como a nivel individual y social.²

Nombre

El nombre es la designación o denominación verbal (las denominaciones no verbales las estudian la iconología y la iconografía) que se le da a una persona, animal, cosa, o concepto tangible o intangible, concreto o abstracto, para distinguirlo de otros. Como signo, en general es estudiado por la semiótica, y como signo en un entorno social, por la semiología³

Edad

Edad, con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo⁴

¹Tomado de: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

²Tomado de: Longbottom CL, Huysmans MC, Pitts NB, Fontana M. Glossary of key terms. Monogr Oral Sci. 2009; 21: 209-16.

³Tomado de: Alcaldía Mayor de Bogotá/Localidad Usaquéen

⁴Tomado de: Alcaldía Mayor de Bogotá/Localidad Usaquéen

⁵ Tomado de: Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2012. Definiciones: Definición de nombre (<https://definicion.de/nombre/>)

⁶ Tomado de: Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2012. Definiciones: Definición de nombre (<https://definicion.de/nombre/>)

Sexo

El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra. El sexo no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento. Se diferencia del género, que es una construcción sociocultural referida a los rasgos que la sociedad considera femeninos o masculinos, con múltiples opciones.⁵

Grado escolar

Los tres niveles de educación formal son: Preescolar, educación básica primaria y básica secundaria, y educación media.⁶

La educación formal se organiza en tres niveles:

- a) El preescolar, que comprenderá mínimo un grado obligatorio⁷
- b) La educación básica, con una duración de nueve grados que se desarrollará en dos ciclos: La educación básica primaria de cinco grados y la educación básica secundaria de cuatro grados⁸
- c) La educación media con una duración de dos grados⁹

Institución educativa

Es un conjunto de personas y bienes promovidos por las autoridades públicas o por particulares, cuya finalidad será prestar un año de educación preescolar y nueve grados de educación básica como mínimo y la media.¹⁰

Aseguramiento en salud

⁵ Tomado de : Fuente: <http://quesignificado.com/sexo/>

⁶ Tomado de : Ministerio de Educación <https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

⁷ Tomado de: Ministerio de Educación <https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

⁸ Tomado de: Ministerio de Educación <https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

⁹ Tomado de :Ministerio de Educación <https://www.mineduccion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

¹⁰ Tomado de : Ministerio de Educación Nacional <https://www.mineduccion.gov.co/cvn/1665/article-82752.html>

Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El artículo 157 de la Ley 100/93 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de tres formas.¹¹

Régimen contributivo: a este régimen, se afilian las personas que tiene capacidad de pago, estas son aquellas “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Régimen subsidiado: a este régimen pertenece la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago identificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, así como las poblaciones especiales que el Gobierno ha definido como prioritarias y que no se encuentren afiliadas al régimen contributivo o pertenezcan a un régimen especial o de excepción (población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM entre otras.

Participantes vinculados: son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de Subsidios a la Oferta.

Dirección

Domicilio procede del latín *domicilium* que, a su vez, tiene su origen en el término *domus* (“casa”). El concepto se utiliza para nombrar a la vivienda permanente y fija de una persona.¹²

Teléfono

Un teléfono es un aparato que permite transmitir sonidos a distancia mediante señales eléctricas.¹³

¹¹ Tomado de :Departamento nacional de planeación Gobierno de Colombia <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/aseguramiento.aspx>

¹² Tomado de: Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Definicion.de: Definición de domicilio (<https://definicion.de/domicilio/>)

¹³ Tomado de: Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Definicion.de: Definición de teléfono

Barrio

La localidad de Usaquén está dividida en nueve UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal). A su vez, estas unidades están divididas en barrios, como vemos aquí (algunas UPZ comparten barrios)¹⁴

- Paseo de Los Libertadores: Canaima, La Floresta de La Sabana y Torca.
- Verbenal: Altos de Serrezuela, Balcones de Vista Hermosa, Valorar Norte, Buenavista, Chaparral, El Codito, El Refugio de San Antonio, El Verbenal, Horizontes, La Estrellita, La Frontera, La Llanurita, Los Consuelos, Marantá, Maturín, Medellín, Mirador del Norte, Nuevo Horizonte, San Antonio Norte, Santandersito, Tibabita, Viña del Mar.
- La Uribe: Bosque de San Antonio, Conjunto Camino del Palmar, El Pite, El Redil, La Cita, La Granja Norte, La Uribe, Los Naranjos, San Juan Bosco, Urbanización Los Laureles.
- San Cristóbal Norte: Ainsuca, Altablanca, Barrancas, California, Cerro Norte, Danubio, Don Bosco, La Perla Oriental, Las Areneras, Milán (Barrancas), Pradera Norte, San Cristóbal Norte, San Cristóbal Norte parte alta, San Cristóbal Norte parte baja, Santa Teresa, Soratama, Torcoroma, Villa Nydia, Villa Oliva.
- Toberín: El Toberín, Babilonia, Darandelos, Estrella del Norte, Guanoa, Jardín Norte, La Liberia, La Pradera Norte, Las Orquídeas, Pantanito, Santa Mónica, Villa Magdala, Villas de Aranjuez, Villas del Mediterráneo, Zaragoza.
- Cedritos: Acacias, Antigua, Belmira, Bosque de Pinos, Caobos Salazar, Capri, Cedritos, Cedro Bolívar, Cedro Golf, Cedro Madeira, Cedro Narváez, Cedro Salazar, El Contador, El Rincón de Las Margaritas, La Sonora, Las Margaritas, Lisboa, Los Cedros, Los Cedros Oriental, Montearroyo, Nueva Autopista, Nuevo Country, Sierras del Moral.
- Usaquén: Bella Suiza, Bellavista, Bosque Medina, El Pañuelito, El Pedregal, Escuela de Caballería I, Escuela de Infantería, Francisco Miranda, Ginebra, La Esperanza, La Glorieta, Las Delicias del Carmen, Sagrado Corazón, San Gabriel, Santa Ana, Santa Ana Occidental, Santa Bárbara, Santa Bárbara Alta, Santa Bárbara Oriental, Unicerros, Usaquén.
- Country Club: Country Club, La Calleja, La Carolina, La Cristalina, Prados del Country, Recodo del Country, Santa Coloma, Soatama, Toledo, Torres del Country, Vergel del Country.

(<https://definicion.de/telefono/>)

¹⁴ Tomado de: Alcaldía Mayor de Bogotá/Localidad Usaquén

- Santa Bárbara: Santa Bárbara Occidental, Campo Alegre, Molinos del Norte, Multicentro, Navarra, Rincón del Chicó, San Patricio, Santa Bárbara, Santa Bárbara Central, Santa Bibiana, Santa Paula.

UPZ

Son áreas urbanas más pequeñas que las localidades y más grandes que el barrio. La función de las UPZ es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal. Son un instrumento de planificación para poder desarrollar una norma urbanística en el nivel de detalle que requiere Bogotá, debido a las grandes diferencias que existen entre unos sectores y otros. Son la escala intermedia de planificación entre los barrios y las localidades.

La planificación a esta escala, además de ser la base para la definición de la norma específica, que se concreta en la fichas normativas y decretos de cada UPZ, permite hacer una mejor inversión de los recursos, en obras realmente requeridas por la comunidad, buscando el beneficio colectivo. Vistas así, las UPZ son también el espacio propicio para la participación, la convivencia, el trabajo y el encuentro ciudadano.

Localidad Usaqué

- Numero localidad: 01
- Ubicación: Norte
- Habitantes: 418.792 Aprox.
- Extensión: 6.531 Hectáreas

La localidad de Usaqué, recibió su nombre del cacique Usaqué, es la número 1 de Bogotá y hasta 1954 fue un municipio de Cundinamarca.

Se ubica en el extremo nororiental de la ciudad y limita, al occidente con la Autopista Norte, que la separa de la localidad de Suba; al sur con la Calle 100, que la separa de la localidad de Chapinero; al norte, con los municipios de Chía y Sopó y al oriente, con el municipio de la Calera. Esta localidad está dividida en nueve UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal): Paseo Los Libertadores, Verbenal, La Uribe, San Cristóbal Norte, Toberín, Los Cedros, Usaqué, Country Club y Santa Bárbara.¹⁵

¹⁵ Tomado de: Alcaldía Mayor de Bogotá
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/upzenprocesoderevision/QueEs>

Conformación del núcleo familiar

La idea de núcleo familiar responde a una concepción moderna de la familia limitada a los vínculos de parentesco más estrechos (relaciones paternas/maternas y filiales). Las familias pueden ser de uno o varios núcleos, según el número de estos vínculos. Las personas no pertenecientes al núcleo se les clasifican como individuos aislados. Así, se consideran los siguientes tipos de núcleos.¹⁶

☐ Parejas.

☐ Parejas, con hijos o hijas sin núcleo propio constituido.

☐ Padre solo, con hijas o hijos sin núcleo propio constituido

☐ Madre sola, con hijos o hijas sin núcleo propio constituido.

Aparte de los cuatro tipos de núcleos descritos arriba hemos denominado núcleos completos a aquellos en los que permanecen los dos miembros del matrimonio o pareja, ya tengan o no hijas o hijos:

Número de hermanos

La palabra hermano es el término que empleamos en nuestro idioma para indicar a aquella persona, que respecto a otra, ostenta los mismos padres, o por lo menos la misma madre o el mismo padre.¹⁷

Posición en la que se encuentran los hermanos

Algunos expertos tienen la teoría de que el orden de nacimiento es una herramienta importante para predecir la conducta de un adulto. Y de determinar la forma de sentir y percibir al mundo.¹⁸

Horas escolares

El horario de la jornada escolar será definido por el rector o director, al comienzo de cada año lectivo, de conformidad con las normas vigentes, el proyecto educativo institucional y el plan

¹⁶ Tomado de: <http://naxio.com.ar/Hermanos-el-orden-de-nacimiento-y-la-personalidad>

¹⁷ Tomado de : <http://naxio.com.ar/Hermanos-el-orden-de-nacimiento-y-la-personalidad>

¹⁸ Tomado de : Ministerio de Educación Nacional https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103274_archivo_pdf.pdf

de estudios, y debe cumplirse durante las cuarenta (40) semanas lectivas establecidas por la Ley 115 de 1994 y fijadas por el calendario académico de la respectiva entidad territorial certificada. El horario de la jornada escolar debe permitir a los estudiantes, el cumplimiento de las siguientes intensidades horarias mínimas, semanales y anuales, de actividades pedagógicas relacionadas con las áreas obligatorias y fundamentales y con las asignaturas optativas, para cada uno de los grados de la educación básica y media, las cuales se contabilizarán en horas efectivas de sesenta (60) minutos.¹⁹

Actividades extracurriculares

Las actividades extracurriculares son programas que satisfacen dos condiciones básicas: 1) no son parte del programa curricular regular de la escuela y 2) tienen cierta estructura (no sólo para socializar pero para para tratar de realizar una misión o meta social) (Holland & Andre, 1987). Las actividades extracurriculares pueden incluir la participación en clubs, gobierno estudiantil, grupos juveniles, etc. Algunos ejemplos son: banda musical escolar, clubs 4-H, grupos juveniles de la iglesia, equipo de baloncesto, club francés, equipo de voleibol, club de karate, club de patinar, etc.²⁰

Participación en programas de prevención en salud

La promoción es una actividad en el campo social que incluye a la población como un todo, que depende de la participación del público y su objetivo es aumentar la salud, así mismo la prevención está dirigida a la población con riesgo a enfermar relacionada con los servicios de salud y cuyo objetivo es la búsqueda de la ausencia de la enfermedad.

Los servicios y programas de promoción y prevención promueven medidas de saneamiento básico y desarrollo comunitario, y priorizan el tratamiento en un sistema de servicios con varios niveles de atención según la complejidad de la enfermedad, se considera que estos programas aplicados en los países desarrollados en la actualidad son parte de un trabajo en equipo, que involucran al paciente en su entorno existiendo en estos una tendencia a la disminución de la enfermedad.²¹

Nivel educativo de los padres

El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación preescolar, la

¹⁹ Tomado de : <https://www.unce.unr.edu/publications/files/sl/other/fs9951.pdf>

²⁰ Tomado de : <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/49>

²¹ Tomado de: Ministerio de Educación Nacional <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233839.html>

educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller), y la educación superior.²²

Antecedentes médicos

Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Los antecedentes médicos personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. Asimismo, contiene información sobre los medicamentos que se toman y sobre los hábitos de salud, como régimen de alimentación y ejercicio. También se llama antecedentes personales, registro personal de salud, y RPS.²³

Medio de transporte

El termino de transporte proviene de los vocablos del latín trans, “al otro lado”, y portare, “llevar”; es un medio de traslado de personas o mercancías de un lugar a otro, y está considerado como una actividad del sector terciario. Los medios de transporte se pueden clasificar en función de cuántas personas transporten: individuales (a una sola persona) o colectivos (a muchas personas, por ejemplo: trenes y aviones). Otra función es según su propiedad, se estaría hablando de transportes privados (pertenecientes a una persona o empresa), por ejemplo, el carro familiar, o públicos (pertenecientes al Estado), ejemplo, colectivos.²⁴

Número de horas que comparte con mamá/papá

Un padre o una madre que pasa muchas horas fuera de casa cada día no se entera de lo que ocurre realmente en su hogar, es como si no conviviese con la familia. Aunque hoy en día todos pasamos mucho tiempo en el trabajo, los hijos necesitan que sus dos padres les eduquen y participen por igual en su crianza.²⁵

Cuidador tiempo contra escolar

En el 60% de las familias americanas con niños en edad escolar, ambos padres trabajan fuera de casa, dejando a sus hijos sin supervisión entre las 3:00 p.m. y las 6:00 p.m. Uno de cada cuatro niños en edad escolar se cuida a sí mismo después del horario escolar, lo que es un gran cambio desde los días en que la mayoría de las mamás trabajaban en el hogar.

²² Tomado de : <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-medicos-personales>

²³ .Tomado de: <http://conceptodefinicion.de/transporte/>

²⁴ Tomado de: <https://www.serpadres.es/familia/tiempo-libre/articulo/papa-y-mama-aliados-en-la-educacion-de-los-hijos>

²⁵ Tomado de: <https://www.greatschools.org/gk/articles/quien-cuida-de-su-nino-despues-de-las-3-p-m/?lang=es>

De hecho, la desconexión entre las restricciones como padres de familia y las horas de escuela ha traído como consecuencia un tipo especial de ansiedad: “estrés de padres después de clases.”²⁶

Atención odontológica

Es aquella atención realizada por el odontólogo que comprende procedimientos no invasivos como profilaxis, sellantes, aplicación de flúor tópico; procedimientos invasivos como recubrimiento pulpar, pulpotomía y exodoncias. La atención odontológica pertinente al infante, es la base de la salud oral, ya que un tratamiento odontológico inadecuado, realizado en la niñez, puede alterar de manera permanente el sistema estomatognático. El odontólogo que presta atención a niños en edad preescolar y escolar debe estar en capacidad de prevenir, diagnosticar, plantear un manejo adecuado y tratar integralmente las patologías bucales teniendo en cuenta que estas intervenciones se realizan durante la etapa de crecimiento y desarrollo, el objetivo de la atención será lograr estructuras bucales normales desde el punto de vista funcional y estético.²⁷

Tipo de procedimiento odontológico

La amplia gama de los tratamientos dentales indicados en pacientes pediátricos, pueden o no interferir en el comportamiento del paciente, ya que algunos procedimientos son invasivos, molestos e incluso dolorosos, desencadenando una reacción durante el procedimiento.²⁸

Se tendrán en cuenta cuatro grupos de procedimientos odontológicos:

²⁶ Tomado de: <https://www.greatschools.org/gk/articles/quien-cuida-de-su-nino-despues-de-las-3-p-m/?lang=es>

²⁷ Tomado de: ESTANDARES DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION. Ministerio de Salud.

²⁸ Clinical Affairs Committee – Restorative Dentistry Subcommittee. Guideline on Pediatric Restorative Dentistry. Review Council on Clinical Affairs. Revised, 2008.

I. *Promoción y prevención:*

La promoción en la adecuada higiene y cuidado de la salud oral, es de vital importancia para disminuir lesiones futuras en la cavidad oral; en cuanto a la prevención, busca evitar o detener el desarrollo de lesiones de caries iniciales por medio la colocación de sellantes, los cuales tienen como objetivo eliminar una zona retentiva en las fosas y fisuras de la morfología oclusal de los molares, con el fin de evitar el acumulo de placa y la riesgo de una lesión de caries; la aplicación de flúor tópico remineraliza la superficie dental desmineralizada por el pH ácido de las bacterias cariogénicas. Las aplicaciones tópicas con geles de flúor están siendo desplazadas por los barnices que tienen mayor efectividad, menos efectos adversos y mejor aceptación.

✓ *Indicaciones flúor tópico:*

En niños menores de 6 años o en pacientes que no controlen el reflejo de la deglución está indicada la aplicación de flúor en barniz, ya que no existe riesgo de intoxicación por ingesta accidental.

En pacientes con lesiones de caries iniciales (CP1/CP2) activas.

En pacientes con alto riesgo de caries evaluado por un profesional.

✓ *Indicaciones de los sellantes:*

Deben ser colocados en superficies dentales consideradas de alto riesgo o superficies que ya presentan lesiones de caries incipientes para inhibir la progresión de la lesión.

En niños pre-escolares de 2 a 6 años: Primeros molares temporales.

En niños escolares de 6 a 12 años: Primeros molares permanentes, tan pronto hayan erupcionado.

En Adolescentes de 12 a 18 años: Segundos molares permanentes y en premolares, tan pronto hayan erupcionado.

II. Operatoria y rehabilitación dental:

Se trata de un tratamiento que mejora eficiencia masticatoria, previene hábitos nocivos, anomalías del habla, mantiene el espacio en el arco de la dentición en desarrollo, congénita, elimina o mejora defectos adquiridos de las estructuras orofaciales.²⁹

Se basa de los resultados de un examen clínico que es parte de un plan de tratamiento integral. Está indicado en dientes con caries, perdidos o fracturas dentales, los diferentes tipos de tratamientos que existen en la actualidad son: Resinas, ionómeros de vidrio, amalgamas, formas plásticas o coronas de acero, prótesis removibles o totales.

Estos tratamientos pueden influir en el comportamiento del niño, ya que en algunos casos requiere anestesia local, y aislamiento absoluto.

III. Terapia pulpar:

El objetivo principal de la terapia pulpa es mantener la vitalidad dental y los tejidos de soporte sanos, en aquellos dientes afectados por caries, traumatismos u otras causas. Sin Embargo, en dientes permanentes jóvenes es necesario mantener el desarrollo radicular puesto que esta va ser la forma de retención alveolar del diente a largo plazo. El tratamiento pulpar dependerá si la pulpa es vital o no, basándose en un buen diagnóstico clínico que dependerá de los síntomas y signos referidos por el paciente, examen extra e intraoral y en hallazgos radiográficos.³⁰

El recubrimiento pulpar, es una capa ligera de hidróxido de calcio o ionómero de vidrio, posicionado en restauraciones profundas con el fin de actuar como una barrera protectora

²⁹ Clinical affairs committee – pulp therapy subcommittee - guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth, review council on clinical affairs adopted 1991 revised.1998, 2001, 2004, 2009

³⁰ Clinical affairs committee – pulp therapy subcommittee - guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth, review council on clinical affairs adopted 1991 revised.1998, 2001, 2004, 2009

entre el material restaurador y la pulpa; y tiene como objetivo conservar la vitalidad del diente, promover la cicatrización de tejido de la pulpa y la formación de dentina terciaria.

- El recubrimiento pulpar indirecto se usa en dientes con restauraciones cercanas a cámara pulpar para estimular la cicatrización y reparación. (Hidróxido de calcio, ionómero de vidrio o eugenolato de Zinc).
- Recubrimiento pulpar directo es la técnica usada en dientes donde hubo exposición mecánica de la pulpa durante la preparación de la cavidad.

✓ Indicaciones:

En dientes con restauraciones profundas y así promover la cicatrización de tejido de la pulpa.

La pulpotomía es realizada en dientes deciduos con caries profunda y al eliminarla ocurre una exposición pulpar por caries o mecánica. Donde se retira la cámara pulpar dejando vitalidad en los conductos radiculares, y obturando la cámara pulpar con hidróxido de calcio o MTA. El objetivo de este tratamiento es continuar con la vitalidad en los conductos radiculares y así obtener una reabsorción radicular normal permitiendo la erupción del nuevo diente sin complicaciones.

✓ Indicaciones:

En dientes deciduos con pulpa normal o pulpitis reversible, con exposición.

La pulpectomía es la remoción total del tejido pulpar tanto cameral como radicular. El tratamiento busca permitir la reabsorción radicular del diente deciduo y del material obturador para permitir la erupción normal del diente permanente. No debería haber ninguna reabsorción radicular patológica o lesión de furca.

✓ Indicaciones:

Dientes deciduos con pulpitis irreversible o necrosis pulpar, sin reabsorción radicular. ⁽⁵¹⁾

IV. *Cirugía oral:*

Durante este procedimiento los pacientes pediátricos pueden estar aprensivos al tratamiento, por lo cual es de vital importancia controlar el comportamiento del paciente para el éxito del procedimiento.

Se debe tener en cuenta por medio radiográfico la proximidad de las raíces del diente deciduo al germen del permanente, así como su anatomía y el grado de reabsorción radicular (rizolisis fisiológica), datos necesarios para evitar la presencia de complicaciones que puedan presentarse al momento de la extracción. Si la reabsorción radicular de la pieza temporaria a extraer es suficiente, entonces se presume que la extracción será sencilla; mientras que la extracción prematura de una pieza dental temporaria, como el caso de un molar, donde las raíces están curvadas, pueden ser limitantes durante la maniobra quirúrgica, ya que podrían agredir el germen dentario permanente durante el proceso de extracción.³¹

✓ *Indicaciones:*

Dientes temporales o permanentes con caries en furca.

Dientes temporales con diagnóstico de periodontitis apical o absceso apical

³¹ Maquera Pérez g a. exodoncia en niños. revista de actualización clínica volumen 23. la paz sep. 2012

3. Planteamiento Del Problema

La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta aproximadamente a 95% de la población mundial mayor de 5 años y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad(Higashida, 2000).

La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor prevalencia en la salud bucal a nivel mundial. En la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Afecta entre el 60 % y 90 % de la población escolar según la OMS (SALUD, 1997). La caries dental es un proceso multifactorial, que al estudiarla se pueden abordar diferentes factores de riesgo biológicos (ARIAS CASTILLO, 1997). Se pasa por alto el hecho de que la familia y en especial los padres y/o cuidadores, estrato socioeconómico, estilo de vida, cultura, forman una parte esencial de futuros programas de promoción y prevención para poder disminuir los factores de riesgo asociados en el progreso de la enfermedad y los costos de la misma.

De esta manera la salud y enfermedad oral, son resultantes de condiciones específicas como la respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, hábitos higiénicos orales, acceso a servicios odontológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas buco dentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios odontológicos, acceso y práctica a medidas de función (CALZADILLA RODRIGUEZ, 2002)

Las acciones de promoción de salud ejecutadas por los diferentes programas institucionales consisten en comunicar información como una estrategia para lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud bucal (HIGASHIDA, 2002).

Según Ferrajoli L, (1999) es necesario tener en cuenta que los condicionantes socioculturales y las múltiples interacciones que ocurren en el inicio y progresión del proceso carioso, así como los avances en el conocimiento y los cambios en las tendencias epidemiológicas de la enfermedad, requieren un análisis muy cuidadoso de todos los factores involucrados en el fomento de la salud oral y la prevención de la caries dental.

La caries dental se considerada un problema de salud pública debido a las altas prevalencias que son reportadas por la literatura, resaltando la zona de Latinoamérica, En el Perú según el Ministerio de salud (MINSA, 2005), se puede evidenciar que presenta una prevalencia del 90% de caries dental en la población escolar; En cuanto México según Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales (SIVEPAB, 2004), en niños de 2, 3, 4 y 5 años de edad el índice ceo-d encontrado fue de 2.4, 3.8, 4.3 y 4.7 respectivamente. Igualmente en niños de 6, 8, 10 y 12 años fue encontrado un índice CPO-D de 0.1, 1.0, 1.6 y 3.0, respectivamente; En cuanto a Chile, existen según el Ministerio de Salud (CHILE, 2007), el índice ceo-d en niños de 4 años es

de 2.32; en niños de 6 años es de 3.71; y en niños de 12 años el índice CPO-D es de 1.9; En Paraguay, según una Encuesta Nacional sobre Salud Oral (ORAL, 2008), que la prevalencia e incidencia en los escolares fue un Índice ceo-d en niños de 6 años de 5.6 y el índice CPO-D en niños de 12 años fue de 2.9; En Brasil, según (BRAZIL, 2006) niños de 5 años presentaban un índice ceo-d de 2.3 y los niños de 12 años un CPO-D de 2.1, En Venezuela para el año 2010, la prevalencia de caries dental en niños de 5 a 12 años de edad es de 80,5%; En Ecuador la prevalencia de caries dental correspondiente a junio del 2014, en niños de 3 a 11 años de edad es de 62,39%. (LATINOAMERICANA, 2014).

En Colombia se han realizado en diferentes zonas geográficas del país estudios relacionados con caries dental, con el fin de establecer su prevalencia, así como los factores asociados a su presencia, el ENSAB IV el cual hace parte del sistema nacional de encuestas; es un estudio que representa para el país un gran aporte para la investigación en salud pública, los resultados evidencian que la experiencia de caries se ha incrementado en todos los grupos de edad. El sistema nacional de salud bucal (ENSAB IV) como instrumento de diagnóstico muestra algunas distinciones sobre las condiciones de la salud oral en la población colombiana, a partir de las cuales es posible generar programas y estrategias que ayuden a proporcionar condiciones óptimas de salud oral en el país desde edades tempranas.

Según el ENSAB IV 2013-2014 los niños en las edades de 5 a 12 años presenta un 60,48% de experiencia de caries y un 92,06% presenta experiencia modificada COP; Donde el principal componente para la determinación social de la salud según el sistema nacional de salud bucal ENSAB IV, es el estrato social, vista desde las actividades laborales, económicas y sociales influyendo sobre las condiciones de vida, de la salud general y la salud oral de los escolares.

Es de gran importancia resaltar que el ámbito de la salud relacionado con la familia se ve estrictamente asociados, ya que a partir de diversos estudios se ha comenzado evidenciar la marcada influencia que ésta ejerce en el proceso salud-enfermedad y en la literatura se demuestran en investigaciones la importancia del funcionamiento familiar en las diversas manifestaciones de este proceso (Fisher & Ranson, 1995; Florenzano, 1994). Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud. (Hortwitz, 1986)

Los cambios en la estructura familiar tales como aumento de los hogares Monoparentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral, Están volviendo más vulnerable un importante núcleo protector del niño. Lo Anterior aparece como relevante, porque en el desarrollo del niño, el contexto Social en que se desenvuelve familia y escuela son los contextos más Influyentes.

La clasificación demográfica tradicional que divide las familias en nucleares y Extensas no tiene

en la actualidad utilidad alguna, ya que esta última organización Grupal familiar que conformaba el patrón hegemónico en los comienzos de siglo ha quedado limitada en la actualidad a los países del tercer mundo y es excepcional en el mundo occidental desarrollado, quedando en éste limitado a zonas rurales o marginales del medio urbano o en lugares donde predomina una determinada etnia (negra, gitana, etc.). (WEINREICH, 1990)

Se estudia una nueva clasificación que tenga en cuenta no sólo el número de las Distintas generaciones que la forman sino también variables como la presencia de Otras personas, parientes o no, en el seno familiar, el número de hijos, las familias de divorciados, las monoparentales etc. Una clasificación que tenga en consideración estos hechos permitirá estudiar más fácilmente las relaciones entre el tipo de familia y su proceso de salud-enfermedad, su capacidad para obtener recursos ante las crisis familiares e incluso conocer su comportamiento en la utilización de los servicios sanitarios. Esta clasificación tienen en cuenta los factores demográficos relacionados con la función y los recursos familiares, atendiendo a los siguientes parámetros: presencia o ausencia de otros familiares (generalmente los padres) en la misma localidad o en el mismo barrio, número de hijos (familias numerosas), familias ampliadas con parientes o agregados y familias nucleares de divorciados (binucleares). (GUITIERREZ, 1990)

Familia extensa. Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, pues Conviven en un mismo hogar más de dos generaciones.

Familia nuclear. Es la formada por dos individuos de distinto sexo que ejercen el Papel de padres y por sus hijos. Según determinadas peculiaridades se subdivide en:

- ✓ Familia nuclear con parientes próximos: Se refiere a aquella familia que tiene en la misma localidad a otros miembros familiares, fundamentalmente la madre de uno de los conyugues.
- ✓ Familia nuclear sin parientes próximos: Cuando no tiene familia en su misma localidad.
- ✓ Familia nuclear numerosa: Es la que está formada por los padres y más de cuatro hijos.
- ✓ Familia nuclear ampliada: Recibe esta denominación cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser: Parientes (abuelo, tío, etc.).
- ✓ Agregados (personas sin vínculo consanguíneo, servicio doméstico, huéspedes).

Familia binuclear: Se clasifican así cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distinto progenitor.

Familia monoparental. Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

Persona sin familia. Se incluye en este no sólo el adulto soltero, sino también el divorciado o el

viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de este modo, sin que impliquen un rechazo a la vida familiar.

Equivalentes familiares. Se trata de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, etc.

Cuando la familia tiene un niño(a) en edad escolar empieza a enfrentar cierto grado de tensión interna debido a que los padres ven confrontados sus argumentos por estos niños quienes han adquirido mayor educación y han estado expuestos a diversas experiencias fuera del seno familiar, con sus compañeros de vecindario, amigos del colegio y red social en general. En esta etapa de la familia con personas en edad escolar deben conjugarse apropiadamente los aspectos que permiten la socialización del niño al igual que establecen los límites para crearle disciplina. (ARIAS CASTILLO, 1996).

Actualmente los padres tienen mayor desplazamiento por actividades fuera del hogar: esto genera que los niños en edad escolar permanezcan durante más tiempo con cuidadores adultos o en muchos casos con otros niños. Si estos niños viven con sus dos padres y éstos trabajan, es esencial establecer buena comunicación con estos menores y brindarles elementos que les permitan entender estas actividades externas que se realizan para el mantenimiento de las condiciones básicas de vida, como una acción cooperativa y de crecimiento para toda la familia, más que como una de privación de la presencia física de los padres, especialmente de la madre quien hasta unos años, normalmente permanecía en el hogar. (ARIAS CASTILLO, 1996). Algunas familias con niños en edad escolar que simultáneamente presentan dificultades en la comunicación e interacción a nivel de la pareja o subsistema conyugal, colocan al niño como foco de cuidado y empiezan a demandar consultas frecuentes con el personal de salud, ya sea por problemas biomédicos o por otras demandas no fácilmente comprobables como trastornos del sueño, del apetito, o dolores inespecíficos. (COLOMBIA, 2000).

El rol del equipo de salud esta estrecha vinculación con la familia en la supervisión del crecimiento y desarrollo de los niños, y la aplicación de pautas o guías anticipatorias es fundamental para el fomento de la salud infantil, la prevención de riesgos específicos y la mejor expresión de su potencial genético. (ARIAS CASTILLO, Enfoque integral del escolar. medicina familiar en la practica, 1996). El desarrollo de programas de intervención que contribuyan a mejorar la salud familiar, puede constituirse, así en el factor que produzca la diferencia entre los progresos cuantitativos en la salud materno infantil y la real salud con sus componentes cualitativos.

Factores de riesgos generales para la caries dental
1. Aspectos Socioeconómicos: Calidad de Vida (vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial) y a la familia.

2. Aspectos Culturales: Escolaridad, hábitos, creencias y costumbres, experiencias odontológicas previas, historia a la consulta odontológica.
--

Tabla 1. Factores riesgo generales de Caries Dental

Fuente: Calzadilla R. y Col. La familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. En: Revista Cubana estomatológica. Sep.-Dic 2001, vol. 38 no 3, p. 165-169.

La salud bucal de los niños se inicia desde el hogar (HIGASHIDA, 2000) (ROMERO). Los padres juegan un papel fundamental en el éxito de la misma. Se han relacionado los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres con el estado de salud bucal de sus hijos. Pero estas variables también están directamente relacionadas con el nivel de escolaridad de los mismos y su estrato socioeconómico. (PEREZ OLIVARES, 2002).

También en Colombia, en la ciudad de Medellín, (FRANCO, 2004) encontró en un estudio con 365 niños menores de 6 años que el nivel educativo de las mujeres mostró diferencias significativas entre los estratos socioeconómicos, mientras que en el estrato Medio alto, el 74.7% de las madres tenían educación superior, en el estrato Bajo este porcentaje es sólo del 11.7%($p < 0.05$). El 42% de las madres del Medio Alto y el 50% del Bajo afirman no haber recibido información sobre el cuidado bucal de sus hijos y también se encontró relación entre la caries dental con los estratos socioeconómicos medio alto (48.4%) y bajos (58.3%) basando su diagnóstico en los criterios de Pitts y Fife, notando que se encuentra más prevalente en estrato socioeconómico bajo. Se encontró caries dental desde el primer año de edad, en ambos estratos.

El hecho de tener empleo o no también se ha relacionado con la caries dental en Niños (OLIVARES, 2002), también en su estudio encontró en los niños cuyos padres no tenían un trabajo estable que la severidad de caries fue mayor (18,7 %) que en los que sí tenían trabajo seguro (16,3 %). Además, tengamos en cuenta que el empleo trae consigo una seguridad social estable y acceso a los servicios de la salud factores protectores para la misma. (BUSTAMANTE, 1997).

A lo anterior le podemos agregar que actualmente por nuestra situación económica ambos padres tienen la necesidad de abandonar el hogar para ir a trabajar, sobre todo la mujer que ha dejado a un lado su rol de madre y esposa para también ser profesional. Esto trae en algunos casos consecuencias en el estado de salud de los niños y especial en el estado de salud bucal (FRANCO, 2004), encontró en su estudio un porcentaje de mujeres del estrato Medio Alto y del estrato B (66.9% y 62.8% respectivamente) que trabajaban por fuera de la casa, un promedio de 8 horas diarias; esto significa que el cuidado del niño, por lo menos durante el tiempo que ellas están ausentes corre por cuenta de otras personas (CAMARGO, 1998). En Medellín en un estudio con 241 Preescolares de 4 jardines infantiles, describieron la delegación de la Responsabilidad del niño y de su salud bucal a la abuela o la empleada, por el trabajo de la

madre, ya que estas pasan más de 4 horas fuera de la casa, lo cual hace necesario incluirlas en los programas de promoción y prevención en salud bucal. (BUSTAMANTE, 1997).

La estructura y la funcionalidad familiar también se han relacionado con la prevalencia de caries dental. Familias nucleares y funcionales permiten mejores estado de salud de sus integrantes que aquellas con padres separados, familias reconstituidas y disfuncionales. En muchas investigaciones se encontraron evidencias al respecto. La familia, y en especial los padres juegan un papel importante en la salud bucal de sus hijos. En un estudio realizado en Grecia (PAU, 2007), sobre la estructura familiar asociado al dolor dental en adolescentes de 12 años de edad se encontró que aquellos adolescentes que vivían con un solo padre presentaron más dolor dental que aquellos que vivían con ambos padres relacionando de esta forma la prevalencia de caries dental con la estructura familiar (Prevalencia de dolor dental del 37,4%) (HIGASHIDA, 2000) . (GONZALEZ, 2007). En Venezuela, en el municipio de Zamora estado Falcón, en una propuesta de clasificación biopsicosocial en atención primaria en salud de escolares de alto riesgo encontraron que el 21,95 por ciento de escolares perciben disfunción familiar leve asociado con caries dental en un 75,6% de estos niños. Con el APGAR, instrumento de salud familiar se midió la funcionalidad familiar. (OVIOL & PARRAGA C, 2005).

El número de hijos en un hogar y sus condiciones de vivienda y de salud también se encontraría relacionado con la presencia o no de caries dental. (PEREZ OLIVARES S. A., 2002) también encontró que aquellos niños cuyas madres tenían de 1 a 4 hijos, el 16,2% presentó lesiones severas, porcentaje que se incrementó en aquellos niños cuyas madres tenían más de 4 hijos (20,6 %). Estos niños pertenecen a familias con el mayor número de hijos y padres sin empleo estable, lo que dificulta el acceso a la atención dental, normalmente de muy alto costo si no se dispone de un servicio asistencial brindado por alguna institución. (BUSTAMANTE, 1997)

A nivel Local, en la Costa Atlántica según el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1999 se reportó una prevalencia del 55.6% y una historia de caries del 60.1%⁹⁹. En Cartagena, (GONZALEZ F. e., 2007), estudiaron 65 niños entre 5 y 6 años de cinco escuelas comunitarias del Instituto de Bienestar familiar encontrándose dientes cariados en el 51.6% y la historia de la enfermedad se presentó en el 99.8% sugiriéndose entonces la interacción multivariada de algunos de los factores de riesgo para producir la caries. Se relacionó la caries dental con el estrato socioeconómico de las familias, el nivel educativo de los padres, la estructura familiar y la frecuencia en la asistencia a la consulta odontológica. En lo que se refiere a los factores sociales, el estrato 1 se presentó en 0.35, el bajo nivel educativo y la poca asistencia a charlas educativas en higiene oral por parte de los Padres se encontró con 0.34 y 0.35 respectivamente, los niños en hogares con padres separados en 0.71, y la ninguna asistencia a consulta odontológica en el último año encuestado se observó en 0.48.

Para el desarrollo de la pregunta de investigación se debe hablar acerca de validación de un instrumento que lo define (Sepúlveda P, 10/2013), la validación es el instrumento que puede

Llegar a medir lo que se está buscando medir, es decir se quiere lograr buscar un resultado que sea real y no real frente a otro factor, la validez del instrumento puede ser medida en cuatro diferentes tipos, ya sea la mejor que se ajuste a cada variable que se necesite, la primera de ellas hace referencia a una Validez de Apariencia, donde se necesita la evaluación del instrumento por un grupo de jueces que deciden si el instrumento realmente mide las cualidades deseadas; otra de ellas es la Validez de Contenido, es el grado en que las preguntas constituyen una muestra de conductas que la prueba quiere evaluar; también se encuentra la Validez de Criterio, que hace referencia a la correlación de la escala con otra prueba que mida lo mismo, por consiguiente esta se puede dividir en dos, la Validez Concurrente y la Validez Predictiva, que es la relación del resultado del Nuevo instrumento con un resultado del futuro instrumento que se quiere evaluar ; por ultima está la Validez de Constructo esta se trata de que no hay un instrumento anterior con el cual comparar un nuevo instrumento, con estos tipos de instrumentos de validación se evalúa el tipo de validez y se crea el instrumento para sea necesario y quede ajustado para dicha validación a partir de la teoría.

Hay diferentes tipos de instrumento, la encuesta es uno de ellos que sirve como instrumentos que aportan en la investigación científica para valorar diversos aspectos en una población y se consideran métodos cuantitativos ya que estas encuestas pueden lograr medir cualidades tanto objetivas como subjetivas de la población; generalmente se realiza con el objetivo de medir algo.

Para poder llegar a la construcción de una encuesta se debe tener en cuenta ciertos criterios, como lo son emplear palabras simples y conocidas por el encuestado, las preguntas deben ser claras y específicas, se debe evitar realizar preguntas que induzcan a respuestas, se deben evitar preguntas que presenten contenido personal o que puedan llegar a generar un efecto negativo en el autoestima de la persona, las preguntas deben ser teóricamente justificables y con validez de contenido, debe estar basado en datos generados por los propios pacientes, ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores, las preguntas pueden ser abiertas o cerradas de acuerdo al tipo de información que se quiera obtener.

Teniendo en cuenta que la Universidad El Bosque viene realizando intervención en diferentes instituciones educativas de la localidad de Usaquén y que esta intervención se viene desarrollando desde la creación de la Facultad de Odontología, toda vez que en ese momento se estableció el Área Comunitaria como el eje a través del cual se integra a la práctica, los conocimientos adquiridos en las Áreas Bioclínica y Psicosocial teniendo en cuenta las características propias de la colectividad, concibiéndose de esta forma el Área Comunitaria como el canal por el cual la Facultad de Odontología se proyecta a la comunidad , así como la integración al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los servicios de la Red

Pública de la Secretaría Distrital de Salud y de diferentes Instituciones Prestadoras de Salud privadas de la ciudad. Se hace necesario unificar un solo instrumento que pueda aplicarse en todas las instituciones educativas donde se interviene desde el área comunitaria que permita la caracterización de la población perteneciente a la primera infancia, así como identificar no solo la prevalencia de las principales patologías orales que afectan esta población, sino también los factores sociodemográficos que influyan.

MATRIZ DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE SEGÚN LA FUNCIÓN QUE CUMPLE EN LA INVESTIGACIÓN	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	“Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales”	Edad en años cumplidos respecto el registro de nacimiento.	Independiente	Cuantitativa	*Preescolar: 2-5 años *Niño: 6-12 años *Adolescente: 13-18 años
Genero	Sexo al cual pertenece el usuario.	Diferencia entre hombre o mujer según registro civil	independiente	cualitativa	1. Masculino 2. Femenino
Nivel escolaridad	Año cursado actualmente.	Curso que se encuentra.	Independiente	Cualitativa	Transición Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto
Aseguradora	EPS a la cual se		independiente	cualitativa	Cafesalud

	encuentra el usuario.		e		Caprecom Capresoca Colmedica Compensar Convida ARS Coomeva Famisanar Sanitas Otra
Sisbén	Nivel de la encuesta a la cual pertenece el usuario		independiente	cualitativa	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3
Frecuencia de uso de servicio	Si el servicio le ha sido prestado por primera vez.			cualitativa	SI NO
Accesibilidad	Facilidad solicitar el servicio			Cualitativa	SI NO
Régimen de afiliación	Es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros.	Seguridad social en salud	independiente	cualitativa	a. Contributivo b. Subsidiado c. Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidad es públicas, magisterio) d. No se encuentra afiliado
Procedimiento odontológico	Dados por el odontólogo para realizar	Procedimientos realizados por	Independiente	Cualitativo	*Promoción y prevención. *Operatoria y

	actividades, de manera continua u ocasional, con instrumental específico. Realizando procedimientos de rutina.	estudiantes de la universidad el Bosque de VII y VIII semestre en clínica de crecimiento y desarrollo.			rehabilitación dental. *Terapia pulpar. *Cirugía oral.
Caries	Proporción de niños que presenten el componente de caries COP mayor o igual a 1.	-Ausencia de caries dental. -Presencia de caries dental	Dependiente	cuantitativa	0: sano 1: opacidad blanca en superficie seca o café, confinada en la fisura. 2: opacidad blanca en superficie húmeda o café, extendida en la fisura. 3: micro cavidad 4: sombra gris en dentina subyacente 5: cavidad detectable con paredes en esmalte y piso en dentina. 6: cavidad extensa con paredes y piso e dentina.
Composición familiar	-numero miembros de la familia.	: Número de miembros que conviven bajo el mismo	independiente	cuantitativa	-2,3,4 o más de 4

	-número de hijos en la familia	techo. : Número de hijos que viven bajo el mismo techo.			-1, 2,3,4 o más de 4
Tipo de familia	Clasificación de la estructura familiar de acuerdo al parentesco.		independiente	cualitativa	Familia extensa Nuclear Nuclear amplia Binuclear monoparental
Cuidador del niño	Persona encargada económicamente.	Persona encargada pensión económica del niño.	independiente	cualitativa	Padre, madre, ambos, abuelos, tíos, otros. Padre, madre, otros familiares, niñera, empleada, amigos, institución comunitaria
	Cuidador en casa del niño	Persona que permanece con el menor en casa.			
Horario laboral de los padres	Cantidad de horas desempeñadas en su lugar de trabajo	# horas trabajo	Independiente	Cuantitativo	4 horas, 8 horas, 12 horas, no trabaja.
Estado civil de los padres	Condición de cada persona con respecto a los derechos y obligaciones civiles.	Estado de los padres en el núcleo familiar.	Independiente	Cualitativo	Casado Soltero Separado Unión libre Divorciado viudo
Nivel escolaridad padres	Último año cursado o aprobado.	Curso aplicado por la persona.	Independiente	Cualitativo	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico

					universitario
Características de vivienda	Tenencia de la vivienda.	Característica propiedad.	independiente	Cualitativa	Propia, arrendada, familiar.
	Tipo de vivienda	Característica física.		Cualitativa	Casa, apartamento, habitación.
	# Miembros en un mismo cuarto.	# Máximo duermen mismo cuarto.		cuantitativa	1,2,3,4 o más de 4

Tabla 2. Matriz de variables

4. Justificación

El diseño e implementación del instrumento en las áreas comunitarias abordadas en la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque nos permitirá identificar las variables sociodemográficas que están relacionadas con la presencia de caries en los niños y niñas de la localidad de Usaquén, lo cual se espera tener un impacto positivo en la calidad del servicio ofrecido. Este trabajo de Grado permitirá obtener información útil para la toma de decisiones y logrará sensibilizar al personal asistencial que se encuentra en las áreas comunitarias sobre la importancia de dichos factores y así lograr la aplicación del instrumentó como herramienta para ofrecer una mejor prestación del servicio en cuanto a promoción y prevención de la salud oral en cada una de las diferentes instituciones abordadas desde el área comunitaria.

5. Objetivos

6.1. Objetivo general

- ✓ Elaboración y validación de instrumentos para la caracterización de la población abordada en el área de comunitaria.

6.2. Objetivos específicos

- Revisión de la literatura para identificar los factores sociodemográficos relacionados con la presencia de principales patologías orales de la población perteneciente a primera infancia, en los sitios de rotación del área Comunitaria.
- Diseño de un instrumento unificado y aplicable en todas las instituciones abordadas por el área comunitaria que permita la caracterización de las principales patologías orales presentes en la población primera infancia.
- Diseño de un instrumento unificado y aplicable en todas las instituciones abordadas por el área comunitaria que permita la caracterización de factores sociodemográficos que influyen en la presencia de patologías orales presentes en la población primera infancia.
- Validación de contenido y apariencia del instrumento por expertos en el tema.

7. Metodología Del Proyecto

7.1 Tipo de estudio.

Descriptivo Validación de instrumento

7.1. Población y muestra.

En esta fase no se realizará intervención poblacional, sin embargo se realizará prueba piloto en la que participarán mínimo 30 personas con las características de la población objeto del estudio descrito a continuación.

Población de referencia: Población infantil de la localidad Usaquén Bogotá.

Población de estudio: Niños y niñas entre los 3 y los 10 años de edad, escolarizados en Instituciones Educativas Distritales y Jardines de la localidad Usaquén.

Tamaño de muestra: No aplica. Dado que se realizará en esta primera fase el proceso de validación del instrumento no se calculara tamaño de muestra de manera probabilística. Sin embargo es de aclarar que para la realización de la prueba aproximadamente se requiere la participación de 20 o 30 personas en las condiciones de la población objeto

7.2.1. Criterios de selección.

- *Criterios de inclusión:*
 - Estratos socioeconómicos 1, 2 y 3
 - Vivir en la localidad de Usaquén
 - Asistir a jardines o IED de la localidad de Usaquén

- *Criterios de exclusión:*
 - No contar con consentimiento informado y asentamiento informado
 - Estar participando en otro estudio relacionado con identificación de factores sociodemográficos que influyen en presencia de caries dental.

7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información.

METODOLOGIA

Fase inicial de Gestión y alistamiento

1. *Gestión*: Se realizará gestión para la realización del proyecto de investigación en los jardines e IED de la localidad. Esta etapa se llevará a cabo con las directivas de la institución.

2. *Socialización del proyecto*: Se realizará presentación en PowerPoint a directivas relacionada con la población a caracterizar, dicho proceso se realizará con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación y el beneficio del análisis de resultados para la población infantil y en general para la formulación de nuevos proyectos de intervención en la prevención y manejo de las principales patologías orales de la primera infancia incluyendo el abordaje de factores sociodemográficos.

3. *Consentimiento informado*: Se dará a conocer a los padres de familia el formato de consentimiento informado el cual incluye nombre del proyecto, objetivos y las ventajas que se pueden generar para los y las estudiantes al identificar los factores de riesgo sociodemográficos más relacionados con la presencia de caries y patologías orales prevalentes en la infancia.

Es de resaltar que el proyecto y el formato de consentimiento informado estarán previamente aprobado por el comité de ética de la Universidad El Bosque.

Instrumento caracterización clínica:

1. Revisión del tema patologías orales prevalentes en la infancia, con el fin de identificar las variables a contemplar dentro del instrumento.

2. Validación de contenido y apariencia con jueces expertos en el tema

3. Prueba piloto.

Instrumento caracterización sociodemográfica:

1. Revisión del tema factores sociodemográficos asociados a presencia de caries y otras patologías prevalentes de la infancia, con el fin de identificar las variables a contemplar dentro del instrumento.

2. Diseño de preguntas que se utilizaran en grupo focal con (docentes área comunitaria, docentes IED y Jardines, y padres de familia).
3. Revisión de las preguntas por parte de jueces expertos en el tema.
4. Realización de grupos focales a docentes área comunitaria, docentes IED y Jardines, y padres de familia.
5. Diseño de instrumento caracterización factores sociodemográficos asociados a presencia de patologías orales prevalentes en la infancia.
6. Validación de contenido apariencia y constructo del instrumento
7. Prueba Piloto

7.4. Plan de tabulación y análisis

- ✓ Para la validación de constructo se realizará a través de pruebas estadísticas, tales como análisis factorial que determina si las preguntas construidas miden el factor que pretende medir. Las preguntas que miden adecuadamente cada componente debe tener un valor de prueba >0.5 .
- ✓ Teniendo en cuenta que se realizará una prueba piloto, se presentaran los resultados de manera descriptiva, a través de tablas de caracterización demográfica presentando datos de frecuencia y porcentaje.
- ✓ Se realizará análisis Atlas ti de la información recolectada en grupos focales y prueba piloto.

8. Consideraciones éticas

Este proyecto si requiere aprobación de comité de ética puesto que se realizaran grupos focales, y se trabajará bajo la siguientes normatividad: resolución 008430 de octubre 4 de 1993 ya que esta establece las normas científicas, técnicas y administrativas para investigación en salud; ya que se tomará en cuenta las opiniones de los docentes del área comunitaria mediante entrevista de la opinión de la formación del instrumento.

Otra ley estatutaria que rige es la ley 1266 Habeas Data cuyo objeto desarrolla el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se halla recogido sobre ellas en bancos de datos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionadas con la recolección de tratamientos y circulación de datos personales.

Igualmente se pretende cumplir (Titulo II, capitulo 1) Art.5 En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Art. 8 En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran.

Dar cumplimiento a los artículos 14, 15 y 16 (título II, capítulo 1) y 23, 24, 25 y 26 (Titulo II, capítulo 3), se incluirán menores de edad, cuyos padres o responsable autorice mediante firma de consentimiento informado, luego de haber recibido (padres y menores) informados verbal y escrita clara y precisa de las condiciones del estudio.

9. Resultados.

9.1. Fase descriptiva

De acuerdo a la aplicación de las encuestas que fueron enviadas por vía email a los diferentes docentes participantes dentro del grupo focal escogidos pertenecientes al área de comunitaria de la facultad de Odontología de la Universidad el Bosque, donde ellos sugirieron algunas modificaciones de diferentes preguntas expuestas en la encuesta para la validación de este instrumento donde fueron analizadas según si eran pertinentes, suficientes, coherentes, relevantes, que tuvieran una sintaxis, semánticas y las observaciones que posterior tuvieron que hacerle a cada pregunta, realizando una calificación según el formato de evaluación para este instrumento.

9.2. Fase analítica.

SECCION I: DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Pregunta 1: **Nombre** no se realiza ningún ajuste y obtuvo puntuación que se conserva de un 90%

Se sugirió por parte de los jueces expertos agregarla **Identificación** del estudiante en el instrumento ya que no se había colocado.

Pregunta 2: **Apellido** no se realiza ningún ajuste y obtuvo puntuación que se conserva de un 90%

Pregunta 3: **Edad** no se realiza ningún ajuste y obtuvo puntuación que se conserva de un 90%

Pregunta 4: **Sexo** no se realiza ningún ajuste y obtuvo puntuación que se conserva de un 90%

Pregunta 5: **Dirección** se realiza ajuste de la pregunta ya que solo aparece dirección y se sugirió por parte de los jueces expertos colocar **Dirección de residencia**, obtuvo puntuación que se conserva de un 90%.

Pregunta 6: **Teléfono** se realiza ajuste de la pregunta ya que solo aparece Teléfono y se sugirió por parte de los jueces expertos colocar **teléfono celular o de la casa de residencia**, obtuvo puntuación que se conserva de un 90%.

Pregunta 7: **Barrio** se realiza ajuste de la pregunta ya que solo aparece Barrio y se sugirió por parte de los jueces expertos colocar **Barrio de residencia**, obtuvo puntuación que se conserva de un 90%.

Pregunta 8: **UPZ** se desecha esta pregunta ya que obtuvo un puntaje entre 0 y 3.0 y no era

factible colocarla ya que muchas personas no podrían saber que era la UPZ.

Pregunta 9: **Localidad** no se realizan modificaciones obtuvo un puntaje entre 90%

Pregunta 10: **Institución educativa** no se realizan modificaciones obtuvo un puntaje entre 90%.

Pregunta 11: **Grado que cursa** no se realiza modificación a la pregunta obtuvo un puntaje entre 90%.

Pregunta 12: **Horas escolares que realiza el estudiante diariamente**, se realiza modificación a la pregunta por sugerencia de los jueces expertos **Número de horas que el niño permanece en la institución educativa**. Obtuvo un puntaje entre 90%.

Pregunta 13: **Actividades extracurriculares** se realiza modificación por que el término extracurricular puede que no sea claro para los cuidadores. Se modifica por **Actividades que realiza fuera del tiempo del colegio**. Y además se debe incluir la pregunta: ¿Qué actividades realiza en horas diferentes a las del colegio?

Pregunta 14: **Transporte para llegar al colegio** se sugiere replantear esta pregunta ya que este instrumento va a hacer aplicado también a fundaciones donde no necesitan de medio de transporte. **Lo cual se sugiere colocar la opción de No aplica para Fundaciones**.

SECCION II: CARACTERIZACION SOCIO FAMILIAR

Pregunta 1: **Conformación grupo familiar** no se realizan ajustes obtuvo un puntaje entre 90%.

Pregunta 2: **Número de hermanos** se realiza ajuste a la pregunta quedando como **¿Numero de hermanos que tiene?** Puntaje entre 80%.

Pregunta 3: **Posición en la que se encuentra de los hermanos**, se realiza ajuste de la pregunta **¿Posición en la que se encuentra entre los hermanos?**

Pregunta 4: Nivel **Educativo** se ajusta a **Nivel educativo de los cuidadores?**

Pregunta 5: **Número de horas que comparto con mamá** se ajusta **¿Número de horas que la madre comparte con el niño? y se coloca la opción “entre” dos y cuatro horas**.

Pregunta 6: **Número de horas que comparto con Papá** se ajusta **¿Número de horas que el padre comparte con el niño? y se coloca la opción “entre” dos y cuatro horas**.

Pregunta 7: **Cuidador del niño tiempo contra escolar** se ajusta **¿Quién Cuidada al niño en el tiempo que no está en la Institución educativa?**

SECCIÓN III: CARACTERIZACIÓN DE ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES Y FAMILIARES

Pregunta 1: **Antecedentes médicos familiares?** Solo se reajusta opciones de respuesta como son las **condiciones de discapacidad visual, auditiva y cognitiva** ya que no se mencionaban en la pregunta.

Pregunta 2: **Antecedentes médicos personales?** solo se reajusta opciones de respuesta como son las condiciones de discapacidad visual, auditiva y cognitiva ya que no se mencionaban en la pregunta.

Pregunta 3: **Hospitalizaciones del niño?** No se realiza ajustes

Pregunta 4: **Cuenta con facilidad asistir al servicio en salud** se ajusta la pregunta ya que se encontraba mal redactada **¿Cuenta con facilidad de asistir al servicio en salud?**

Pregunta 5: **El niño toma Medicamentos Frecuentes?** se realiza el ajuste de la pregunta, ¿El niño toma con frecuencia algún medicamento?.

Pregunta 6: **El niño presenta Alergias o es alérgico algún medicamento?** se realiza ajuste de redacción, **El niño presenta alergias o es alérgico a algún medicamento?**

Pregunta 7: **El niño ha presentado Intoxicaciones?** Obtuvo un puntaje entre 90%

SECCIÓN IV: SERVICIOS DE SALUD

Pregunta 1: **Entidad aseguradora en salud**, se realizan ajustes donde se incluirá empresas del régimen subsidiado y contributivo o especial. Las ARS ahora son EPS-s. Caprecom y Cafesalud ya no existen. Por eso se realizara el ajuste y se ajustara la Entidad Promotora de Salud (EPS).

Pregunta 2: **Tipo de aseguramiento en salud**, se ajusta ya que el régimen especial incluye: magisterio, policía, fueras militares y Ecopetrol.

SECCIÓN V: PRÁCTICAS EN SALUD ORAL

Pregunta 1: **¿Número de veces que se cepilla al día, se ajusta la pregunta, Número de veces que el Niño se cepilla los dientes al día?** Y como respuestas se incluirán más de 3 veces y algunas veces en la semana.

Pregunta 2: **¿Uso de crema dental con flúor se ajusta pregunta, El niño usa Crema dental con Flúor?**

Pregunta 3: **Uso seda dental** se ajusta **El niño usa seda dental y con qué frecuencia lo hace?**

Pregunta 4: **Quién lo acompaña al momento del cepillado** se ajusta **¿Quien realiza apoyo en el**

momento del cepillado del niño?

Pregunta 5: **Con qué frecuencia se hace el cepillado**, se desecha ya que la pregunta ya se había realizado anteriormente en la primera pregunta.

Pregunta 6: **El niño presenta algún habito?** Se realiza ajuste **¿El niño presenta alguno de los siguientes hábitos?** Se realiza la corrección de Onicofagia, y se coloca se muerde o come uñas.... ¿Ya que si lo va a contestar solo el padre no sabría que es este término, rechinar los dientes u otro?

Pregunta 7: **Antecedentes odontológicos del niño?** Se ajusta las opciones de respuesta incluyendo trauma y se corrige como respuesta absceso dental ya que estaba como abscesos dental.

Pregunta 8: **Última visita al Odontólogo** se ajusta la opción de respuesta incluyendo la opción Nunca y se corrige la opción de 1 años por 1 año

Pregunta 9: **Procedimientos que le han realizado.** Se ajusta la pregunta. ¿Procedimientos odontológicos que le han realizado?, y se ajustan **respuestas como operatoria-calzas, terapia pulpar-tratamiento de conducto.**

Pregunta 10 **¿Ha Participación en programas de prevención en salud oral**, se ajusta la pregunta, **El niño ha participado en programas de prevención en salud oral?** Y se colocan opciones de respuesta como flúor, sellantes, instrucción en higiene oral.

Pregunta 11: **¿Experiencia Odontológica se ajusta, ¿En la atención odontológica, la experiencia ha sido?**

SECCIÓN VI: VALORACION CLINICA

Pregunta 1: Índice C E O no se realizan ajustes.

Pregunta 2: Índice De Placa Visible Modificado no se realizan ajustes

Se adiciona una pregunta:

Pregunta 3: Índice O'leary para observar la calidad de la higiene oral.

10. Discusión.

La familia definitivamente juega un papel muy importante en el desarrollo biopsicosocial de los niños, por tal motivo la intervención que se realiza desde el área comunitaria en la Universidad El Bosque se constituye en un espacio pertinente para la exploración de factores relacionados con la recurrencia de caries y las dinámicas familiares que pueden influir en la presencia o no de esta patología oral.

Por lo anterior el presente estudio se considera pertinente, teniendo en cuenta que desde el área comunitaria se abordan diferentes grupos poblacionales en colegios, jardines y fundaciones y estandarizar un solo instrumento para la caracterización de dicha población, se hace fundamental, toda vez que permitirá evaluar de manera unificada los diferentes grupos, y a futuro plantear estrategias de intervención que le aporten a la realidad clínica y social.

Dado que no se cuenta con estudios previos al respecto, no es posible comparar el proceso de validación de este instrumento con otros, sin embargo se resalta las siguientes preguntas que desarrollara y estudiara la validación de un instrumento de caracterización sociodemográfica abordada en un segmento de la población de niños y sus familias abordados en diferentes instituciones que se manejan en el área comunitaria, se indagara dinámicas familiares con la presencia de algunos factores como las condiciones de vivienda, el número de hijos en las familias, la estructura familiar, el horario laboral de los padres, su nivel de escolaridad entre otros que puedan influir en la salud oral de los niños.

Se realizó un grupo focal, donde participan los docentes encargados del área comunitaria y que hacen parte de los sitios de rotación donde va a hacer aplicado el instrumento, con el fin de realizar la validez de Apariencia, y determinar si eran viables o no las preguntas planteadas, diseño, secuencia, coherencia, etc. El instrumento del formato por jueces expertos fue enviado por vía Email, con un máximo tiempo de 8 días para dar respuesta a esta encuesta, en relación a la construcción del instrumento, dichas respuestas permiten unificar diferentes conceptos y sugerencias por parte de los docentes encargados, para así llevar a cabo una correcta elaboración del instrumento que va hacer aplicado.

La encuesta fue aplicada por 8 docentes del área Comunitaria que hacen parte de los diferentes sitios de rotación de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque. Al realizar este ejercicio surgieron varios cambios aportados por los diferentes docentes que permitieron orientar y enfocar las preguntas o palabras utilizadas y donde sugerían realizar algún ajuste o eliminar alguna pregunta que no era pertinente aplicar. En cuanto a la calificación de las preguntas del instrumento los puntajes, los resultados presentaron puntajes por encima de 90%.

Al realizar un análisis de los resultados de las preguntas para cada sección se encontró: Para la primera sección en la cual se abordan los datos personales del estudiante se decide realizar varias modificaciones a las siguientes preguntas:

- Pregunta número 6 teléfono la sugerencia realizada sería colocar teléfono celular o de la casa de residencia.
- la Pregunta número 8 UPZ se decide eliminar por sugerencia ya que muchas personas no podrían saber que es UPZ.
- Pregunta número 12 horas escolares que realiza el estudiante diariamente se realiza modificación a número de horas que el niño permanece en la institución educativa.
- Pregunta número 13 actividades extracurriculares se modifica a actividades que realiza fuera del tiempo del colegio.
- Pregunta número 14 transporte para llegar al colegio la modificación realizada es colocar la opción de no aplica para fundaciones ya que si hay estudiantes pertenecientes a cualquier fundación no será necesario utilizar el medio de transporte.

Para la segunda sección en la cual se aborda caracterización socio-familiar del estudiante se decide realizar varias modificaciones a las siguientes preguntas:

- Pregunta número 2 números de hermanos se realiza ajuste quedando número de hermanos que tiene.
- Pregunta número 3 posición en la que se encuentra de los hermanos se realiza modificación a posición en la que se encuentra entre los hermanos.
- Pregunta número 4 nivel educativo se ajusta a nivel educativo de los cuidadores.
- Pregunta número 5 número de horas que comparto con mamá se ajusta a número de horas que la madre comparte con el niño y además se coloca la opción entre dos y cuatro horas.
- Pregunta número 6 número de horas que comparto con papá se ajusta a número de horas que comparte el padre con el niño y se coloca la opción entre dos y cuatro horas.
- Pregunta número 7 cuidador del niño tiempo contra escolar se ajusta a Quién cuida al niño en el tiempo fuera del colegio.

En Colombia, la Encuesta de Demografía y Salud 2005 (ENDS 2005), en su Cuestionario de Hogares, contiene información sobre cada una de las personas del hogar y sobre la calidad de las viviendas. Esta última información es básica para un mejor conocimiento de las variables del hogar y de la salud de las mujeres y de los niños. En este estudio, los hogares de los niños están en su mayoría conformados por 4 miembros, coincidiendo con la ENDS 2005. Recordemos que el tamaño de los hogares también puede afectar la distribución de los recursos financieros dentro del hogar, la estructura del gasto y la propensión al ahorro, etc. Visto de esta forma esto podría afectar la inversión de recursos para la salud bucal de la familia.

La estructura familiar o tipo de familia y el vivir con los padres, se ha relacionado con la presencia de Caries dental (HIGASHIDA B. , 2000). Así Allan Pau encontró que los niños que vivían con uno de sus dos padres presentaban más dolor dental al igual que González. (GONZALEZ & al., 2006) Aquí se encontró que en las familias nucleares y conformadas por 4 miembros los niños presentaban la mayor frecuencia de caries dental. También se encontró que un gran porcentaje de niños con caries dental donde principalmente eran cuidados por el padre, lo que nos indica que esta figura paterna no se encuentra bien educada en promoción y prevención en salud bucal.

Otras personas como los abuelos como fue expuesto por Franco (FRANCO & al., 2003) en un estudio realizado en la ciudad de Medellín muestra un alto porcentaje de presencia de caries presente en los niños. Esto definitivamente confirma la importancia de incluir a los cuidadores diferentes a los padres en las actividades de promoción y prevención en salud bucal. También se observó que los niños con caries dental en un gran porcentaje viven en familias que presentan problemas de salud oral y las cuales visitan al odontólogo por motivo solo cuando hay presencia de dolor. Se observa aquí la percepción e importancia de las familias hacia la salud bucal, no siendo probablemente la mejor y transmitiéndose esta percepción en los niños, que podría actuar como un factor de riesgo para adquirir la caries dental, como se encuentra expresado en la literatura por Cuartas y Cols. (CUARTAS, 2002).

Para la tercera sección en la cual se aborda caracterización antecedentes médicos personales y familiares del estudiante se decide realizar varias modificaciones a las siguientes preguntas:

- Pregunta número 1 ¿Antecedentes medico familiares? se reajusta con tres opciones de respuesta que son condiciones de discapacidad auditiva, cognitiva y visual.
- Pregunta número 2 ¿Antecedentes medico personales? se reajusta con tres opciones de respuesta que son condiciones de discapacidad auditiva, cognitiva y visual.
- Pregunta número 4 ¿Cuenta con facilidad de asistir al servicio de salud? se ajusta a ¿Cuenta con facilidad de asistir al servicio en salud?.
- Pregunta número 5 ¿ El niño toma medicamentos frecuentes? se ajusta a ¿ El niño toma con frecuencia algún medicamentos?.
- Pregunta número 6 ¿ El niño presenta alergias o es alérgico algún medicamento? se realiza ajuste de redacción a ¿El niño presenta alergias o es alérgico a algún medicamento?.

Smilkstein nos dice que la influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo familiar puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. (SMILKSTEIN, 2006)

Igualmente la familia puede influir en el proceso salud enfermedad de la Caries dental según Fejerkov (FEJERSKOV, 2007). Aquí se observó como la presencia de caries dental coincide con la aparición de ciertos factores familiares que se han estudiado de riesgo para la salud de los individuos. Así, Reisine S, encontró que la prevalencia de caries aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico. (REISINE, 2009)

Para la cuarta sección en la cual se aborda servicios de salud del estudiante se decide realizar varias modificaciones a las siguientes preguntas:

- Pregunta número 1 ¿Entidad aseguradora en salud? Se realizan ajustes donde se tendrá en cuenta empresas del régimen subsidiado, contributivo o especial.
- Pregunta número 2 ¿Tipo de aseguramiento en salud? Se ajusta ya que al incluir régimen especial incluye: magisterio, policía, fuerzas militares y Ecopetrol.

También representa un riesgo para la salud bucal el no contar con servicios de salud según Pilar Amaya (AMAYA, 2004) e Isaza (AGUDELO, 2003). Es contradictorio encontrar aquí como en un gran porcentaje de los niños con caries dental, se encontraban sus familias afiliadas al sistema de seguridad social en salud bajo el régimen subsidiado. Varias ideas pueden surgir como el no uso de los servicios, mala calidad de los mismos o pocas actividades de promoción y prevención en salud bucal.

Para la quinta sección en la cual se aborda prácticas en salud oral del estudiante se decide realizar varias modificaciones a las siguientes preguntas:

- Pregunta número 1 ¿Número de veces que se cepilla al día? Se ajusta ¿Número de veces que el niño se cepilla los dientes al día ?.
- Pregunta número 2 ¿Uso de crema dental con flúor? Se ajusta a ¿El niño usa crema dental con flúor ?.
- Pregunta número 3 ¿Uso de seda dental? se ajusta a ¿El niño usa seda dental y con qué frecuencia lo hace?.
- Pregunta número 4 ¿Quién lo acompaña al momento del cepillado? Se ajusta ¿Quién realiza apoyo en el momento del cepillado del niño?.
- Pregunta número 5 ¿Con que frecuencia se hace el cepillado? Se elimina ya que se había realizado anteriormente la misma pregunta.
- Pregunta número 6 ¿El niño presenta algún habito? Se ajusta a ¿El niño presenta alguno de los siguientes hábitos? con la corrección de onicofagia y se coloca se muerde o come uñas ya que el padre no sabrá responder por ese término.
- Pregunta número 7 ¿Antecedentes odontológicos del niño? Se ajusta opciones de respuesta incluyendo trauma, y además se corrige como una de las respuestas absceso

dental ya que se había puesto abscesos dentales.

- Pregunta número 8 ¿Última visita al odontólogo? Se ajusta la opción de respuesta incluyendo NUNCA, y se corrige la opción de 1 años por 1 año.
- Pregunta número 9 ¿Procedimientos que le han realizado? Se ajusta ¿Procedimientos odontológicos que se le han realizado? Y además se ajusta respuestas como: operatoria, calzas, terapia pulpar, tratamiento de conducto.
- Pregunta número 10 ¿Ha participado en programas de prevención en salud oral? Se ajusta ¿El niño ha participado en programas de prevención en salud oral?.
- Pregunta número 11 ¿Experiencias odontológicas? Se ajusta ¿En la atención odontológica, la experiencia ha sido? Así quedando ajustadas las preguntas en esta sección.

Adicionalmente, existe consenso en que el uso de la crema dental 500ppm de ión Flúor, aporta un beneficio agregado, manteniendo niveles bajos y constantes de flúor en la boca de los preescolares (MINSAL, 2007) (MINSAL, 2009) .De esta forma, como lo manifiestan García y cols., la acción tópica del flúor aumenta la remineralización del esmalte, disminuye su desmineralización y ejerce una eficaz acción antibacteriana.

Para la sexta sección en la cual se aborda valoración clínica del estudiante en esta parte de la encuesta no se realizan ajuste, sin embargo se sugiere adicionar una pregunta que sería:

- Pregunta número 3 índice O'leary para observar la calidad de la higiene oral.

11. Conclusiones

Se realizó la validación por apariencia del instrumento por parte de los docentes del área comunitaria de la facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

12. Recomendaciones

- ✓ Se continuara con el desarrollo de la tesis para la terminación y aplicación del instrumento de validación en las áreas comunitarias de la facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

13. Referencias bibliográficas

Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2009. Actualizado: 2012.
Definición de nombre (<https://definicion.de/nombre/>)

Fuente: <http://quesignificado.com/sexo/>

Ministerio de Educación <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233834.html>

Ministerio de Educación Nacional <https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-82752.html>

Departamento nacional de planeación Gobierno de Colombia
<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/aseguramiento.aspx>

Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2011. Actualizado: 2014.
Definicion.de: Definición de domicilio (<https://definicion.de/domicilio/>)

Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2009. Actualizado: 2009.
Definicion.de: Definición de teléfono (<https://definicion.de/telefono/>)

Alcaldía Mayor de Bogotá/Localidad Usaquén

Alcaldía Mayor de Bogotá
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/OrdenamientoTerritorial/upzenprocesoderevision/QueEs>

Alcaldía Mayor de Bogotá
<http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/localidades/usaquen>

<http://naxio.com.ar/Hermanos-el-orden-de-nacimiento-y-la-personalidad>

Ministerio de Educación Nacional https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103274_archivo_pdf.pdf

<https://www.unce.unr.edu/publications/files/sl/other/fs9951.pdf>

<https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/49>

Ministerio de Educación Nacional <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-233839.html>

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-medicos-personales>

<http://conceptodefinicion.de/transporte/>

<https://www.serpadres.es/familia/tiempo-libre/articulo/papa-y-mama-aliados-en-la-educacion-de-los-hijos>

<https://www.greatschools.org/gk/articles/quien-cuida-de-su-nino-despues-de-las-3-p-m/?lang=es>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Encuestas de salud buco dental. Métodos Básicos. 4a. ed. Ginebra. 1997

ARIAS CASTILLO, L. y ALARCON, M. Transdisciplinariedad en medicina familiar. Medicina familiar en la práctica. Ministerio de Salud. Cali, Valle: Catorce editores. 1997, 210 p

CALZADILLA RODRIGUEZ, A. y VALIENTE, C. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. Op. cit., p. p.165-169.

WEINSTEIN, P. Public health issues in early childhood caries. En: Community dent oral epidemiology. 1998, vol. 26 no.1, p. 84-90.

ROMERO. M I. Salud Materno infantil y familia Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. La familia Colombiana en el fin de siglo. Estudios Censales. Bogotá, Colombia. 1993. 385 p

Zambrano Rodríguez H. Guía de práctica clínica en salud oral infancia y adolescencia. Secretaría distrital de salud. 2016

Salud de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud.

ARAUJO RENTERIA J. REPUBLICA DE COLOMBIA [Internet]. Corteconstitucional.gov.co. 2008

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia U. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO . 2016

Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Sistema de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo. Sistema de Seguridad Social en Salud.

HIGASHIDA, B. Odontología preventiva. 1a. ed. México: McGraw-Hill, 2000. 310 p

CALZADILLA RODRIGUEZ, A. y VALIENTE,C. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. En: Revista Cubana estomatología. Sep-Dic 2001, vol. 38 no. 3, p.165-169.

GONZÁLEZ, F., et al. Correlación entre los factores de riesgo biológicos y sociales con la presencia de caries dental en niños entre 5 y 6 años de cinco hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar familiar de la Ciudad de Cartagena, 2005-2006. En: Rev. Federación Odontológica Colombiana. 2007, vol. 69 no. 219, p. 7-20.

OVIOL, Iralbis; PARRAGA, Carolina y GRANADILLO, Beatriz. Escolar de alto riesgo: propuesta de clasificación biopsicosocial en atención primaria de salud. Op. cit., p. 21-24.

BUSTAMANTE, Zaira, et al. Estado de salud bucal de niños preescolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto. Medellín, 1997. Op. cit., p. 35-38.

FRANCO, A., et al. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Op. cit., p. 19-29.

HIGASHIDA, B. Odontología preventiva. Op. cit., p. 200.

MINSAL (2007). Programa Educativo Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares.

MINSAL (2009). Guía clínica: Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 año.

ROMERO. M I. Salud Materno infantil y familia. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

SEGOVIA VILLANUEVA, A., et al. Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México. En: Revista Salud pública. Marzo 2005, vol. 7 no. 1, p. 56-69.

PEREZ OLIVARES, S A., et al. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. En: Revista Cubana estomatología. 2002, vol. 39 no. 3, p. 265-81.

COLOMBIA. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la protección específica de la

caries y la enfermedad gingival. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio, 2000. 23 p.

ARIAS CASTILLO, L. Enfoque Integral del Escolar. Medicina Familiar en la Práctica. Ministerio de Salud. Cali, Valle. Catorce editores. 1996.

GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. La familia Colombiana de hoy y la de las dos últimas décadas. Op. cit., p. 17-23.

WEINREICH, M. e HIDALGO, C. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. 2002 Op. cit., p. 33-34.

GONZÁLEZ, F., et al. Correlación entre los factores de riesgo biológico y social con la presencia de caries dental en niños entre 5 y 6 años de cinco hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar familiar de la Ciudad de Cartagena, 2005-2006 En: Rev. Federación Odontológica Colombiana. 2007, vol.69 no. 219, p. 7-20.

REISINE, ST. and PSOTER, W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. In: Journal of dental education. 2009, vol. 65 no. 10, p. 1009-16.

BUSTAMANTE, Zaira, et al. Estado de salud bucal de niños preescolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto. Medellín, 1997. Op. cit., p. 35-38.

SIMONE, Helena. et al. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. In: International journal of pediatric dentistry. 22 May 2007, vol. 17 Issue 4, p. 289 – 296.

AMAYA, Pilar. Instrumento de riesgo familiar total RFT: 5-33. Manual. Aspectos Teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá, 2004, p. 76.

GONZÁLEZ, F., et al. Correlación entre los factores de riesgo biológicos y sociales con la presencia de caries dental en niños entre 5 y 6 años de cinco hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar familiar de la Ciudad de Cartagena, 2005-2006. Op. cit., p. 7-20.

PUYANA, Y. Consideraciones sobre la evolución de la familia. Ponencia presentada al ICBF, puesta en común y discutida en taller de capacitación de comisaría de familia. Programa presidencial para la juventud, la mujer y la familia. Santa Fe de Bogotá. 1994. p. 12.

ORDOÑEZ, M. La fecundidad en Colombia. Reflexiones para la intervención en la problemática familiar. Consejería Presidencial. Santa Fe de Bogotá. 1990. p. 40.

ARENAS, AI. Consideraciones en torno a la jefatura del hogar femenino en población urbana de menores recursos. Reflexiones para la intervención en la problemática familiar. Consejería presidencial para la política social. Santa Fe de Bogotá. 1995.

CUARTAS, J. y ALVAR, A. Relación entre 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. En: Revista CES Odontología. Ene.-jun 2002, vol.15 no. 1, p. 13-18.