



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LOS PADRES Y LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UDLA.



AUTOR

SUSAN PAMELA BACA ILLÉS

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS  
ALIMENTICIOS EN LOS PADRES Y LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES  
PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UDLA.

“Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Odontóloga General”

Profesor guía

Dra. Gabriela Bastidas

Autor

Susan Pamela Baca Illés

Año

2018

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Evaluación del nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios en los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA, a través de reuniones periódicas con la estudiante Susan Pamela Baca Illés, en el semestre 2018-1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

---

Gabriela Jazmin Bastidas Tulcanazo

C.I. 1002668018

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Evaluación del nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios en los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA, de la estudiante Susan Pamela Baca Illés, en el semestre 2018-1, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

---

Juanita Eugenia Fierro Villacís

C.I. 0201173507

## DECLARACION DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

Susan Pamela Baca Illés

C.I. 1722445283

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por forjar mi camino, a mis padres y a mi hermana por su respaldo, cariño y por creer en mí en todo momento. Le agradezco a mi abuela por su aliento constante, y a Martín por el amor, apoyo incondicional y compañía en cada paso.

## **DEDICATORIA**

Le dedico este logro a mi madre, quien hizo esto posible, por todo su esfuerzo y fortaleza. Se lo debo a ella, por ser mi sustento, ejemplo, y mi motivación para ser mejor cada día.

## RESUMEN

Los padres son considerados la principal fuente de información para sus hijos, por lo tanto, la educación de los mismos se considera importante para valorar el estado de salud bucodental de los niños en la sociedad. **Objetivo:** Se evaluó el nivel de conocimiento de los padres y su relación con el estado de salud oral de los pacientes pediátricos que acudieron a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA. **Método:** La muestra estuvo constituida por 67 padres con sus respectivos hijos, se realizó una encuesta a los padres con el fin de recolectar la información sobre el nivel de conocimiento de hábitos alimenticios. El estado de salud bucal se determinó por medio del índice epidemiológico; CPOD y ceod en niños de 5 a 14 años de edad. Los datos se analizaron estadísticamente a través de la prueba Chi cuadrado, Anova y T- student. **Resultados:** Se evidenció que el nivel de conocimiento de los padres fue bajo en un 17.9 %, medio en 67,2%, y alto en 14.9%. En cuanto al índice CPOD y ceod, este fue alto en todos los rangos de edad, de 5, 6 a 12 y 13 a 14 años. **Conclusiones:** Se demostró una relación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y el estado de la salud oral de los niños, debido a que los padres poseen un nivel de conocimiento deficiente y los niños un elevado índice de caries.



## ABSTRACT

Parents are considered the main source of information for their children; therefore, their education is important to assess the oral health status of children in society. **Objective:** To assess the level of knowledge of parents and their relationship with the oral health status of pediatric patients who attended the Clinic of the Faculty of Dentistry of UDLA. **Method:** The sample consisted of 67 parents with their respective children, a survey was conducted by the parents in order to collect information of the level of knowledge about eating habits. The oral health status was determined by an epidemiological index; DMFT in children from 5 to 14 years of age. The data were analyzed statistically through the Chi Square, Anova and T-student tests. **Results:** It was evidenced that the level of knowledge of the parents was low in 17.9%, medium in 67.2%, and high in 14.9%. As for the DMFT index, this was high in all age ranges, from 5, 6 to 12 and 13 to 14 years. **Conclusions:** A significant relationship was found between parent's knowledge level and children's oral health status, due to parents have a poor level of knowledge and children have a high caries index.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.2 Justificación .....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	2
2.1 Nivel de conocimiento de los padres .....	2
2.1.1 Factores influyentes .....	2
2.2 Hábitos alimenticios.....	4
2.2.1 Factores influyentes .....	4
2.2.2 Dieta.....	6
2.2.2.1 Definición.....	6
2.2.2.2 Nutrición .....	6
2.2.2.3 Dieta Cariogénica .....	7
2.2.2.3.1 Consumo de azúcar .....	9
2.2.2.3.2 Sustitutos del azúcar .....	10
2.2.2.4 Análisis de dieta.....	11
2.2.2.4.1 Recordatorio de 24 horas.....	11
2.2.2.4.2 Registro de dieta .....	12
2.2.2.4.3 Cuestionarios de frecuencia de alimentos.....	12
2.3 Salud bucal .....	12
2.3.1 Caries dental .....	13
2.3.1.1 Definición.....	13
2.3.1.2 Etiología.....	13
2.3.1.3 Factores de riesgo: .....	14
2.3.1.4 Índice de caries.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo general .....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
3.3 Hipótesis:.....	17

4	MATERIAL Y MÉTODOS .....	17
4.1	Tipo de estudio .....	17
4.2	Universo de la muestra .....	17
4.3	Muestra .....	17
4.4	Criterios de inclusión .....	18
4.5	Criterios de exclusión .....	18
4.6	Descripción del método .....	19
5.	RESULTADOS.....	19
6.	DISCUSIÓN .....	40
7.	CONCLUSIONES .....	41
8.	RECOMENDACIONES.....	42
9.	REFERENCIAS .....	43
10.	ANEXOS .....	50

## **1.INTRODUCCIÓN**

### ***1.1 Planteamiento del problema***

Los hábitos alimenticios son prácticas influenciadas por aspectos sociales, culturales, biológicos y ambientales, que aportan para un desarrollo y crecimiento óptimo durante la infancia, por lo tanto, es importante que durante esta etapa los niños adquieran hábitos alimenticios saludables (Macias, M, et al., 2012, pp. 40-43).

La falta de conocimiento de los padres sobre la alimentación repercute no solo en la salud en general, sino también en la salud oral, ya que la dieta es capaz de desempeñar un papel muy importante en el desarrollo de la caries. Naidu, R., Nunn, J., & Forde, M. (2012. Pp.12-27) señalan que los padres tienen un mayor énfasis y conocimiento con respecto al cepillado que a la dieta brindada a sus hijos.

Muchos estudios epidemiológicos correlacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de caries y en los que se demuestra una clara asociación entre frecuencia de consumo, la ingesta entre comidas y el desarrollo de caries dental (González, A., González, B., González, E. 2013., pp 64-71).

Se ha observado un aumento significativo en la incidencia de caries en poblaciones aisladas con un estilo de vida tradicional, tras la introducción de azúcar y otros carbohidratos fermentables en su dieta (Olczak-Kowalczyk, D., Turska, A., Gozdowski, D., & Kaczmarek, U. 2016., pp. 545-550).

### ***1.2 Justificación***

Poseer hábitos alimenticios adecuados se considera una práctica necesaria para que las personas gocen de una buena salud bucal.

Los padres de familia, quienes son la primera fuente de información hacia sus hijos, deben poseer suficiente conocimiento sobre hábitos alimenticios saludables para que sus hijos no consuman alimentos cariogénicos y por ende

tengan un elevado índice de caries, lo cual se considera un problema de salud pública.

El presente estudio servirá como base para determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre la alimentación correcta y su relación con la salud oral, dando apertura a posteriores estudios y campañas de prevención que permitan mayor comprensión sobre la importancia de este tema, fortaleciendo la salud oral de los niños.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### ***2.1 Nivel de conocimiento de los padres***

Los padres o jefes de familia, son la principal fuente de información y los alimentantes de sus hogares, por lo tanto la educación de los mismos se considera importante para evaluar el estado de salud bucodental de los niños en la sociedad. (Kaur, B. 2009, Pp. 463).

Otros autores como Variyam, J. (2001, Pp. 18-22) concuerdan con que el conocimiento de los padres es esencial para el monitoreo de los hábitos alimenticios de los niños, la identificación de alimentos ricos en calorías y la comprensión de los riesgos que pueden existir a largo plazo en la salud.

Igualmente, Ramos-Gomez, F., et al. (2010, Pp. 746) mencionan que es importante que los padres reciban información y orientación en cuanto a la prevención de enfermedades orales y sobre los factores de riesgo de caries, como dieta, higiene oral, crecimiento y desarrollo, dentición, hábitos orales, entre otros. Ya que, la actitud positiva de los padres en cuanto a salud oral y alimentación se considera un factor esencial en la influencia del desarrollo de comportamientos saludables en los niños (Vanagas, G., et al. 2009, Pp. 718-23).

#### **2.1.1 Factores influyentes**

El nivel de conocimiento, así como el nivel de acceso a la información concerniente con una dieta saludable, se relaciona con una serie de factores, tales como: sociales, económicos y culturales.

Desde hace mucho tiempo se ha vinculado a la salud oral con el estatus social del individuo, Fox, C. (2010, Pp, 411-412) establece que, cuanto menor sea el estado social, menor será el estado de salud. El nivel de educación y la posición socioeconómica están íntimamente relacionados con el nivel de conocimiento. McLeod, E., et al. (2011. Pp. 696-704) determinaron que la educación y la calidad de la dieta variaron según el nivel de conocimiento y creencias.

De igual manera, Suresh, B., et al. (2010, Pp. 282) menciona que la educación de los padres desempeñará un importante resultado en los hijos, ya que las madres con una educación más avanzada poseen un mejor conocimiento de la práctica de higiene oral.

El nivel económico se vincula con el conocimiento de la persona, ya que es probable que las personas con ingresos altos tengan apertura a educación de mejor nivel, así como sean influenciados por un estilo de vida favorable y saludable (Vlismas, K., et al. 2009. Pp. 55.63). De igual manera, Martins, P., et al. (2013. Pp. 211-218) afirman que el entorno socioeconómico influye en el nivel de educación de los padres, por lo tanto, se asocia a los niños de hogares con menores recursos con la presencia de caries.

Por otro lado, se determina que el nivel de conocimiento sobre alimentación está culturalmente definido y las personas pueden participar consciente o inconscientemente para preservar las tradiciones y mantener la identidad del grupo, ya que los conocimientos se transmiten a través de generaciones y tienen la capacidad de perdurar a lo largo de los años. (James, D. 2014. Pp. 349-367). Existen culturas que poseen leyes dietéticas ya definidas, por lo tanto, su conocimiento se basa en seguirlas. Como es el caso de algunas tradiciones que reconocen a distintos alimentos como prohibidos, otros que únicamente se pueden comer ocasionalmente, o solo en pequeñas cantidades. También pueden poseer creencias que abarcan la ingesta de alimentos cariogénicos, con mayor cantidad de carbohidratos fermentables. (Gilbert, P., Khokhar, S. 2008, Pp. 203-215).

## **2.2 Hábitos alimenticios**

Los hábitos son comportamientos que, a través de la repetición, se vuelven automáticos, es decir, requieren una mínima deliberación o planificación y se pueden repetir sin intención consciente (McGowan, L., et al. 2013. Pp. 769-777), por lo tanto, al momento de ingerir alimentos de cierto tipo y de manera reiterada, estaremos creando hábitos alimenticios, los cuales pueden ser saludables o a su vez perjudiciales para la salud.

### **2.2.1 Factores influyentes**

En el momento de la adquisición de hábitos alimenticios existen varios factores intervinientes, entre los cuales se considera principalmente a la familia y la escuela (González, A., González, B., González, E. 2013., Pp 64-71),

La familia será la encargada del primer contacto del niño con los alimentos, por lo tanto son quienes se encargan de escoger lo que se les brindara a sus hijos, además de actuar como un ejemplo para ellos, ya que el comportamiento en el ámbito de la salud de los padres durante esta nueva fase de la vida es importante porque los hábitos positivos, así como los negativos, pueden arraigarse y perpetuarse en la adultez más avanzada, y ser transmitidos a los niños. Berge, J., et al. (2011, Pp. 881-887).

La transmisión de los hábitos alimenticios, de padres a hijos, se da a través de órdenes de cómo deben alimentarse. Las principales formas en las que se da el direccionamiento, es con restricciones de comer cierta comida (comida chatarra) y presiones con el fin de alentar el consumo de comida saludable como frutas y verduras Scaglioni, S., et al. (2008. Pp. 22-25).

Garza, M., Reyes, D. (2011, Pp. 1-16) mencionan que al ser la madre quien usualmente se encarga de la comida, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación. Por lo tanto, su formación, es decir valores y costumbres tendrán que ver con su crianza.

Salvy. S., et al. (2011. Pp. 87-92) plantean la hipótesis de que los niños de 5 a 7 años consumen alimentos más saludables en presencia de su madre precisamente por el direccionamiento antes mencionado, sin embargo, también son influenciados por sus amigos en la escuela o en actividades recreacionales.

En la escuela, el niño se enfrentará a nuevos hábitos alimentarios los cuales no suelen ser saludables; sin perjuicio de las malas influencias alimentarias, también pueden recibir educación con respecto a la promoción de hábitos alimentarios saludables brindada en materias educativas dentro del pensum de estudios. Macias, A., Gordillo, G., Camacho, E. (2012. Pp. 40-43).

La posición económica del niño y su familia tiene una gran importancia en cuanto a la alimentación, ya que se ha determinado que, en familias de menor posición socioeconómicas, los alimentos consumidos son menos variados y contienen una menor cantidad de frutas y verduras, por lo tanto, los hábitos adquiridos no serán lo suficientemente saludables. (McLeod, E., et al. (2011. Pp. 696-704).

Además de los factores antes enunciados, Scaglioni, S. et al. (2011. Pp. 2006-2011) mencionan que la adquisición de hábitos, gustos y preferencias también están determinados por una combinación de factores genéticos y ambientales, ya que existe una similitud sustancial en las preferencias de los niños en ciertos alimentos, que trasciende tras generaciones.

Los humanos nacemos con preferencias innatas al sabor dulce y al salado, dejando de un lado a los sabores amargos y ácidos, lo cual desde una perspectiva evolutiva y genética se interpretaría como la aceptación a la leche materna en cuanto al sabor dulce, los sabores salados asociados a minerales mientras que los sabores amargos a toxinas y venenos. (Saavedra, J. M., Dattilo, A. 2012. Pp. 379-385).

En virtud de todo lo expuesto podemos analizar que la familia, su posición económica, la escuela, amistades, su entorno y la genética, son factores que



deben ser considerados al momento de la adquisición de los hábitos alimenticios de un niño.

## **2.2.2 Dieta**

### *2.2.2.1 Definición*

Se define a la dieta como el conjunto de alimentos y bebidas que son consumidas habitualmente; la cual posee elementos requeridos para lograr una nutrición apropiada que además de contribuir al crecimiento y desarrollo del organismo, favorece a los procesos de formación de matriz y calcificación dentaria. Se consideran elementos nutritivos a aquellos que contengan: proteínas, minerales, carbohidratos, grasas y agua, ya que se relacionan con la resistencia de los dientes al desarrollo de la caries. (Sarabia, M., et al. 2005 Pp. 132-141).

Las proteínas cumplen un rol importante debido a que ayudan a la formación de una cobertura protectora sobre el esmalte y detienen la desmineralización. A su vez, las grasas forman una barrera protectora sobre la superficie dentaria inhibiendo la adhesión de los alimentos (Muñoz, B. 2016. Pp. 445).

### *2.2.2.2 Nutrición*

La nutrición es el conjunto de procesos de utilización e incorporación de nutrientes a los órganos y tejidos, por lo tanto, posee una influencia directa en el desarrollo de enfermedades de la mucosa bucal, caries dental, defectos del esmalte y enfermedad periodontal, lo cual se estará determinado según la cantidad y calidad de los alimentos consumidos, lo cuales se consideran fundamentales para el equilibrio de la salud humana. Lawder, J., et al. (2011. Pp. 1-10)

En cuanto a los tejidos blandos, una dieta consistente, posee la capacidad de estimular a la encía durante la masticación, aumentando su queratinización, y volviéndola más resistente a las agresiones del medio. (Sarabia, M., et al. 2005 Pp. 132-141).

En lo referido a los tejidos duros, Lawder, J., et al. (2011. Pp. 1-10) mencionan que pueden producirse defectos en la formación dentaria, ya que se ha podido observar que los dientes hipoplásicos que provenían de una deficiencia de vitamina D, eran más susceptibles a obtener lesiones de caries que los dientes normales. Además, se demostró en estudios más recientes que la hipoplasia del esmalte se relaciona con cambios en la homeostasis del calcio y vitamina D durante la formación del diente. Por otro lado, se ha demostrado también que la desnutrición en los primeros años de vida retrasa el desarrollo dentario.

### *2.2.2.3 Dieta Cariogénica*

Se conoce como dieta cariogénica al consumo de azúcares, ingeridos a diario con una frecuencia de tres o más veces al día. En la actualidad, la dieta diaria muestra un incremento en la ingesta de carbohidratos sintéticos y almidones procesados. Suárez, L., et al. (2011. Pp. 0-0)

Concordantemente con este criterio, Gupta, P., Gupta, N., Pawar, A., Birajdar, S., Natt, A., & Singh, H. (2013. Pp. 1-5) señalan que la dieta actual contiene una gama creciente de carbohidratos fermentables, incluyendo los alimentos que contienen almidón altamente procesados y los alimentos que contienen nuevos carbohidratos sintéticos como la oligofructosa, la sucralosa y los polímeros de glucosa.

Hara, A., Zero, D. T. (2010. Pp. 455-467). Clasifican a los carbohidratos en dos grupos, simples y complejos, los complejos son conocidos como almidones, los cuales se consideran menos cariogénicos ya que no son fácilmente solubles en fluidos orales y poseen una menor difusión en el biofilm, mientras que los simples como la sacarosa, glucosa, fructosa se consideran más cariogénicos, especialmente la sacarosa, la cual se la ha considerado un importante desencadenante de la caries dental.

Una gran variedad de estudios concuerda con que la dieta es uno de los principales factores desencadenantes de la caries, Johansson, I., et al. (2010.

Pp. 421-430) mencionan que los alimentos de alta densidad energética y bajos en nutrientes, aunque estos no sean dulces como el canguil, papas fritas, siguen siendo potencialmente cariogénicos debido al almidón hidrolizado que estos poseen.

Asimismo, Rodríguez, R., et al. (2009. Pp. 0-0) mencionan que uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en su estudio fue el consumo de alimentos cariogénicos, por lo tanto, en cuanto a la prevención de la caries es importante tomar en cuenta a los hábitos dietéticos y por lo tanto, se debe recomendar una dieta con baja frecuencia en el consumo de carbohidratos fermentables.

Una dieta cariogénica está influenciada no únicamente por el consumo como tal de los alimentos si no por otros factores dentro de los cuales incluyen la forma física del alimento (consistencia, textura), frecuencia y momento de la ingesta (Díaz, N., et al. 2013, Pp. 0-0).

El carácter físico de los alimentos posee una gran importancia, ya que, al poseer una adecuada consistencia, tendrá la capacidad de estimular los tejidos periodontales, barrer los restos de alimentos adheridos a los dientes, bacterias, etc. (Sarabia, M., et al. 2005 Pp. 132-141). González, A., et al. (2013. Pp. 64-71) afirman que los alimentos desarrollarán diferentes efectos tanto en los dientes como en tejidos blandos dependiendo de su adhesividad y retención, por ejemplo; la grasa de los alimentos reduce el tiempo de retención en la boca; los alimentos líquidos se eliminan con mayor rapidez que alimentos sólidos y los alimentos pegajosos se mantendrán por un mayor periodo de tiempo.

De igual manera refiriéndose a la forma física, Muñoz, B. (2016. Pp. 445) afirma que los alimentos de textura blanda se consideran de mayor riesgo cariogénico, ya que, comparado con un alimento duro este requiere de una masticación más potente, lo cual estimula la salivación y por consiguiente favorece al aclaramiento oral.

En relación con la frecuencia de la ingesta, si son consumidos con mucha repetición, no permitirán que el pH salival recupere su punto neutro, debido a que se normaliza durante la media hora posterior a la última ingesta, por lo cual, si los alimentos se ingieren de manera continua, el pH se mantiene ácido y contribuirá al desarrollo de la caries (Díaz, N., Fajardo, Z., Páez, M., Solano, L., & Pérez, M. 2013. Pp. 8).

En cuanto al momento de la ingestión, se considera que los alimentos que contienen azúcar, son más cariogénicas al consumirse entre comidas que durante ellas, debido a los mecanismos de defensa de la saliva, ya que este tipo de alimentos aumentan su potencial cariogénico al ser consumidos durante periodos de reposo salival. Se precisa que el momento de mayor riesgo es antes de dormir, debido a la disminución de secreción salival durante el sueño. Muñoz, B. (2016. Pp. 445)

#### 2.2.2.3.1 Consumo de azúcar

El azúcar es el principal elemento de la dieta que influye en la prevalencia y desarrollo de las lesiones cariosas. La sacarosa es considerada el azúcar con mayor potencial cariogénico, ya que, además de producir ácidos, el *Streptococo mutans* lo utiliza para producir glucano, un polisacárido extracelular que le brinda adhesión a la bacteria hacia el diente. (Suárez, L., et al, 2011. Pp. 0-0), de igual manera Bradshaw, D., Lynch, R. 2013. Pp. 64-72) describe al azúcar, especialmente a la sacarosa como la principal causa en la etiología de la caries.

Existen distintos tipos de azúcares, los cuales tienen la capacidad de alterar el equilibrio oral, González, F., Sánchez, R., Carmona, L. (2009. Pp. 620-630) concuerdan con que los azúcares ingeridos entre comidas aumentan el pH oral alterando la presencia normal placa bacteriana, consecuentemente, disminuye la capacidad de remineralización por parte de la saliva, por lo que Olczak, K., et al. (2016, Pp. 545) concuerdan con que existe una relación evidente entre el consumo de azúcar y la caries.

En un estudio realizado por Gudkina, J., & Brinkmane, A. (2010, 56-59) indican que existe una gran influencia del desarrollo de la caries dental cuando se consume bebidas, como té con azúcar. Igualmente, García Vega, L. (2012, Pp. 34-38) concuerdan con que existe una ingesta elevada de azúcares tanto intrínsecos como extrínsecos desde la etapa preescolar.

La bebida azucarada más consumida en el mundo es la gaseosa por lo que Díaz, N., et al. (2013, Pp. 0-0) en un estudio relacionado demuestra que el desencadenante de la caries dental en la dentición temporal de los niños evaluados, fueron la edad y el consumo de gaseosas. Así mismo, Ismail, A., et al. (2009, Pp. 270-275) realizaron un estudio sobre los predictores de la caries y concuerdan con lo antes mencionado ya que en sus resultados se observó que los mayores predictores fueron el mayor consumo de bebidas gaseosas.

Vanagas, G, et al. (2009, Pp. 718-23) recomiendan que la manera más efectiva para promover la salud oral en los niños es por medio de la supervisión y control sobre el consumo de azúcar.

Resumiendo lo antes mencionado, es preciso establecer que el consumo de azúcar en comidas y bebidas influye en el desarrollo de las caries directamente al producir un desequilibrio en la cavidad oral.

#### 2.2.2.3.2 Sustitutos del azúcar

Existen otros carbohidratos como la fructosa, con mayor poder edulcorante que la sacarosa completa, pero con menor poder cariogénico. Del mismo modo, el xilitol, al no ser utilizado por los microorganismos para producir ácidos, no resulta cariogénico. (González, A., González, B., González, E. 2013., pp 64-71).

El consumo de xilitol reduce los niveles de *Streptococcus mutans* en la placa y saliva al interrumpir sus procesos de producción de energía, lo que lleva a un ciclo de energía insignificante y a la muerte celular, lo cual ayuda a disminuir la incidencia de caries dental aumentando el flujo salival y el pH y reduciendo el número de bacterias cariogénicas y periodontopáticas, los niveles de placa,

xerostomía, inflamación gingival y erosión de los dientes. (Nayak, P., Nayak, U., & Khandelwal, V. 2014. Pp. 90).

Otro sustituto del azúcar importante es el eritritol, el cual se ha demostrado que igualmente inhibe el crecimiento de Estreptococos, no obstante, los mecanismos que subyacen a esta inhibición siguen sin estar clara. Park, Y, et al., (2014. Pp. 1587-1591)

(Honkala, S, et al. 2014. Pp. 483) mencionan que el sorbitol, también tiene un efecto preventivo, sin embargo, el sorbitol puede fermentarse lentamente por todos los estreptococos, por lo tanto, ciertos estudios que comparan el efecto del sorbitol y el xilitol han demostrado la superioridad del xilitol en la prevención de caries.

De la lectura y análisis de los distintos artículos citados, se puede concluir que los sustitos del azúcar son beneficios para la salud oral debido a su poder anti cariogénico ya que no permite que la bacteria se metabolice, por lo tanto, evita la generación de ácidos que causan las caries.

#### **2.2.2.4 Análisis de dieta**

El análisis de dieta es el estudio que evalúa lo que una persona come y como lo hace, a través de un proceso sistematizado de control y recolección de información. Este estudio está compuesto por la recolección y registro de datos a través de un cuestionario a la persona de quien se busca realizar el análisis. Existen una variedad de métodos para realizar el análisis de dieta, a continuación, se detallan los métodos principales en odontología. (Moncada, G., Urzúa, I. 2008. Pp. 55.)

##### 2.2.2.4.1 Recordatorio de 24 horas

La técnica de Recordatorio de 24 Horas consiste en la recolección de información detallada sobre los alimentos y bebidas consumidos el día anterior, especificando el tipo, cantidad y frecuencia. Esta técnica permite una descripción profunda de lo consumido, sin embargo, tiene como limitación que la precisión

de los datos recolectados dependerá de la memoria del individuo. (Ferrari, M. 2013. Pp. 20-25).

#### 2.2.2.4.2 Registro de dieta

En este método se solicita al paciente o tutor, el registro de todos los alimentos consumidos por un periodo de tiempo entre 3 a 7 días, se realiza la selección de días y estimación de porciones de igual manera al recordatorio de 24 horas. Es importante que el paciente conserve sus hábitos alimenticios durante el registro, ya que los errores pueden deberse a cambios en la alimentación. (Moncada, G., Urzúa, I. 2008. Pp. 55).

#### 2.2.2.4.3 Cuestionarios de frecuencia de alimentos

Este cuestionario ha demostrado ser una herramienta práctica para la evaluación dietética en estudios epidemiológicos, dado a que se utiliza para clasificar a los individuos según su ingesta habitual de alimentos y nutrientes. (Esfahani, F., Asghari, G., Mirmiran, P., Azizi, F. 2010. Pp. 150-158).

Consiste en una lista de alimentos, en los cuales se selecciona algún nutriente en particular, y sobre estos el paciente debe marcar la frecuencia en la que lo consume, la cual se representa desde nunca hasta varios consumos por día. Es un método no complicado y de bajo costo. (Moncada, G., Urzúa, I. 2008. Pp. 55.)

Este método de análisis de dieta será el utilizado en la presente investigación, por considerarse como el más apropiado para el proceso y resultado que se busca obtener.

## **2.2 Salud bucal**

Se define al estado de salud bucal como la ausencia de alteraciones en tejidos duros y blandos. Las alteraciones más comunes en los tejidos antes mencionados son la caries dental, gingivitis y periodontitis.

Se considera a la caries dental como la afección a la salud oral de mayor prevalencia (Nurelhuda, N., Trovik, T., Ali, R., Ahmed, M. 2009. Pp. 1), es por la

razón antes mencionada, que la caries dental y la pérdida de dientes son indicadores clave de la salud oral y se utilizan para controlar el estado de salud oral en los Estados Unidos y a nivel internacional. (Dye, B., Li, X., & Beltrán, E. 2012. Pp. 1).

### **2.3.1 Caries dental**

#### *2.3.1.1 Definición*

La caries dental es una enfermedad que resulta de fases de desmineralización y remineralización de los tejidos dentales duros, lo cual afecta a las estructuras dentales cuando se desarrolla un desequilibrio entre los factores protectores y patológicos con el tiempo. Llena, C., & Calabuig, E. (2017. Pp. 1-8.)

González, A., González, B., González, E. (2013., pp 64-71) mencionan que durante el desarrollo de la caries, los tejidos duros del diente se modifican y disuelven, hasta llegar a un nivel de destrucción producido por las bacterias, este deterioro se da por un proceso histoquímico y bacteriano que termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica.

Hoy en día se comprende que la caries dental es prevenible por lo tanto comportamientos personales, cuidados y hábitos alimenticios pueden tener efectos significativos en los resultados de salud bucal tanto como en el desarrollo de la enfermedad (Arrow, P., Raheb, J., & Miller, M. 2013, Pp. 245).

#### *2.3.1.2 Etiología*

La caries dental es una enfermedad considerada multifactorial que comienza con cambios microbiológicos en el biofilm y se verá afectada por el consumo de carbohidratos fermentables en la dieta, la composición y flujo de la saliva y los



comportamientos preventivos. (Zafar, S., Harnekar, S. Y., & Siddiqi, A. 2009, Pp. 24-36). Estos factores serán analizados a continuación.

### **2.3.1.3 Factores de riesgo:**

Existe una variedad de factores desencadenantes de la caries, dentro de los cuales, son considerados como principales; el factor huésped, microorganismo, tiempo y dieta. De la misma forma existen factores en entorno, los cuales entre otros son, la presencia o ausencia de servicios de salud y un déficit de educación en cuanto a la prevención de la salud oral, tanto como a factores socioeconómicos, culturales, ambientales, entre otros González, A., González, B., González, E. (2013., pp 64-71).

El huésped posee ciertos determinantes que hacen que sea más susceptible al desarrollo de caries, como, la reducción del flujo salival, defectos en los tejidos dentarios, principalmente en el esmalte; a manera de hipoplasia, la morfología dental; profundidad de fosas y fisuras, tamaño, superficie. Tanto como dientes desalineados. (Zafar, S., et al 2009. Pp. 24-36).

En cuanto al factor dieta, hay una gran cantidad de científicos que evidencian de que los azúcares son el principal factor necesario en el desarrollo de la caries dental, ya que es necesario de la ingestión de sacarosa, glucosa o fructosa, u otros carbohidratos fermentables, para que se exista una producción de ácido por parte de las bacterias. (Mobley, C., Marshall, T., Milgrom, P., y Coldwell, S. 2009. Pp. 410-414).

Los principales microorganismos cariogénicos son estreptococos, (streptococci mutans (MS), sobrinus) y Lactobacillus. Estos patógenos pueden colonizar el diente al momento de tener contacto con productos que contienen carbohidratos fermentables, el proceso del metabolismo es iniciado por la bacteria, produciendo ácidos que finalmente conducen a la desmineralización del diente, esmalte, contribuyendo así a la caries dental. (Zafar, S., et al 2009. Pp. 24-36).

#### 2.3.1.4 Índice de caries

Existe una variedad de métodos que indican la prevalencia y severidad de caries dental; los índices utilizados a nivel mundial son; el índice ceod el cual toma en cuenta los dientes cariados, indicados para extracción y obturados para dentición temporal y el índice CPOD en dentición permanente, el cual considera a los dientes cariados, perdidos y obturados. (Reynoso, V. Morales, A., Soto, C., Gurza, M., Quintero, E. L. 2009, Pp. 10-20)

Dentro de la variedad de índices disponibles, existen aquellos que se basan en la historia pasada, en los factores de riesgo y según el procedimiento o tratamiento a realizarse. Según la historia pasada se toma en cuenta al índice CPOD el cual se desarrolló por Klein, Palmer y Knutson, se considera a este como el índice fundamental en estudios odontológicos que cuantifican la prevalencia de la caries dental. Piovano, S., Squassi, A., & Bordoni, N. (2010. Pp. 29-43).

Este índice demuestra la experiencia de caries pasada y presente, resulta del promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados y permite una visión global de las afecciones dentales. Se lo obtiene por medio de la suma de las piezas definitivas cariadas, perdidas y obturadas, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de sujetos examinados. Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, S., & Rojas-García, A. (2009. Pp.27-32).

El índice ceod, es similar al CPOD, pero es utilizado en dentición primaria, considera sólo los dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados, considerando la totalidad de 20 dientes. Piovano, S., Squassi, A., & Bordoni, N. (2010. Pp. 29-43).

En cuanto a los índices asociados al factor de riesgo uno de los principales es el Cariograma que ha sido desarrollado para describir y calcular el riesgo de caries

de un individuo, se trata de un programa de computadora que tiene en cuenta varios factores de riesgo implicados en la etiología de la caries. Se lo considera favorable al ser utilizado en la práctica clínica, debido a que permite una interpretación de datos más objetiva. Campus, G., Cagetti, M., Sale, S., Carta, G., & Lingström, P. (2012). Pp. 16-22).

Holgerson, P., Twetman, S., & Stecksèn-Blicks, C. (2009). Pp. 106-112) indican que en su estudio el uso de Cariogram resultó en una alta sensibilidad para futuras caries, pero el método carecía de precisión, ya que más de la mitad de los niños cambiaron de categoría de riesgo a lo largo de los años.

Dentro de los índices basados en el proceso, está el sistema ICDAS, el cual trata sobre una representación a través de códigos que indican desde los primeros cambios visuales en el esmalte hasta una amplia cavidad en la dentina. Consideraron a este índice por requerir de una mayor cantidad de tiempo y dinero en el diagnóstico de la progresión de lesiones cariosas, por lo tanto se mostró una clara deficiencia ya que no era inmediatamente posible reportar las observaciones de manera entendible y pragmática. De Amorim, R., Figueiredo, M., Leal, S., Mulder., Frencken, J. (2012). Pp. 513-520).

### **3. OBJETIVOS**

#### ***3.1 Objetivo general***

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios en los padres y la salud oral de los pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA.

#### ***3.2 Objetivos específicos***

- Identificar el nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios de los padres de los pacientes pediátricos que acuden al Centro de Atención

Odontológico de la Universidad de Las Américas, a través de una encuesta, para reconocer si existen deficiencias sobre dichos hábitos.

- Revisar el índice ceod o CPOD, según corresponda, en pacientes pediátricos que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas, por medio de la observación clínica, para conocer el estado de Salud Bucal.

### **3.3 Hipótesis:**

El nivel de conocimiento de los padres sobre hábitos alimenticios está relacionado con la salud bucal de los pacientes pediátricos que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas.

## **4 MATERIAL Y MÉTODOS**

**4.1 Tipo de estudio:** observacional, descriptivo ya que, se describirán las variables en un período determinado de tiempo, el cual será durante noviembre del 2017.

### **4.2 Universo de la muestra**

El universo estará constituido por los padres y los pacientes pediátricos que acuden al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas.

### **4.3 Muestra**

Serán seleccionados 67 individuos según los criterios de inclusión y exclusión.

Formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Tamaño del Marco muestral (N) =	80
Nivel de Confianza (NC) =	95%
Proporción (p) =	0,50
Precisión (d) =	0,05

Z =	1,96
Proporción q =	0,50

Tamaño de la muestra =	66,35
---------------------------	-------

Tamaño de la muestra =	67	<i>redondeado a más siempre.</i>
---------------------------	----	----------------------------------

#### **4.4 Criterios de inclusión**

Pacientes pediátricos entre 5 a 14 años atendidos en la Clínica odontológica de la UDLA durante el mes de noviembre del 2017, previa firma del consentimiento por parte de sus padres.

#### **4.5 Criterios de exclusión**

Grupo etario menor a 5 años

Padres que no acepten ser parte del estudio

#### **4.6 Descripción del método**

Se les entregará un consentimiento informado a los padres de los pacientes pediátricos que acudan a la clínica odontológica de la UDLA, en el cual se detalla el objetivo del estudio. Una vez firmado, se pedirá al padre de familia que responda a la encuesta, la cual será llevada a cabo vía online, por medio de una computadora durante la atención odontológica de los niños, con el fin de evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a hábitos alimenticios. El análisis de hábitos de alimenticios estará basado en el análisis de conocimiento sobre dieta cariogénica, con preguntas guiadas a la frecuencia y calidad de alimentos ingeridos.

Se evaluará también la condición de la salud oral de los pacientes pediátricos, por medio de un análisis del CPO-D y ceo-d respectivamente, para observar la cantidad de piezas cariadas, perdidas y obturadas, o indicadas para extracción.

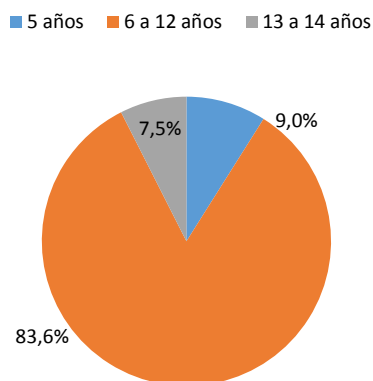
## **5. RESULTADOS**

### **Análisis de resultados**

El presente estudio se basó en la evaluación de 67 padres con sus respectivos hijos, por medio de una encuesta sobre hábitos alimenticios realizada a los padres e índice CPOD y ceo a los niños de 5 a 14 años de edad. Los datos se ordenaron y analizaron por medio del análisis estadístico.

*Tabla 1 Edad de los niños evaluados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5 y años	6	9,0	9,0	9,0
	6 a 12 años	56	83,6	83,5	92,5
	13 a 14	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

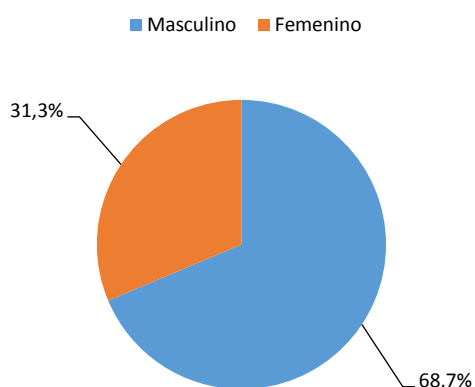


*Figura 1. Edad de los niños evaluados*

De los niños evaluados, el 9,0% presentaron de ellos 5 años de edad, el 83,6% de 6 a 12 años y el 7,5% de 13 a 14 años.

*Tabla 2 Género de los niños evaluados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	46	68,7	68,7	68,7
	Femenino	21	31,3	31,3	100,0
Total		67	100,0	100,0	



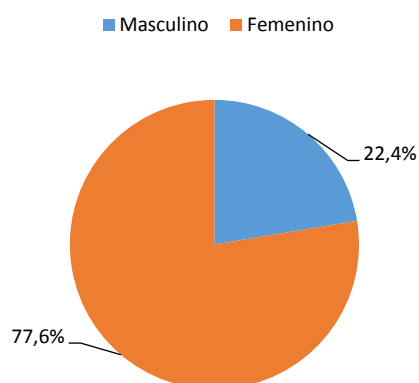
*Figura 1. Género de los niños evaluados*

En cuanto al género de los niños evaluados, el 68,7% fueron de género masculino y el 31,3% de género femenino.

*Tabla 3 Género de los padres*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	15	22,4	22,4	22,4
	Femenino	52	77,6	77,6	100,0
Total		67	100,0	100,0	



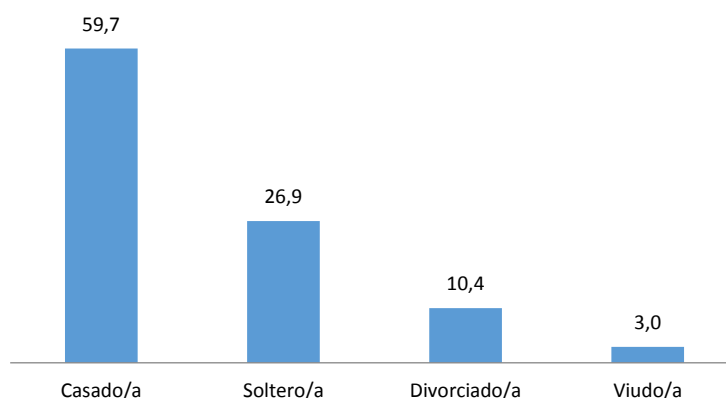


*Figura 2. Género de los padres*

En los padres evaluados se evidenció un mayor porcentaje en el género femenino en un 77,6% y en un 22,4% en el género masculino.

*Tabla 4 Estado civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado/a	40	59,7	59,7	59,7
	Soltero/a	18	26,9	26,9	86,6
	Divorciado/a	7	10,4	10,4	97,0
	Viudo/a	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	



*Figura 3. Estado civil*

El estado civil predominante en los padres evaluados es casado/a con el 59,7%, seguido de soltero/a con el 26,9% y divorciado/a con el 10,4%.

*Tabla 5 Índice ceo, CPOD total*

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media			
					Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
5 años	6	7,33	3,777	1,542	3,37	11,30	0	10
6 a 12 años	56	4,80	3,549	,474	3,85	5,75	0	18
13 o más años	5	4,20	3,033	1,356	,43	7,97	0	7
Total	67	4,99	3,565	,436	4,12	5,85	0	18

Según las edades el índice **ceod** en los niños de 5 años fue el más elevado, con un valor de 7,33 lo cual equivale a un nivel alto, el índice CPOD y ceod de niños de 6 a 12 años es de 4,8 y equivale a nivel alto, en cuanto a los niños de 13 a 14 años el índice CPOD es de 4,2, que igualmente se considera índice de caries alto.

*Tabla 6 Índice ceod - 5 años*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY BAJO	1	16,7	16,7	16,7
	ALTO	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

*Tabla 7 Índice CPOD/ ceod 6 a 12 años*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY BAJO	10	17,9	17,9	17,9
	BAJO	6	10,7	10,7	28,6
	MODERADO	10	17,9	17,9	46,4
	ALTO	30	53,6	53,6	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

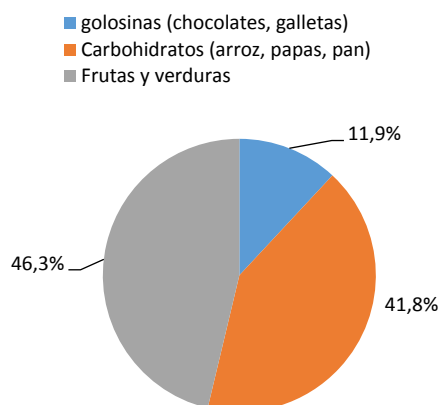
*Tabla 8* Índice CPOD-13 a 14 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY BAJO	1	20,0	20,0	20,0
	BAJO	1	20,0	20,0	40,0
	ALTO	3	60,0	60,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

### Encuesta sobre hábitos alimenticios

*Tabla 9* ¿Cuál de los siguientes alimentos consume su hijo/a en mayor cantidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	golosinas (chocolates, galletas)	8	11,9	11,9	11,9
	Carbohidratos (arroz, papas, pan)	28	41,8	41,8	53,7
	Frutas y verduras	31	46,3	46,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

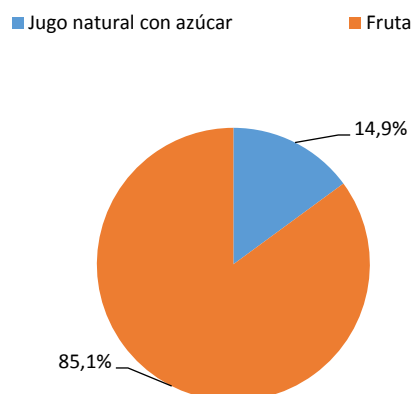


*Figura 4. ¿Cuál de los siguientes alimentos consume su hijo/a en mayor cantidad?*

En la pregunta realizada a los padres sobre los alimentos que consumen sus hijos en mayor cantidad respondieron que consumen: golosinas (chocolates, galletas) en un 11,9%, carbohidratos (arroz, papas, pan) **el 41,8%** y frutas y verduras **el 46,3%**.

*Tabla 10 ¿Al momento de consumir fruta, de qué forma prefiere darle a su hijo/a?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Jugo natural con azúcar	10	14,9	14,9	14,9
	Fruta	57	85,1	85,1	100,0
	Total	67	100,0	100,0	



*Figura 5. ¿Al momento de consumir fruta, de qué forma prefiere darle a su hijo/a?*

Los evaluados indican que prefieren darle a su hijo la fruta en si en un 85,1% y jugo natural con azúcar el 14,9%.

*Tabla 11 ¿Qué bebida consume usted mayormente en el día?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Gaseosas o bebidas azucaradas	7	10,4	10,4	10,4
Jugos naturales con azúcar	23	34,3	34,3	44,8
Jugos naturales sin azúcar	9	13,4	13,4	58,2
Agua	28	41,8	41,8	100,0
Total	67	100,0	100,0	

■ Gaseosas o bebidas azucaradas ■ Jugos naturales con azúcar  
 ■ Jugos naturales sin azúcar ■ Agua

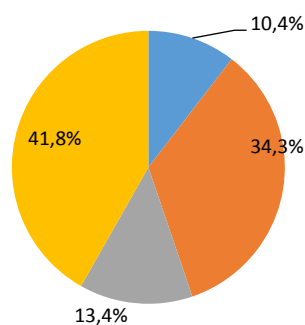


Figura 6. ¿Qué bebida consume usted mayormente en el día?

Los evaluados indican que consumen gaseosas o bebidas azucaradas el 10,4%, jugos naturales con azúcar el 34,3%, jugos naturales sin azúcar el 13,4% y agua el 41,8%.

Tabla 12 ¿Cuál de estos alimentos o bebidas considera que tiene una mayor capacidad de producir caries según su consistencia?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Caramelo de consistencia blanda o pegajosa	39	58,2	58,2	58,2
	Caramelo de consistencia dura	21	31,3	31,3	89,6
	Leche con chocolate	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

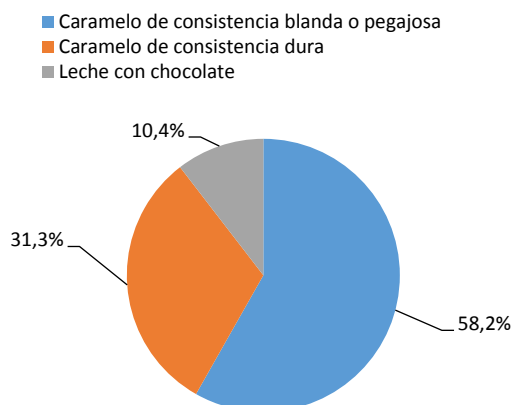


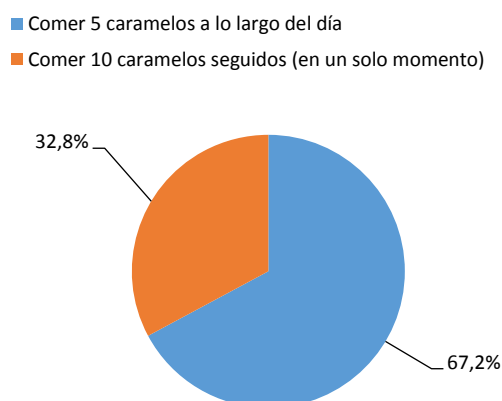
Figura 7. ¿Cuál de estos alimentos o bebidas considera que tiene una mayor capacidad de producir caries según su consistencia?

Los evaluados indican que consideran más cariogénico al caramelo de consistencia blanda o pegajosa el 58,2%, caramelo de consistencia dura el 31,3% y leche con chocolate el 10,4%

Tabla 13 ¿Qué frecuencia de alimentos considera que tiene una mayor capacidad de producir caries?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Comer 5 caramelos a lo largo del día	45	67,2	67,2	67,2
	Comer 10 caramelos seguidos (en un solo momento)	22	32,8	32,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	



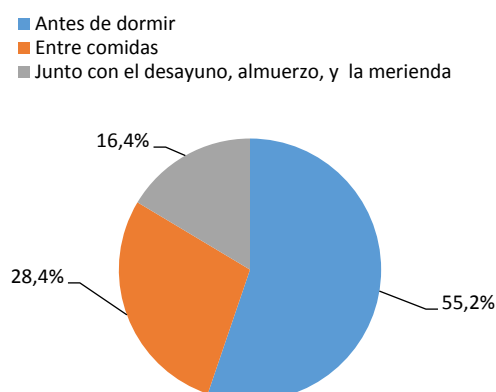


*Figura 8. ¿Qué frecuencia de alimentos considera que tiene una mayor capacidad de producir caries?*

Los evaluados indican que es más cariogénico comer 5 caramelos a lo largo del día el 67,2% y comer 10 caramelos seguidos (en un solo momento) el 32,8%.

*Tabla 14 ¿Qué momento de consumo de alimentos azucarados durante el día considera que tiene una mayor capacidad de producir caries?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Antes de dormir	37	55,2	55,2	55,2
	Entre comidas	19	28,4	28,4	83,6
	Junto con el desayuno, almuerzo, y la merienda	11	16,4	16,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

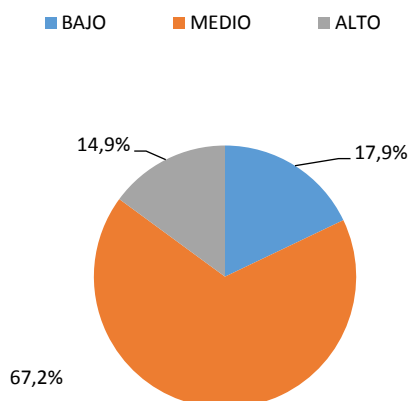


*Figura 9. ¿Qué momento de consumo de alimentos azucarados durante el día considera que tiene una mayor capacidad de producir caries?*

Los evaluados indican que es más cariogénico consumir alimentos antes de dormir el 55,2%, entre comidas el 28,4% y junto con el desayuno, almuerzo, y la merienda el 16,4%

*Tabla 15 Nivel de conocimiento de los padres*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	12	17,9	17,9	17,9
	MEDIO	45	67,2	67,2	85,1
	ALTO	10	14,9	14,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	



*Figura 10. Nivel de conocimiento de los padres*

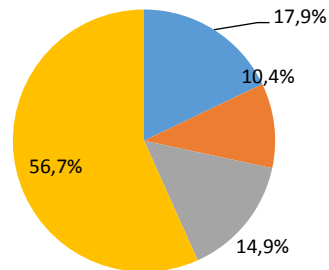
Del total de las evaluaciones, el 17,9% obtienen nivel bajo, el 67,2% nivel medio y el 14,9% nivel de conocimiento alto.

### **Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre hábitos alimenticios y el estado de salud bucal de sus hijos.**

*Tabla 16 Nivel CPOD/ ceod*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY BAJO	12	17,9	17,9	17,9
	BAJO	7	10,4	10,4	28,4
	MODERADO	10	14,9	14,9	43,3
	ALTO	38	56,7	56,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

■ MUY BAJO ■ BAJO ■ MODERADO ■ ALTO



*Figura 11. Nivel CPOD/ ceod*

Del total de las evaluaciones, el nivel muy bajo tienen el 17,9%, nivel bajo el 10,4%, nivel moderado el 14,9% y nivel alto el 56,7%.

*Tabla 17 Prueba T: comparación por género*

	Género Padre	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SUMA	Masculino	15	0,5780	0,14304	0,03693
	Femenino	52	0,6044	0,13199	0,01830

El género masculino ocupa el 57,8% y el femenino el 60,4%.

Tabla 18 Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene de prueba t para la igualdad de calidad de varianzas medias				
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)
SUMA	Se asumen varianzas iguales	0,098	0,755	-0,671	65	0,505
	No se asumen varianzas iguales			-0,641	21,368	0,528

Según la prueba T student, el nivel de significación (0,505) es superior a 0,05, por lo tanto estadísticamente son similares los conocimiento entre masculino y femenino, esto es alrededor del 60%.

Tabla 19 Anova: comparación por estado civil

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Casado/a	40	0,5858	0,13625	,02154	0,27	0,83
Soltero/a	18	0,6022	0,14727	,03471	0,37	0,87
Divorciado/a	7	0,6614	0,08764	,03313	0,53	0,80
Viudo/a	2	0,6000	0,09899	,07000	0,53	0,67
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>0,5985</b>	<b>0,13388</b>	<b>,01636</b>	<b>0,27</b>	<b>0,87</b>

Tabla 20 Anova: suma

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	,034	3	0,011	0,630	
Dentro de grupos	1,149	63	0,018		0,598
Total	1,183	66			

De la prueba ANOVA todos los estados civiles son similares en conocimiento ( $p=0,598$  es mayor a  $0,05$ ), por tanto el nivel total de conocimiento de todo el grupo es de **59,85%** (medio).

Tabla 21 Determinación por cuartiles

---

0 A 24,99% DEFICIENTE

---

25 A 49,99% BAJO

---

50 A 74,99% MEDIO

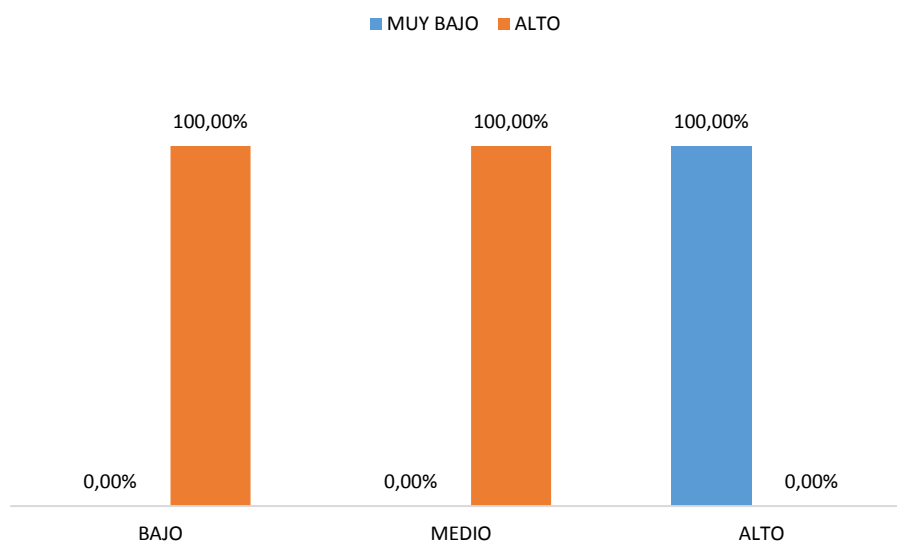
---

75 A 100% ALTO

---

Tabla 22 Nivel ceod y nivel de conocimiento

		NIVEL CONOCE			Total	
		BAJO	MEDIO	ALTO		
NIVEL ceo	MUY BAJO	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	16,7%
	ALTO	Frecuencia	3	2	0	5
		%	100,0%	100,0%	0,0%	83,3%
Total		Frecuencia	3	2	1	6
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



*Figura 12. Nivel ceod y nivel de conocimiento*

Los padres con nivel de conocimiento bajo o medio, tienen el 100% de sus hijos con un ceod alto, con nivel de conocimiento Alto, el 100% tienen nivel de caries muy bajo.

*Tabla 23 Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,00	2	0,049

En la Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,0049) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre los niveles de conocimiento no son similares en el nivel ceo, por lo tanto, no existe una relación significativa.

Tabla 24 Nivel ceod/ CPOD y nivel de conocimiento- 6 A 12 años

		NIVEL CONOCE				
		BAJO	MEDIO	ALTO	Total	
NIVEL CPOD ceo	MUY BAJO	Frecuencia	0	1	9	10
		%	0,0%	2,9%	75,0%	17,9%
	BAJO	Frecuencia	2	4	0	6
		%	22,2%	11,4%	0,0%	10,7%
	MODERADO	Frecuencia	3	7	0	10
		%	33,3%	20,0%	0,0%	17,9%
	ALTO	Frecuencia	4	23	3	30
		%	44,4%	65,7%	25,0%	53,6%
Total		Frecuencia	9	35	12	56
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

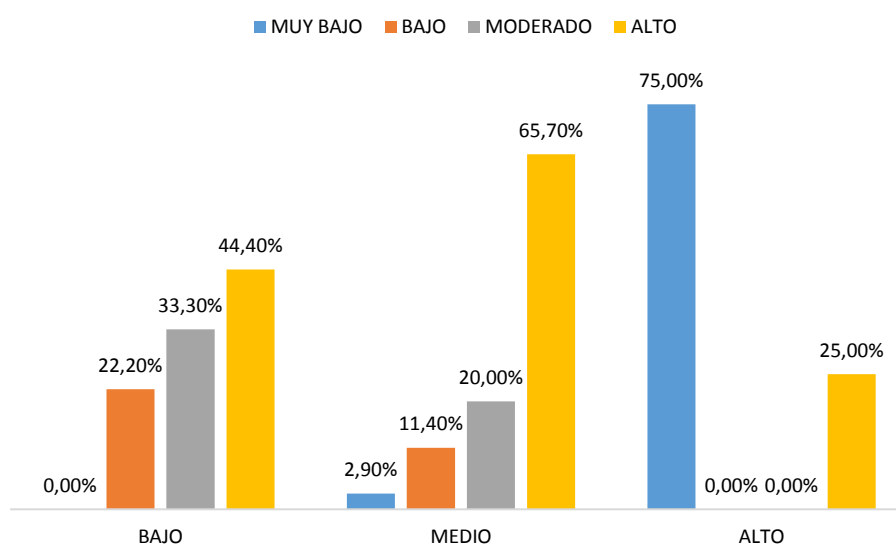


Figura 13. Nivel ceod/ CPOD y nivel de conocimiento- 6 A 12 años



Los padres con nivel de conocimiento bajo o medio, tienen el 44,4% y el 65,7% de sus hijos con un índice de caries alto, y aquellos con nivel de conocimiento alto, el 75% tienen un índice de caries muy bajo.

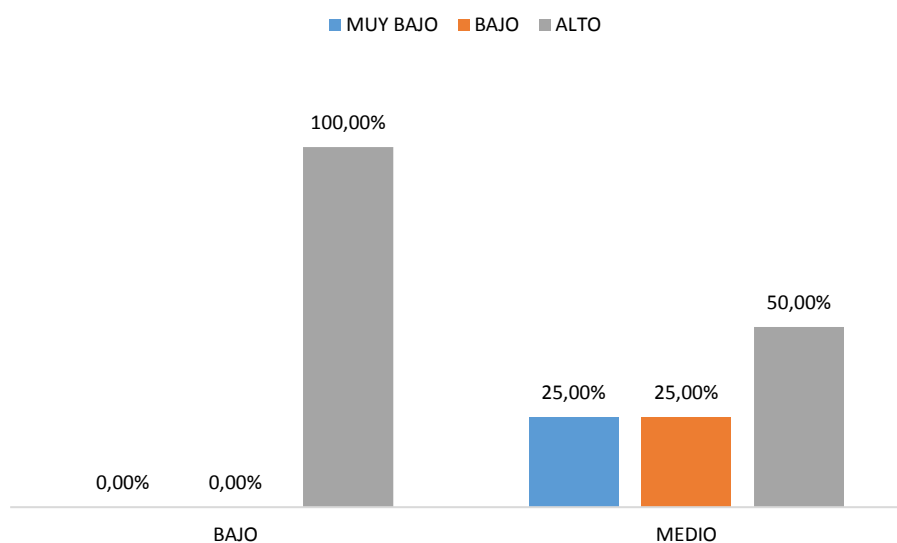
*Tabla 25* Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	36,747	6	0,000

En la Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad) los porcentajes entre los niveles de conocimiento no son similares en el nivel CPOD ceo, por lo tanto existe una relación significativa.

*Tabla 26* Nivel CPOD y nivel de conocimiento- 12 a 14 años

		NIVEL CONOCE			
			BAJO	MEDIO	Total
NIVEL CPOD	MUY BAJO	Frecuencia	0	1	1
		%	0,0%	25,0%	20,0%
	BAJO	Frecuencia	0	1	1
		%	0,0%	25,0%	20,0%
	ALTO	Frecuencia	1	2	3
		%	100,0%	50,0%	60,0%
Total		Frecuencia	1	4	5
		%	100,0%	100,0%	100,0%



*Figura 14. Nivel CPOD y nivel de conocimiento- 12 a 14 años*

En forma general los padres con conocimientos bajos en su mayoría (100%) tienen un alto índice de caries y los aquellos con nivel de conocimientos medio, sus hijos poseen índice CPOD alto (50%), medio (25%) y muy bajo (25%).

*Tabla 27 Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,833	2	0,659

En la Prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,659) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes entre los niveles de conocimiento son similares en el Nivel CPOD.

## 6. DISCUSIÓN

El presente estudio determinó que existen deficiencias en el conocimiento de los padres sobre hábitos alimenticios, ya que solo el 14% de ellos alcanzaron un nivel alto, mientras que el resto obtuvo un puntaje de bajo a medio. De igual manera Vanagas, G. et al. (2009. Pp.718-723) establecieron en su evaluación que el 77% de los padres poseían un conocimiento deficiente sobre dieta cariogénica.

Además, se demostró que existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y la salud oral de los niños, ya que aquellos padres que poseían un nivel de conocimiento bajo-medio, sus hijos presentaron un mayor índice de caries. En concordancia, Silva, S. et al. (2013. Pp.345-352), determinaron que el nivel de conocimiento sobre los factores relacionados con la salud oral de los padres fue significativamente asociado a la salud oral que poseían tanto los padres como sus hijos. Así mismo, Dye, B., Vargas, C., Lee, J., Magder, L., y Tinanoff, N. (2011. Pp. 173-183) coinciden con que la salud oral de la madre es un predictor importante en la salud oral de sus hijos, en este caso, aquellos niños cuyas madres poseían un alto índice de caries eran tres veces más propensos a tener una mayor experiencia de caries, observando una relación similar en cuanto a la pérdida de piezas dentales.

Igualmente, Adeniyi, A., Ogunbodede, E., Jeboda, S., y Folayan, M. (2009. Pp. 448-454) detallan que las prácticas y el conocimiento materno serán un determinante esencial sobre el estado de salud bucal de sus hijos, ya que madres con un mejor nivel de conocimiento tendrán hijos con un menor índice de caries.

Carvalho, T., et al. (2012. Pp. 557-563) sustentan la información antes señalada, asegurando que el nivel de conocimiento, la actitud y la condición socioeconómica de los padres de familia influyen directamente sobre la salud oral de los niños por lo tanto consideran importante que los padres reconozcan sus fallas y de esta manera optimicen su noción sobre el tema.

No obstante, Lipa, L, et al. (2012. Pp. 14-18) no hallaron una asociación significativa en su investigación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres, con el estado de salud oral del niño. Ya que, aunque las madres poseían un nivel de conocimiento entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no fueron transmitidos o aplicados correctamente, lo cual se demuestra con un índice de higiene bucal deficiente y un nivel de caries regular en los niños.

Estos resultados podrían justificarse debido a que existen ocasiones en que los padres poseen un conocimiento adecuado, sin embargo, no son ellos quienes cuidan de sus hijos, ejemplificando con un estudio realizado por Mani, S., Aziz, A., John, J., e Ismail, N. (2010. Pp. 78-83) en el cual evalúan el nivel de conocimiento de los cuidadores de una escuela, y mencionan que se evidenció falencias en el conocimiento, demostrando que el 85% de cuidadores aseguró brindar alimentos o bebidas azucaradas a los niños.

## **7. CONCLUSIONES**

Se evaluó el nivel conocimiento sobre hábitos alimenticios de los padres y se determinó que este incidió con el índice ceod o CPOD de los pacientes pediátricos ya que, aquellos que poseían un nivel de conocimiento bajo a medio sus hijos presentaron un alto índice de caries.

Se identificó que existe un nivel de conocimiento bajo-medio sobre hábitos alimenticios en los padres de los pacientes pediátricos que acudieron al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas, por lo que se determinó que existen deficiencias en dicho conocimiento.

En la revisión del índice ceod o CPOD, de los pacientes pediátricos que acudieron al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas, se estableció que existe un alto índice de caries.

## 8. RECOMENDACIONES

Ante la ejecución y evaluación de la presente investigación se recomienda:

Crear programas de prevención y promoción de la salud bucal, que permitan la capacitación de los padres en cuanto a hábitos alimenticios saludables con el fin de optimizar el nivel de conocimiento, pero principalmente profundizando en que este conocimiento sea transmitido a sus hijos correctamente evitando así, el riesgo de desarrollar caries.

Desarrollar planes que permitan brindar información a las escuelas y al personal de las mismas sobre la importancia de la dieta en el desarrollo de la caries con el fin de que exista un mejor control, no solo en los hogares, sino también en las instituciones educativas siendo esta donde los niños pasan una gran parte del tiempo.

Realizar futuros estudios donde se profundice sobre temas relacionados a la dieta y el riesgo cariogénico que esta puede producir, determinando si existen otras variables que puedan influir para el desarrollo de esa enfermedad.

## REFERENCIAS

- Adeniyi, A., Ogunbodede, E., Jeboda, S., y Folayan, M. (2009). Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children?. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19(6), 448-454.
- Aguilar, N., Navarrete, K., Robles, D., Aguilar, S., y Rojas, A. (2009). Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 1(2), 27-32.
- Arrow, P., Raheb, J., y Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health*, 13 (245), 1-9.
- Berge, J., Larson, N., Bauer, K., y Neumark-Sztainer, D. (2011). Are parents of young children practicing healthy nutrition and physical activity behaviors?. *Pediatrics*, 127(5), 881-887.
- Bradshaw, D., Lynch, R. (2013). Diet and the microbial etiology of dental caries: new paradigms. *International dental journal*, 63(2), 64-72.
- Campus, G., Cagetti, M., Sale, S., Carta, G., y Lingström, P. (2012). Cariogram validity in schoolchildren: a two-year follow-up study. *Caries research*, 46(1), 16-22.
- Carvalho, T., Abanto, J., Mendes, F., Raggio, D., y Bönecker, M. (2012). Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Brazilian Oral Research*, 26(6), 557-563.
- de Amorim, R., Figueiredo, M., Leal, S., Mulder., y Frencken, J. (2012). Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II. *Clinical oral investigations*, 16(2), 513-520.
- Díaz, N., Fajardo, Z., Páez, M., Solano, L., y Pérez, M. (2013). Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos y prevalencia de caries dental en

escolares venezolanos de estrato socioeconómico bajo. *Acta Odontológica Venezuela*, 51(2). 1-1.

- Dye, B., Li, X., y Beltrán-Aguilar, E. (2012). Selected oral health indicators in the United States, 2005–2008. *NCHS data brief*, 96, 1-8.
- Dye, B., Vargas, C., Lee, J., Magder, L., y Tinanoff, N. (2011). Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *The Journal of the American Dental Association*, 142(2), 173-183.
- Esfahani, F., Asghari, G., Mirmiran, P., y Azizi, F. (2010). Reproducibility and relative validity of food group intake in a food frequency questionnaire developed for the Tehran Lipid and Glucose Study. *Journal of epidemiology*, 20(2), 150-158.
- Ferrari, M. (2013). Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. *Diaeta*, 31(143), 20-25.
- Fox, C. (2010). Evidence summary: do people living in deprived areas define oral health differently from people who live in less deprived areas?. *British dental journal*, 208(9), 411-412.
- García Vega, L. (2012). Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene bucal con caries dental en escolares. *Kiru*, 9(1), 34-38.
- Garza, M., y Reyes, D. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *Salus*, 12(1).
- González, A., González, B., González, E. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (4), 64-71
- González, F., Sánchez, R., Carmona, L. (2009). Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla, Cartagena. *Revista de salud pública*, 11(4), 620-630

- Gudkina, J., y Brinkmane, A. (2010). The impact of salivary mutans streptococci and sugar consumption on caries experience in 6-year olds and 12-year olds in Riga. *Stomatologija*, 12(2), 56-59.
- Gupta, P., Gupta, N., Pawar, A., Birajdar, S., Natt, A., y Singh, H. (2013). Role of sugar and sugar substitutes in dental caries: A review. *ISRN dentistry*, 1-5.
- Hara, A., Zero, D. (2010) The caries environment: saliva, pellicle, diet, and hard tissue ultrastructure. *Dental Clinics of North America*, 54(3), 455-467
- Holgerson, P., Twetman, S., y Stecksèn-Blicks, C. (2009). Validation of an age-modified caries risk assessment program (Cariogram) in preschool children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 67(2), 106-112.
- Honkala, S., Runnel, R., Saag, M., Olak, J., Nömmela, R., Russak, S., y Honkala, E. (2014). Effect of erythritol and xylitol on dental caries prevention in children. *Caries research*, 48(5), 482-490.
- Ismail, A., Sohn, W., Lim, S., y Willem, J. (2009). Predictors of dental caries progression in primary teeth. *Journal of dental research*, 88(3), 270-275.
- James, D. (2014). Factors influencing food choices, dietary intake, and nutrition-related attitudes among African Americans: application of a culturally sensitive model. *Ethnicity and Health*, 9(4), 349-367.
- Johansson, I., Lif Holgerson, P., Kressin, N., Nunn, M., y Tanner, A. (2010). Snacking habits and caries in young children. *Caries research*, 44(5), 421-430.
- Kaur, B. (2009). Evaluation of oral health awareness in parents of preschool children. *Indian Journal of Dental Research*, 20(4), 463-465.
- Lawder, J., Mendes, Y., Gomes, G., Mena Serrano. A., Czulniak, G., y Wambier, D. (2011). Análisis del impacto real de los hábitos alimenticios y nutricionales en el desarrollo de la caries dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49(2).



- Lipa, L., Villacampa, S., Reátegui, C., Alva, E., Huasupoma, M., Rodríguez, A. y Aguirre, A. (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina*, 15(1), 14-18.
- Llena, C., y Calabuig, E. (2017). Risk factors associated with new caries lesions in permanent first molars in children: a 5-year historical cohort follow-up study. *Clinical Oral Investigations*, 1-8.
- Macias M., Gordillo S., y Camacho R. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.
- Macias, A., Gordillo, L., y Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.
- Mani, S., Aziz, A., John, J., e Ismail, N. (2010). Knowledge, attitude and practice of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in Kubang Kerian, Malaysia: A preliminary study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 28(2), 78-83.
- Martins, P., Vieira, R., Corrêa, P., Oliveira, F., Marques, L., y Ramos-, M. (2013). Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries research*, 47(3), 211-218.
- McGowan, L., Cooke, L., Gardner, B., Beeken, R., Croker, H., y Wardle, J. (2013). Healthy feeding habits: efficacy results from a cluster-randomized, controlled exploratory trial of a novel, habit-based intervention with parents. *The American journal of clinical nutrition*, 98(3), 769-777.
- McLeod, E., Campbell, K., y Hesketh, K. (2011). Nutrition knowledge: a mediator between socioeconomic position and diet quality in Australian first-time mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(5), 696-704.

- Mobley, C., Marshall, T., Milgrom, P., y Coldwell, S. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic pediatrics*, 9(6), 410-414.
- Moncada, G., Urzúa, I. (2008) Cariología Clínica. Bases preventivas y restauradoras. (1ed.) Santiago, Chile.
- Muñoz, B. (2016) La dieta cariogénica. *Publicaciones Didacticas*. 74. 444-674
- Naidu, R., Nunn, J., y Forde, M. (2012). Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BMC oral health*, 12 (27), 1-14.
- Nayak, P., Nayak, U., y Khandelwal, V. (2014). The effect of xylitol on dental caries and oral flora. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 6, 89-94.
- Nurelhuda, N., Trovik, T., Ali, R., y Ahmed, M. F. (2009). Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a school-based survey. *BMC oral health*, 9(1), 15. 1-9
- Olczak-Kowalczyk, D., Turska, A., Gozdowski, D., y Kaczmarek, U. (2016). Dental Caries Level and Sugar Consumption in 12-Year-Old Children from Poland. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 25(3), 545-550.
- Park, Y., Jeong, S., Zeng, J., Kim, S., Hong, S., Ohk, S., y Choi, C. (2014). Anti-cariogenic effects of erythritol on growth and adhesion of *Streptococcus mutans*. *Food Science and Biotechnology*, 23(5), 1587-1591.
- Piovano, S., Squassi, A., y Bordoni, N. (2010). Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*, 25(58), 29-43.
- Ramos-Gomez, F., Crystal, Y., Ng, M., Crall, J., y Featherstone, J. (2010). Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. *Journal of the California Dental Association*, 38(10), 746-761.

- Reynoso, V., Morales, A., Soto, C., Gurza, M., y Quintero, E. (2009). Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 66(3), 10-20.
- Rodríguez, R., Traviesas, E., Lavandera, E., y Duque, M. (2009). Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(2), 0-0
- Saavedra, J., y Dattilo, A. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 379-385.
- Salvy, S., Elmo, A., Nitecki, L., Kluczynski, M., y Roemmich, J. (2011). Influence of parents and friends on children's and adolescents' food intake and food selection. *The American journal of clinical nutrition*, 93(1), 87-92.
- Sarabia, M., Gómez Meriño, M., y García-Roco Pérez, O. (2005). La dieta y su relevancia en la caries dental y la enfermedad periodontal. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(1), 132-141
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., y Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American journal of clinical nutrition*, 94(6), 2006-2011.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(S1), S22-S25
- Silva, A., Ashbolt, R., Green, J., Calache, H., Keith, B., Riggs, E., y Waters, E. (2013). Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(4), 345-352.

- Suárez, L., Tomás, L., Lozada, P., & Rosabal, A. (2011). Caries dental y su relación con la dieta cariogénica en pacientes atendidos por urgencias. *Correo Científico Médico de Holguín*, 15(3), 1-12.
- Suresh, B., Ravishankar, T., Chaitra, T., Mohapatra, A., y Gupta, V. (2010). Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 28(4), 282-287.
- Vanagas, G., Milasauskiene, Z., Grabauskas, V., y Mickeviciene, A. (2009). Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. *Medicina (Kaunas)*, 45(9), 718-723.
- Variyam, J. N. (2001). Overweight children: is parental nutrition knowledge a factor? *Food review-washington DC*, 24(2), 18-22.
- Vlismas, K., Stavrinou, V., y Panagiotakos, D. B. (2009). Socio-economic status, dietary habits and health-related outcomes in various parts of the world: a review. *Central European journal of public health*, 17(2), 55-63.
- Zafar, S., Harnekar, S., y Siddiqi, A. (2009). Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *Int Dent SA*, 11, 24-36

## **ANEXOS**

## Anexo 1.

### Encuesta



### Nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios

La siguiente encuesta tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre hábitos alimenticios en los padres de los pacientes pediátricos que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA

1. Edad

2. Género

- Masculino
- Femenino

3. Estado civil

- Casado
- Soltero
- Viudo
- Divorciado

4. ¿Cuál de los siguientes alimentos consume su hijo en mayor cantidad?

- Frutas y verduras
- golosinas (chocolates, galletas)
- Carbohidratos (arroz, papas, pan)

5. ¿Qué bebida consume mayormente en el día?

- Jugos naturales sin azúcar
- Jugos naturales con azúcar
- Gaseosas o bebidas azucaradas
- Agua

6. ¿Al momento de consumir fruta, de qué forma prefiere darle a su hijo/a?

- Jugo natural con azúcar

- Fruta

7. ¿Cuál de estos dulces o bebidas considera más cariogénico, según su consistencia?

- Caramelo de consistencia dura
- Caramelo de consistencia blanda o pegajosa
- Leche con chocolate

8. Que frecuencia de alimentos considera más cariogénico?

- Comer 10 caramelos seguidos (en un solo momento)
- Comer 5 caramelos a lo largo del día

9. ¿En qué momento del día considera que los alimentos azucarados podrían producir más caries?

- Junto con el desayuno, almuerzo, y la merienda
- Antes de dormir
- Entre comidas

## Anexo 2

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo:..... con  
cedula de identidad:....., manifiesto que se me ha informado  
sobre el trabajo investigativo: “Evaluación del nivel de conocimiento sobre  
hábitos alimenticios en los padres, y la salud bucal de los pacientes pediátricos  
que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la UDLA”, Teniendo  
en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines  
de estudio; acepto llenar la encuesta y que mi menor hijo sea examinado por la  
responsable del trabajo.

Nombres y apellidos del Padre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del niño: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_



### Anexo 3

#### *Cuantificación de la OMS para el índice CPOD y ceod*

---

<b>0,0 a</b>	<b>1,1</b>	<b>:</b>	<b>muy bajo</b>
<b>1,2 a</b>	<b>2,6</b>	<b>:</b>	<b>bajo</b>
<b>2,7 a</b>	<b>4,4</b>	<b>:</b>	<b>moderado</b>
<b>4,5 a</b>	<b>6,5</b>	<b>:</b>	<b>alto</b>

---

