



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA DE DIFERENTES GENERACIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE CARIOS EN LA DENTICIÓN INFANTIL Y LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA

Presenta:

C.D. Karime Ahumada Soto

Dirigido por:

C.D.E.O Laura Adriana Servín Maxemín

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

 **Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

 **NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

 **SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

“Nivel de conocimiento de los padres de familia de diferentes generaciones sobre
la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos
alimenticios”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Odontopediatría

Presenta:
C.D Karime Ahumada Soto

Dirigido por:
C.D.E.O Laura Adriana Servín Maxemín

C.D.E.O Laura Adriana Servín Maxemín
Presidente

C.D.E.O Perla Paola Arellano Nabor
Secretario

C.D.E.O Claudia Mérida Ruiz
Vocal

C.D.E.O Laura Celeste Herrera Alaniz
Suplente

C.D.E.O Cynthia Castro Martínez
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Abril 2025
México

Resumen

Introducción: la caries dental es la enfermedad crónica infecciosa más común en la infancia, causada por la interacción de bacterias, principalmente *Streptococcus mutans* y alimentos azucarados sobre el esmalte. Algunos autores mencionan que existen diferentes factores tales como sociales, demográficos, factores de conducta como ingreso familiar, nivel socioeconómico, hábitos de cepillado, conocimiento de padres y grado de escolaridad de la madre que influencian la salud oral durante la infancia. **Objetivo:** determinar qué grupo de padres de familia tiene mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios, los de la generación X, los de la generación Y o los de la generación Z. **Material y métodos:** estudio prospectivo, transversal, observacional, comparativo. Se aplicó un cuestionario de 17 preguntas a 150 padres de familia que acudieron a la clínica odontológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro en el área de Odontopediatría. Se analizaron los datos cualitativos en frecuencia y porcentaje. Para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se realizó la prueba Chi², la diferencia estadísticamente significativa fue establecida por el valor de $p<0.05$. los datos fueron confidenciales y en todo momento se cumplieron los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki. **Resultados:** se presentaron en cuadros y existió diferencia estadísticamente significativa en 4 de las 17 preguntas realizadas a los padres de familia. **Conclusiones:** El presente estudio demostró que la generación X tiene un nivel de conocimiento superior al de la generación Y y generación Z sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

Palabras clave: caries dental, hábitos alimenticios, padres de familia, nutrición.

Summary

Introduction: dental caries is the most common chronic infectious disease in childhood caused by the interaction of bacteria, primarily streptococcus mutans, and sugary food on the enamel. Some authors mention that various factors, such as social, demographic and behavioral factors such as family income, socioeconomic status, brushing habits, parental knowledge and maternal education, influence oral health during childhood. **Objective:** To determine which group of parents has the greatest knowledge about the relationship between the risk of cavities in children's teeth and eating habits: those of Generation X, Generation Y, or Generation Z.

Materials and methods: A prospective, cross-sectional, observational, comparative study was conducted. A 17-item questionnaire was administered to 150 parents who attended the Pediatric Dentistry Department of the Faculty of Medicine of the Autonomous University of Querétaro. Qualitative data were analyzed in terms of frequency and percentage. The Chi² test was performed to determine statistically significant differences between groups; a p-value of <0.05 was considered statistically significant. Data were kept confidential, and the ethical principles proposed in the Declaration of Helsinki were adhered to at all times. **Results:** they were presented in tables and there was a statistically significant difference in 4 of the 17 questions asked to parents. **Conclusions:** this study demonstrated that Generation X has a higher level of knowledge than Generation Y and Generation Z about the relationship between the risk of caries in children's teeth and eating habits.

Key words: tooth decay, eating habits, parents, nutrition.

Dedicatorias

A mis padres, Jesús Alfonso y Rosario, quienes me han apoyado toda mi vida para cumplir mis sueños y por su amor incondicional. Este logro es tanto de ustedes como mío.

A mi esposo Luis Martín, por tu amor y apoyo en todo momento. Gracias por creer en mí, por tu paciencia y comprensión. Te dedico este logro con todo el amor y gratitud.

Agradecimientos

A mis padres y a mi esposo por su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanas por siempre estar presentes en todas las etapas de mi vida.

A mis docentes y a mi directora de tesis por todas las enseñanzas durante este camino.

A mis amigas de posgrado, por hacer este camino placentero y por todas sus enseñanzas.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	6
IV. Hipótesis o supuestos	13
V. Objetivos	14
V.1 General	14
V.2 Específicos	14
VI. Material y métodos	15
VI.1 Tipo de investigación	15
VI.2 Población o unidad de análisis	15
VI.3 Muestra y tipo de muestra	15
VI.3.1 Criterios de selección	15
VI.3.2 Variables estudiadas	16
VI.4 Procedimientos	16
VI.4.1 Análisis estadístico	19
VI.4.2 Consideraciones éticas	19
VII. Resultados	20
VIII. Discusión	29
IX. Conclusiones	32
X. Propuestas	33

XI. Bibliografía	34
XII. Anexos	39

Índice de cuadros

Cuadro	Título	Página
1	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿a partir de qué edad comenzó el cepillado de dientes de su hijo (a)?	20
2	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿considera que la ingesta de azúcar está relacionada con la formación de caries?	20
3	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué es lo que bebe su hijo en el día y en las noches?	21
4	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué tan frecuente consume dulces?	21
5	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿utilizó alimentación con biberón?	22
6	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿endulzó el biberón con alguna de estas opciones?	22
7	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿bebé en botella o biberón bebidas que no sean agua?	23
8	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿para prevenir la caries dental se recomienda?	23
9	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿toma snacks o bebidas azucaradas entre horas?	24
10	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿a qué edad consumió alimentos con azúcar añadida por primera vez?	24
11	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿considera que un niño menor de 2 años necesita consumir alimentos con azúcar añadida?	25

12	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuánto es la cantidad recomendada de consumo de azúcar al día en niños de 2-4 años?	25
13	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes alimentos es de su preferencia para desayuno?	26
14	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué tipo de postres le da habitualmente a su hijo?	26
15	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿con qué frecuencia suele consumir verduras su hijo?	27
16	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes grupos de alimentos considera que esté relacionado con la caries dental?	27
17	Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes alimentos y bebidas considera que favorece a la formación de caries dental?	28

Abreviaturas y siglas

n: número de población

genX: generación X

genY: generación Y

genZ: generación Z

I. Introducción

La caries dental es la enfermedad crónica infecciosa más común en la infancia, causada por la interacción de bacterias, principalmente *Streptococcus mutans* y alimentos azucarados sobre el esmalte. Estas bacterias descomponen los azúcares para obtener energía, causando un ambiente ácido en la cavidad oral y resulta en la desmineralización del esmalte de los dientes y la caries dental (Douglass et al., 2004). A pesar de los nuevos hallazgos sobre el origen, la concientización y los posibles factores de riesgo de la caries en la infancia temprana, ésta permanece como un problema de salud oral a nivel mundial (Çolak et al., 2013).

La caries de la infancia temprana puede, si no se trata, provocar dolor, reducir la calidad de vida y dificultar la alimentación, y puede afectar el estado nutricional y el desarrollo del niño. La prevalencia de caries en la primera infancia varía entre comunidades, pero suele ser alta en comunidades desfavorecidas y entre inmigrantes desfavorecidos (Grindefjord et al., 1993; Jose & King, 2003; Milnes, 1996; Petersen & Esheng, 1998; Wennhall et al., 2002).

Los principales factores de riesgo de caries de infancia temprana son: la edad del niño y la frecuencia de consumo de azúcar entre comidas, además, existe otro factor como es la pobreza siendo considerado un determinante social a nivel global, por esto, es importante la educación que poseen los cuidadores y como prevención los hábitos que enseñan a los niños relacionados a salud oral, estos son considerados factores significativos (Armas-Vega et al., 2019; Echeverría-López et al., 2020).

Tinanoff y O'sullivan (1997), mencionan que existen diferentes factores tales como sociales, demográficos, factores de conducta como ingreso familiar, nivel socioeconómico, hábitos de cepillado, conocimiento de padres y grado de escolaridad de la madre que influencian la salud oral durante la infancia.

Los padres son la principal fuerza social que influye en el desarrollo de los niños en la primera infancia, por lo que enfocarse en las creencias y prácticas de salud oral de los padres puede ser importante en la prevención de problemas de salud bucal tales como mala higiene bucal y caries dental (Hooley et al., 2012).

Se ha sugerido que la historia familiar tiene un impacto en el resultado de factores no genéticos, por ejemplo, factores ambientales, exposiciones y hábitos comunes (Shearer et al., 2011). Con el fin de mejorar la salud oral de niños pequeños, es importante convencer a los padres de familia de participar activamente en preservar la salud oral de sus descendientes (Menghini et al., 2008).

Los niños menores de 5 años pasan la mayoría de su tiempo con sus madres, durante este tiempo, la rutina de la infancia temprana y los hábitos son adquiridos. Éstos incluyen hábitos alimenticios que se practican en casa, y dependen del conocimiento y comportamiento de los padres. El conocimiento de los padres y sus creencias, afectan la higiene oral y los hábitos alimenticios, éstos influyen en la salud oral de los niños y sus repercusiones (Begzati et al., 2014a).

Dentro de la familia, el rol de la madre ha sido enfatizado en relación con los hábitos de salud oral del niño y su estado. Considerando la interacción tan cercana entre el niño y la madre, el rol de ella es un recurso importante para la percepción y aceptación de valores, actitudes y comportamientos (Saied-Moallemi et al., 2008).

La ingesta excesiva de azúcar en niños y adolescentes desde edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia y se vincula directamente a una serie de afecciones a la salud oral. La falta de información y la facilidad de acceso a una gran variedad de productos en el mercado, permite que éstos se ofrezcan a los niños desde bebés. La diferencia generacional de los padres de familia se da de acuerdo a la edad, y esto, generalmente implica diferencias en cuanto al dominio del tema de salud oral.

II. Antecedentes

La caries dental en niños pequeños y bebés tiene un patrón distintivo. Se han utilizado diferentes nombres y terminología para referirse a la presencia de caries dental en niños muy pequeños (Tinanoff, 1998). Las definiciones que se utilizaron por primera vez para describir esta afección estaban relacionadas a la etiología, con el enfoque en el uso inapropiado de cuidados neonatales. Los siguientes términos se usan indistintamente: caries de la primera infancia, caries de biberón, caries dental de la primera infancia, caries de consolador, caries de enfermería, caries anterior maxilar, caries rampante y muchos más (Dilley et al., 1980; Ismail & Sohn, 1999). Algunos de estos términos indican las causas de caries dental en niños en edad preescolar (Ismail & Sohn, 1999). La caries causada por biberón se refiere a la caries en los dientes de un bebé, asociada con lo que las bebidas que toma (Lacroix et al., 1997). Sin embargo, algunos autores utilizan el término “caries neonatal” porque designa el uso inapropiado del biberón y prácticas neonatales como los factores causales (Dilley et al., 1980; Ripa, 1988). El término “caries de la infancia temprana” se está volviendo cada vez más popular con dentistas e investigadores dentales por igual (Lacroix et al., 1997).

Los carbohidratos fermentables son un factor en el desarrollo de caries. El pequeño tamaño de las moléculas de azúcar permite que la amilasa salival divida las moléculas en componentes que las bacterias de la placa pueden metabolizar fácilmente (Jensen, 1999).

La mejor evidencia disponible indica que el nivel de caries dental es bajo en países donde el consumo de azúcares libres es inferior a 40–55 g por persona por día. El riesgo de caries es mayor si los azúcares se consumen con mucha frecuencia y se mantienen en la boca durante períodos prolongados (Misra et al., 2007).

Aún en países desarrollados, existe la creencia que los niños no necesitan visitas dentales a edad temprana, porque eventualmente se perderán los dientes deciduos. En un estudio realizado en la República de Kosovo, se encontró que el 18% de las madres que participaron, no tenían idea cuando deberían visitar al dentista por primera vez, mientras que más de la mitad creían que sus hijos deberían visitar al dentista por primera vez a los 3 años. Desafortunadamente, una porción considerable (18%) creía que la primera visita al dentista debería ser sólo cuando el niño presenta dolor. Mientras que la creencia común muchos años atrás era que la primera consulta dental debería ser a los 3 años, hoy en día las madres necesitan ser alentadas para llevar a sus hijos a la consulta dental antes del primer año de vida, específicamente entre los 6 y 12 meses de edad (Begzati et al., 2014).

El déficit o exceso de alimentos ricos en azúcar acompañados de una mala higiene conllevan a que el individuo sea propenso a varias enfermedades bucales tal como es la caries dental o metabólicas con manifestaciones orales. Los carbohidratos tienen la función de brindarnos energía, mismos que nos proporcionan 4Kcal/g, y según el número de sacáridos se pueden clasificar en monosacáridos que son los más sencillos, los disacáridos formados por dos monosacáridos como la maltosa, lactosa o sacarosa y los polisacáridos que se forman por varias moléculas de monosacáridos como el glucógeno, celulosa, almidón, siendo recomendable el conocimiento del tipo de azúcar, con el fin de reconocer los alimentos más cariogénicos y promover la reducción de su consumo a edades tempranas (Higashida, 2000; Roca et al., 2020).

Se han informado diferentes patrones de consumo de refrigerios en función de los ingresos del hogar: las personas con ingresos iguales o inferiores al umbral de pobreza en los EE. UU. consumían con mayor frecuencia, papas fritas, leche entera y bebidas de frutas, mientras que las personas con ingresos más altos consumían más refrigerios salados a base de cereales, frutas, leche descremada, refrescos, café y té (Briefel & Johnson, 2004). Los hábitos dietéticos han cambiado en todos los grupos de edad en las poblaciones occidentales en las últimas

décadas, incluida una ingesta casi duplicada de bocadillos altos en energía y bajos en nutrientes (Adair & Popkin, 2005; Briefel & Johnson, 2004).

El nivel de conocimiento de los padres sobre nutrición influye de manera importante en su comportamiento y actitud al elegir el menú de alimentos para sus hijos. Un buen estado nutricional determinará el valor porcentual del estado nutricional a nivel nacional. Por otro lado, el desconocimiento de la alimentación provocará una mala elección de alimentos que implicará un bajo índice de nutrición y conducirá a niños con desnutrición (Depkes, 2000).

Existen estudios donde el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a nutrición infantil, resultaron no adecuados. Al realizar un estudio transversal, donde se analizaron padres de familia de 43 niños en una escuela de la India, y cuyo instrumento utilizado fue uno creado por los investigadores, hallaron que el conocimiento de la madre por lo general era moderado con un 53.5% (Puspasari, 2019).

El nivel de educación es un indicador socioeconómico importante que refleja el conocimiento y las habilidades para tomar decisiones sobre comportamientos saludables (Laaksonen et al., 2005). Por ejemplo, los padres con un alto nivel educativo reportan actitudes más positivas e intenciones más fuertes para controlar el consumo de azúcar de los niños que los padres con bajo nivel educativo (ÅstrØm & Kiwanuka, 2006).

Los padres de familia están al tanto de cuestiones generales sobre la salud bucal de los niños, como el consumo de alimentos altos en azúcar es el causante de las caries y que los dientes deben ser higienizados; pero en temas específicos como el origen bacteriano de la caries, uso del dentífrico fluorado, la supervisión del cepillado por los padres y la importancia de la visita odontológica a temprana edad; se observan limitaciones de conocimiento (Franco et al., 2004; Tiwari et al., 2017).

III. Fundamentación teórica

Nutrición y salud oral

La nutrición infantil tiene como objetivo fundamental garantizar el bienestar pleno del niño o niña mediante el crecimiento y desarrollo óptimos de acuerdo a su edad y a sus características intrínsecas como individuo. En este sentido, aportar los nutrientes específicos necesarios para lograr tal fin mediante el establecimiento de hábito alimentarios educados son indispensables para prevenir problemas de salud posteriores que pueden ser de mayor o menor gravedad (Osorio et al., 2002).

La nutrición es el principal factor de interacción entre padres e hijos, especialmente durante el primer año de vida, empezando por la lactancia materna. (Ramos et al., 2000)

La garantía de una buena nutrición infantil se transfigura en una responsabilidad o competencia exclusiva de los padres; que precisa de un conocimiento teórico y práctico óptimo, direccionado a una preparación correcta y balanceada que se complemente con la actividad física (Becerra et al., 2018).

La educación en salud, como uno de los aspectos importantes de la odontología preventiva, juega un papel importante en la promoción y el logro de una buena salud bucal. La higiene oral adecuada, la nutrición, las visitas regulares al dentista y la profilaxis con flúor tienen un impacto significativo en la salud oral (Ramos-Gomez et al., 2010).

Las dietas saludables se caracterizan por una variedad de alimentos y un aporte energético equilibrado y deben acompañar a todo ser humano desde la primera infancia. La nutrición es uno de los factores ambientales que pueden afectar el crecimiento y el neurodesarrollo pediátrico junto con aspectos demográficos, socioeconómicos y comportamentales. (Moreno et al., 2013)

La relación entre dieta, nutrición, salud y enfermedad bucal puede describirse mejor como una vía sinérgica de doble sentido. La dieta tiene un efecto local sobre la salud bucal, principalmente sobre la integridad de los dientes, pH y composición de la saliva y la placa. La nutrición, sin embargo, tiene un efecto sistémico sobre la integridad de la cavidad bucal, incluyendo dientes, periodonto (estructura de soporte de los dientes), mucosa oral y hueso alveolar. Alteraciones en la ingesta de nutrientes secundarias a cambios en la dieta, absorción, metabolismo o excreción, puede afectar la integridad de los dientes, los tejidos circundantes y el hueso, así como la respuesta a la cicatrización. (Touger-Decker & van Loveren, 2003)

El proceso de caries se puede describir como la pérdida de mineral (desmineralización) cuando el pH de la placa cae por debajo del valor crítico de 5,5; el valor crítico para la disolución del esmalte es 5-6, y un pH promedio de 5,5 es el valor generalmente aceptado. Se produce la reposición del mineral (remineralización), cuando el pH de la placa aumenta. La presencia de fluoruro reduce el pH crítico en 0,5 unidades de pH, ejerciendo así su efecto protector. El desarrollo de una lesión es el resultado del equilibrio entre desmineralización y remineralización, en la que este último proceso es significativamente más lento que el primero. (Miller, 1891).

La dieta y la nutrición pueden interferir con el equilibrio entre la desmineralización y la remineralización de los dientes de varias maneras. La dieta proporciona azúcares y otros carbohidratos fermentables, que son metabolizados a ácidos por las bacterias de la placa. El pH bajo resultante favorece el crecimiento de las bacterias acidogénicas. Por el contrario, una dieta baja en azúcares añadidos, carbohidratos fermentables y rica en calcio puede favorecer la re-mineralización. La sacarosa facilita la colonización de los dientes por *Streptococcus mutans* y su crecimiento. (Krasse et al., n.d.; Van Houte et al., 1976)

La forma del carbohidrato fermentable influye directamente en la duración de la exposición y retención del alimento en los dientes. La retención oral prolongada de componentes cariogénicos de los alimentos pueden conducir a períodos prolongados de producción de ácido y desmineralización y a períodos más cortos de remineralización. La duración también puede verse influenciada por la frecuencia y la cantidad de carbohidratos fermentables consumidos. (Kashket et al., 1991; Lingström et al., 2000)

La dieta y nutrición pueden favorecer a la remineralización cuando su contenido es alto en calcio, fosfato y proteína. (Jensen, M. E., & Wefel, J. S., 1990).

A pesar del abrumador consenso sobre el papel causal de los azúcares en la caries dental y las recomendaciones de los comités de expertos, los objetivos cuantitativos que restringen la ingesta de azúcares para controlar la caries dental no se han implementado ampliamente (Sheiham, 2001).

Es fundamental reconocer el camino para una mejor salud bucal y determinar las barreras clave para las estrategias preventivas. Las características sociales y de comportamiento, como las creencias sobre la salud, las actitudes y los valores culturales, la alfabetización en salud, el conocimiento sobre la salud, la aculturación, las características de la comunidad y los hechos generacionales son importantes porque a menudo se utilizan para caracterizar las estrategias de la población estudiada (Ramos-Gomez et al., 2005).

Hábitos alimenticios e influencia paternal

Los hábitos alimenticios se pueden definir como la forma consciente y repetitiva en la que una persona come, y esto incluye qué tipos de alimentos consume, sus cantidades y el momento de su consumo, en respuesta a influencias culturales y sociales. (Rivera Medina et al., 2020)

La salud bucal de los niños en edad preescolar se ve afectada por el conocimiento dental de los padres, las actitudes, las creencias culturales y la conciencia sobre dieta infantil, prácticas de alimentación, hábitos de higiene bucal, visitas dentales regulares preventivas y el cuidado de los dientes primarios. (Okada et al., 2002).

Hay algunos factores que podrían influir en los hábitos alimentarios de los niños, como el entorno alimentario del hogar, el entorno social, contextos donde las percepciones, los conocimientos y la alimentación son establecidos. Sin embargo, los patrones dietéticos de los padres parecen afectar más a los niños, ya que son los padres los que dan forma al ambiente alimentario del hogar, influyen en cómo un niño piensa en la comida y, en consecuencia, comienza a formar sus propias preferencias alimentarias y hábitos alimenticios. (Scaglioni, Cosmi, et al., 2018)

Las preferencias dietéticas están formadas por una combinación de una compleja interacción de factores genéticos, familiares y ambientales, sin embargo los padres parecen tener un alto grado de control en el modelado de las conductas alimentarias de sus hijos. Durante el primer año de vida, los patrones dietéticos de los niños, experimentan una rápida evolución, ya que son los padres quienes seleccionan los alimentos de la familia y sirven como modelos de alimentación, así los niños tienden a imitar los comportamientos de sus padres así como sus hábitos alimentarios. (Scaglioni et al., 2011.)

Fuera de los hábitos alimenticios, la hora de comer en familia, se convierte en el principal contexto social en el que los niños pueden comer con sus padres, quienes son considerados sus principales modelos a seguir. Compartir comidas con los niños, desayunar juntos regularmente y animar a los niños a comer refrigerios saludables con restricciones moderadas ha mostrado impacto positivo en los comportamientos alimentarios de los niños.(Keski-Rahkonen et al., 2003)

Algunos investigadores han encontrado que los hábitos de las madres están relacionados con la salud oral del niño. Los hábitos de cepillado dental de la madre están asociados directamente con los de sus hijos (Paunio, 1994) e influencian fuertemente los hábitos alimenticios y elección de comida. Los hábitos alimenticios de los niños varian de acuerdo a las del nivel educativo de la madre (Mennella et al., 2006) resultando en familias de bajos ingresos que consumen alimentos altos en azúcar añadido a comparación de familias de altos ingresos.

El ámbito familiar ofrece muchos privilegios a la hora de implementar actividades y estilos de vida sanos en los niños desde muy pequeños. El apoyo de la familia y de más miembros de la comunidad a formas sanas de alimentación, a los estilos de vida saludable, así como a la provisión de los conocimientos y motivación necesarios para la adopción y mantenimiento de comportamientos saludables en niños y niñas es una inversión a largo plazo que garantiza la continuidad de la sociedad (Mikkilä et al., 2004).

Basado en estudios previos, se segiere que durante la edad prescolar, los padres desempeñen un papel importante en el control de la ingesta y elección de los alimentos. Así, se invita a toda la familia a participar en intervenciones educativas para prevenir comportamientos desequilibrados de meriendas en niños. (Mahmood et al., 2021)

Los hallazgos de un estudio reciente sugieren que un programa de salud oral que proporcione asesoramiento proactivo y repetido (guía anticipada) que comience desde el embarazo es exitoso al reducir caries temprana de la infancia severa (Plutzer & Spencer, 2008).

Generaciones de padres de familia

El término “generación” se refiere a las personas nacidas en el mismo lapso de tiempo general que comparten experiencias clave de la vida histórica y social,

etapas de desarrollo (Kupperschmidt, 2000), y estuvieron marcadas por fenómenos culturales similares (Twenge et al., 2010).

Otra definición de generación, se define como un nicho de población de cohorte. La definición de KSH (Oficina Central de Estadística de Hungría), que se ha utilizado desde 1970, es la siguiente: "Generación es un tipo específico de cohorte de población: significa un grupo de personas que nacieron en el mismo año. Como miembros de una generación, deben vivir eventos demográficamente importantes (por ejemplo, obtener un título, matrimonio, nacimiento, empleo, muerte, etc.) entrelazados de esta manera, el tiempo y la frecuencia de ocurrencia de estos eventos son comparables con los factores que afectan en el tiempo (Kolnhofer-Derecskei et al., 2017).

Algunos proyectos de investigación distinguen las generaciones en la historia moderna en función de los impactos de la era digital. Tapscott (2010), distingue básicamente 4 generaciones. La primera que describe en detalle es la generación del baby boomer; nacidos entre 1946-1969. Esta generación recibió su nombre del crecimiento explosivo en el número de nacimientos después de la Segunda Guerra Mundial.

La Generación X, nacidos entre 1969-1980, ha llegado a un entorno social específico. Esta generación es un comunicador muy agresivo; están fuertemente orientados a los medios. Les sigue la generación Y, nacidos entre 1981-1993, su número es casi tan alto como la generación del baby boomer. Sus miembros son extremadamente eficientes en el estudio y el trabajo. Casi inmediatamente digieren la información recopilada, la comparten con sus amigos y conocidos, ayudando así a su interpretación y absorción. La generación Z es la siguiente, nacidos entre 1993-2010; aún no han ingresado al mercado laboral, actualmente están enriqueciendo sus conocimientos en educación, manejan perfectamente bien todos los dispositivos digitales y casi no pueden existir sin estos dispositivos (Tapscott, 2010).

Cada vez hay más pruebas de que las diferencias generacionales influyen en el aprendizaje (Billings & Kowalski, 2004).

El conocimiento de las personas afecta en gran medida la seguridad, eficacia, comodidad y satisfacción con la que se cumplen los objetivos de un individuo o de una organización. El conocimiento proporciona un orden a la vida que permite conceptualizar metas, anticipar y percibir eventos, y responder de acuerdo con las necesidades, propósitos y deseos cambiantes. Medir algo significa asignar un número a una característica (conocimiento) de un objeto (una persona) o evento de acuerdo con un conjunto de reglas. Es el conjunto de reglas por el que se asigna el número que define el significado de éste. La prueba de opción múltiple utilizada actualmente o cualquier otro método epistemétrico puede ser considerado como un “conjunto de reglas” por el cual los números (puntuaciones) o medidas se producen y, por lo tanto, el conocimiento puede definirse operativamente. La mayoría de las pruebas que se utilizan hoy en día para medir el conocimiento de una persona sobre un tema son dirigidos a componer ítems de prueba que representen el tema; y son justos e imparciales (Hunt, 2003).

IV.Hipótesis

Hipótesis de trabajo

El grupo de padres de familia de la generación Y tienen mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios que los de la generación X y los de la generación Z.

Hipótesis nula

Los padres de familia de la generación Y tienen menor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios que los de la generación X y los de la generación Z.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar qué grupo de padres de familia tiene mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios, los de la generación X, los de la generación Y o los de la generación Z.

V.2 Objetivos específicos

Evaluar el nivel de conocimiento del grupo de padres de familia de la generación X sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

Evaluar el nivel de conocimiento del grupo de padres de familia de la generación Y sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

Evaluar el nivel de conocimiento del grupo de padres de familia de la generación Z sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

Comparar el nivel de conocimiento del grupo de padres de familia de las generaciones X, Y y Z, sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Prospectivo, transversal, observacional, comparativo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Padres de familia que acudieron a la clínica odontológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro al área de Odontopediatría.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra fue por conveniencia y es de 150 padres de familia. Este tamaño se decidió después de realizar una búsqueda bibliográfica y observar de manera repetida que trabajos similares se realizaron con tamaño de muestra como el propuesto aquí, tal es el caso de Gussy y colaboradores (Gussy et al., 2008), que lo realizó en 294 padres de familia y Alshammary y colaboradores (Alshammary et al., 2019) que lo realizó en 223 padres de familia.

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Padres de familia que acudan a la Clínica odontológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro en el área de Odontopediatría, que pertenezcan a la generación X, nacidos entre 1969-1980, a la generación Y, nacidos entre 1981-1993 y a la generación Z, nacidos entre 1994-2000.

Criterios de exclusión

Padres de familia que acudan a la Clínica de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro en el área de Odontopediatría, que desconozcan su fecha de nacimiento o edad.

Criterios de eliminación

Se eliminarán todos aquellos padres de familia que no hayan firmado su consentimiento informado durante el desarrollo del proyecto de investigación.

VI.3.2 Variables estudiadas

La variable dependiente utilizada fue el nivel de conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries y hábitos alimenticios. Éste se midió utilizando un cuestionario que se aplicó a los padres de familia. La variable es cualitativa y ordinal.

La variable independiente utilizada fueron las generaciones de los padres de familia, las cuales son X (1969-1980), Y (1981-1993) y Z (1994-2010), las cuales se determinaron por medio de un cuestionario que incluía la fecha de nacimiento. La variable es cualitativa y nominal.

VI.4 Procedimientos

1. Se invitó a los padres de familia a participar en el proyecto de investigación.
2. Se explicó detalladamente la justificación y objetivo del estudio los beneficios, procedimientos y todas las aclaraciones pertinentes.
3. Se resolvieron detalladamente todas sus dudas y se entregó el consentimiento informado con todos los detalles por escrito y se le pidió que lo firmara.

4. Se le entregó una copia de este. Cabe aclarar que los datos personales fueron confidenciales y que en todo momento se cumplieron los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki.
5. Se elaboró cuestionario que evalúe el nivel de conocimiento de los padres de familia basado en el cuestionario cambra.
6. Se revisó con la asesora de tesis para ser aprobado y poder aplicarlo.
7. Se imprimió cuestionario en hoja de papel para poder ser contestado a mano.
8. Se aplicó cuestionario a los padres de familia que acudieron a la clínica de la Facultad de Medicina de la UAQ en el área de posgrado en la sala de espera.
9. El cuestionario previamente diseñado se incluirá al final del documento en “anexos”.
10. Se evaluaron los cuestionarios una vez aplicados.
11. Se concentró la información en el programa Excel.
12. Se dividieron a los padres de familia de acuerdo con la generación a la que pertenecen X, Y o Z.
13. Se revisó el nivel de conocimiento de los padres de familia de la generación X obtenido en el cuestionario.
14. Se revisó el nivel de conocimiento de los padres de familia de la generación Y obtenido en el cuestionario.
15. Se revisó el nivel de conocimiento de los padres de familia de la generación Z obtenido en el cuestionario.
16. Se comparó el nivel de conocimiento de los padres de familia de las diferentes generaciones sacando el valor de p de acuerdo al análisis estadístico.
17. Se obtuvo un resultado sobre qué generación tiene mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries de la dentición infantil y los hábitos alimenticios.



Figura 1. Procedimientos; A) invitación y explicación a los padres de familia sobre la investigación, B) firma de consentimiento informado, C) madre de familia respondiendo cuestionario, D) prueba estadística utilizada

VI.4.1 Análisis estadístico

Los datos de nivel de conocimiento de cada grupo se expresaron en valores cualitativos y la información se procesó en el programa graph pad prism. Los valores cualitativos se analizaron en frecuencia y porcentaje. Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se utilizó el análisis estadístico prueba chi cuadrada. Cualquier valor de p igual o menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

VI.4.2 Consideraciones éticas

Antes de ingresar el paciente a la clínica, se explicó detalladamente al parentesco de familia sobre la investigación a realizar, la justificación y objetivos, de la misma. A los padres que aceptaron participar se les entregó consentimiento informado con todos los detalles para ser firmado y una copia. Los datos personales fueron confidenciales y en todo momento se cumplieron los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki.

VII. Resultados

En los siguientes cuadros se presenta la frecuencia y porcentaje de las respuestas obtenidas por la generación X, generación Y y generación Z.

Cuadro 1. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿a partir de qué edad comenzó el cepillado de dientes de su hijo (a)?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p	
Respuestas		Frecuencia(%)			
A los 2 años	15(30)	22(44)	24(48)		
Desde el primer diente	17(34)	19(38)	12(24)		
3-4 años	17(34)	6(12)	11(22)	0.1181	
Después de los 6 años	1(2)	2(6)	3(6)		

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 2. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿considera que la ingesta de azúcar está relacionada con la formación de caries?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p	
Respuestas		Frecuencia(%)			
Sí	40(80)	45(90)	46(92)		
No	4(8)	2(4)	1(2)		
No sé	6(12)	3(6)	3(6)	0.4096	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 3. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué es lo que bebe su hijo en el día y en las noches?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Agua	11(22)	7(14)	5(10)	
jugos naturales, leche	31(62)	31(62)	38(76)	
refresco, leche de sabor	8(16)	9(18)	6(12)	0.4428
Ninguna	0(0)	0(0)	1(2)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 4. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué tan frecuente consume dulces?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Raramente	16(32)	11(22)	14(28)	
1 vez al día	24(48)	28(56)	25(50)	
2 veces al día	7(14)	5(10)	9(18)	0.8031
Siempre	3(6)	4(8)	2(4)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 5. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿utilizó alimentación con biberón?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
No	15(30)	14(28)	17(34)	
Si, menos de 1 año	15(30)	24(48)	17(34)	
Sí, mas de 1-2 años	20(40)	10(20)	16(32)	0.1984

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 6. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿endulzó el biberón con alguna de estas opciones?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Miel de agave	2(4)	2(4)	3(6)	
Miel de abeja	3(6)	1(2)	5(10)	
Azúcar refinada	8(16)	1(2)	8(16)	0.0975
No se endulzó	37(74)	46(92)	34(68)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 7. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿bebé en botella o biberón bebidas que no sean agua?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Sí	13(26)	22(44)	8(16)	
No	25(50)	19(38)	27(54)	0.0147
Algunas veces	12(24)	6(12)	15(30)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 8. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿para prevenir la caries dental se recomienda?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Comer 5 veces al día, cepillar 1 vez al día	3(6)	1(2)	4(8)	
Comer carbohidratos, usar hilo 1 vez al día	2(4)	0(0)	2(4)	
Correcta higiene horal, dieta baja en carbohidratos	45(90)	49(98)	44(88)	0.3987

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 9. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿toma snacks o bebibas azucaradas entre horas?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas		Frecuencia(%)		
Raramente	22(44)	31(62)	15(30)	
1 vez al día	17(34)	12(24)	24(48)	
2 veces al día	6(12)	6(12)	8(16)	0.0454
Siempre después de comer	5(10)	1(2)	3(6)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 10. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿a qué edad consumió alimentos con azúcar añadida por primera vez?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas		Frecuencia(%)		
6-12 meses	20(40)	25(50)	22(44)	
2 años	17(34)	21(42)	21(42)	
Más de 3 años	13(26)	4(8)	7(14)	0.8278

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 11. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿considera que un niño menor de 2 años necesita consumir alimentos con azúcar añadida?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Sí para mayor energía	8(16)	0(0)	9(18)	
No es recomendado	42(84)	50(100)	41(82)	0.0079

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 12. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuánto es la cantidad recomendada de consumo de azúcar al día en niños de 2-4 años?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
6 cucharadas=24gr	1(2)	1(2)	2(4)	
5 cucharadas=20gr	4(8)	1(2)	1(2)	
4 cucharadas=16gr	2(4)	9(18)	11(22)	0.1158
No sé	43(86)	39(78)	36(72)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 13. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes alimentos es de su preferencia para desayuno?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Yogurt bebible	4(8)	6(12)	4(8)	
Huevo y leche	28(56)	33(66)	24(48)	
Jugo y cereal	8(16)	4(8)	16(32)	0.0842
Jugo de chocolate con fruta	10(20)	7(14)	6(12)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 14. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿qué tipo de postres le da habitualmente a su hijo?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Fruta	27(54)	27(54)	24(48)	
Helado y sabritas	7(14)	5(10)	10(20)	
Chocolate	8(16)	6(12)	5(10)	0.7395
Gelatina	8(16)	12(24)	11(22)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 15. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿con qué frecuencia suele consumir verduras su hijo?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Nunca	3(6)	0(0)	2(4)	
1 vez al día	18(36)	14(28)	15(30)	
1 vez por semana	11(22)	7(14)	9(18)	0.3392
2-3 veces por semana	18(36)	29(58)	24(48)	

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 16. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes grupos de alimentos considera que esté relacionado con la caries dental?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Proteínas y grasas	3(6)	1(2)	4(8)	
Carbohidratos y azúcares	46(92)	49(98)	45(90)	
Frutas y verduras	1(2)	0(0)	1(2)	0.5686

Prueba Chi cuadrada.

Cuadro 17. Comparación de las respuestas obtenidas por las diferentes generaciones a la pregunta ¿cuál de los siguientes alimentos y bebidas considera que favorece a la formación de caries dental?

Grupo	Generación X (n=50)	Generación Y (n=50)	Generación Z (n=50)	Valor de p
Respuestas	Frecuencia(%)			
Yakult y yogurt	41(82)	48(96)	45(90)	
Fresas y arándanos	0(0)	0(0)	3(6)	
Plátano y melón	9(18)	2(4)	2(4)	0.0070

Prueba Chi cuadrada.

VIII. Discusión

En el presente estudio se analizó el nivel de conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios entre diferentes generaciones de padres de familia. Los resultados obtenidos reflejan un panorama diverso que refleja no solo las diferencias generacionales, sino también las variaciones en la comprensión de los factores que influyen en la salud bucal de los niños.

Uno de los hallazgos más relevantes fue que los padres de generaciones más recientes, mostraron un mayor conocimiento sobre los hábitos alimenticios que favorecen la prevención de caries. Este grupo tenía una comprensión más clara sobre la influencia del consumo de alimentos azucarados y bebidas no saludables, en comparación con las generaciones mayores (genX) , que, aunque conscientes de la importancia de la higiene dental, mostraron menor comprensión sobre la relación directa entre los alimentos y la aparición de caries. Este hallazgo es consistente con estudios previos que sugieren que las generaciones más jóvenes tienen mayor acceso a la información a través de medios digitales y redes sociales, lo que les permite mantenerse más informados sobre temas de salud. Los cuadros mencionados a continuación son los que tuvieron una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas dadas por las diferentes generaciones.

En el cuadro 7, el 44% de los padres de familia de la genY, respondieron que sus hijos si beben en botella o biberón bebidas que no sean agua, en comparación del 16% de los padres de la genZ.

En un estudio realizado en Pakistán se encontró que las prácticas alimenticias que incluyen el uso del biberón fueron del 66%, en general se ha demostrado que el uso de la leche es un componente protector contra la caries de la infancia temprana porque el calcio presente ayuda con la remineralización dental, y a los niños que les dan leche, suelen consumir cantidades menores de bebidas

azucaradas que predisponen a la formación de caries. Sin embargo, se ha informado que el consumo frecuente de leche es cariogénico, en particular la alimentación con biberón en la cama, y a partir de los dos años de edad. (Puhl et al., 2003)

En el cuadro 9, solamente el 2% de los padres de familia de la genY, respondió que siempre después de comer le da snacks o bebidas azucaradas a sus hijos entre horas, en comparación de la genX que fue del 10%. El 24% de la genY le da a sus hijos 1 vez al día snacks o bebidas azucaradas a sus hijos en comparación del 48% de la genZ, lo que demuestra una alta frecuencia de consumo de alimentos con azúcar añadida durante el día, y casi siempre, otorgado por los padres de familia.

Puhl et al. (2003), mencionan que los cuidadores informaron en un estudio que se han utilizado refrigerios o bebidas azucaradas como recompensa por el comportamiento positivo de un niño. Este hallazgo genera preocupación, ya que las reglas alimentarias de una madre pueden tener un impacto duradero en los comportamientos alimentarios de un niño y pueden proporcionar mensajes contradictorios al niño al recompensar su comportamiento con alimentos poco saludables. Recompensar el comportamiento de un niño con alimentos azucarados puede alentar los atracones y la restricción alimentaria a largo plazo. Se debe educar y advertir claramente a los cuidadores que no deben recompensar el buen comportamiento de su hijo con snacks o bebidas azucaradas.

En el cuadro 11, ningún padre de familia de la genY, consideró que un niño menor de 2 años necesita consumir alimentos con azúcar añadida, a comparación del 16% de la genX y el 18% de la genZ, que respondieron que sí lo necesitan para obtener mayor energía. Esto indica un mayor conocimiento de la genY sobre el correcto consumo de alimentos con azúcar añadida antes de los 2 años de edad.

En un estudio realizado en Australia, se informó sobre la ingesta de azúcares libres y las fuentes de alimentación en niños de 1 y 2 años, un grupo de edad que actualmente no se incluye en el monitoreo dietético nacional. Los hallazgos sugieren que los azúcares libres se incorporan a la dieta de forma algo conservadora durante el primer año de vida, y luego aumentan considerablemente a los dos años de edad. Los datos nacionales en niños mayores respaldan esta tendencia percibida. El incumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre la ingesta de azúcares libres también ha aumentado a los 2 años de edad, con la mayoría de la cohorte superando la recomendación del 5% y casi dos quintas partes superando la recomendación del 10%. Se encontró que la calidad de la dieta sigue una gradiente social, siendo más frecuente el consumo de azúcares libres entre los niños de dos años de hogares con mayor desventaja socioeconómica. (Devenish et al., 2019).

En otro estudio se observó que el consumo elevado de azúcares libres fue más frecuente entre los niños cuyas madres eran más jóvenes y con menor nivel educativo. Estos hallazgos concuerdan con estudios que han investigado los determinantes de la calidad de la dieta en la primera infancia, donde se ha observado sistemáticamente que los hijos de madres más jóvenes y con menor nivel educativo tienen dietas de peor calidad que los hijos de madres mayores y con mayor nivel educativo. (Cameron et al., 2012; Chung et al., 2018; Spence et al., 2018).

En el cuadro 17, el 18% de la genX, consideraron que el plátano y melón se relacionan con la formación de caries dental. También el 6% de la genZ, consideraron que las fresas y los arándanos pueden formar caries contra el 0% de la genX y genY. La mayoría de los participantes coincidieron que el yakult y yogurt son bebidas que favorecen la formación de caries dental. Esto nos indica un conocimiento un tanto limitado sobre el tipo de azúcar que contienen las frutas, ya que éstas no contribuyen en la formación de caries si se consumen de manera adecuada acompañado de buenos hábitos de higiene.

IX. Conclusiones

El presente estudio demostró que la genX tiene un nivel de conocimiento superior al de la genY y genZ sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios. Los padres de generaciones más jóvenes (genZ) presentaron un conocimiento limitado sobre el tema, a pesar de tener mayor acceso a la información a través de medios digitales. La diferencia en el conocimiento de los padres resalta la importancia de revisar las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal a todos los grupos de la población, con un enfoque en la equidad y la accesibilidad.

IX. Propuestas

Promover recursos educativos sobre salud bucal infantil, diseñar estrategias de sensibilización y educación en salud adaptadas a las diferentes generaciones de padres, considerando tanto las características demográficas como los medios de comunicación preferidos por cada grupo. Integrar en el currículo escolar y en las consultas pediátricas programas educativos sobre la relación entre la dieta y la salud bucal desde edades tempranas, con el fin de formar a las nuevas generaciones como agentes activos en la prevención de caries.

X. Bibliografía

- Adair, L. S., & Popkin, B. M. (2005). Are child eating patterns being transformed globally? *Obesity Research, 13*(7), 1281–1299.
- Alshammary, F., Aljohani, F. A., Alkuwayr, F. S., & Siddiqui, A. A. (2019). Measurement of parents 'knowledge toward oral health of their children: an observational study from Hail, Saudi Arabia. *J Contemp Dent Pract, 20*(7), 801–805.
- Armas Vega, A. del C., Pérez Rosero, E. R., Castillo Cabay, L. C., & Agudelo-Suárez, A. A. (2019). Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres. *Revista Cubana de Estomatología, 56*(1).
- Åström, A. N., & Kiwanuka, S. N. (2006). Examining intention to control preschool children's sugar snacking: a study of carers in Uganda. *International Journal of Paediatric Dentistry, 16*(1), 10–18.
- Becerra, K., Russián, O., & Lopez, R. (2018). Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de progenitores sobre alimentación infantil y el estado nutricional de preescolares, Caracas 2015. *Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana, 23*(2).
- Begzati, A., Bytyci, A., Meqa, K., Latifi-Xhemajli, B., & Berisha, M. (2014a). Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health Prev Dent, 12*(2), 133–140.
- Begzati, A., Bytyci, A., Meqa, K., Latifi-Xhemajli, B., & Berisha, M. (2014b). Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health Prev Dent, 12*(2), 133–140.
- Billings, D., & Kowalski, K. (2004). *EAcnns TIPS*.
- Briefel, R. R., & Johnson, C. L. (2004). Secular trends in dietary intake in the United States. *Annu. Rev. Nutr., 24*, 401–431.
- Cameron, A. J., Ball, K., Pearson, N., Lioret, S., Crawford, D. A., Campbell, K., Hesketh, K., & McNaughton, S. A. (2012). Socioeconomic variation in diet and activity-related behaviours of Australian children and adolescents aged 2-16 years. *Pediatric Obesity, 7*(4), 329–342. <https://doi.org/10.1111/J.2047-6310.2012.00060.X>
- Chung, A., Peeters, A., ... E. G.-I. J. of, & 2018, undefined. (2018). Contribution of discretionary food and drink consumption to socio-economic inequalities in children's weight: prospective study of Australian children. *Academic.Oup.ComA Chung, A Peeters, E Gearon, K BackholerInternational Journal of Epidemiology, 2018•academic.Oup.Com*. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy020>
- Çolak, H., Dülgergil, Ç. T., Dalli, M., & Hamidi, M. M. (2013). Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine, 4*(1), 29.
- Depkes, R. I. (2000). Gizi seimbang menuju hidup sehat bagi balita. *Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.
- Devenish, G., Golley, R., Mukhtar, A., Begley, A., Ha, D., Nutrients, L. D.-, & 2019, undefined. (2019). Free sugars intake, sources and determinants of high consumption among Australian 2-year-olds in the SMILE cohort. *Mdpi.Com*. <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/1/161>

- Dilley, G. J., Dilley, D. H., & Machen, J. B. (1980). Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 47(2), 102–108.
- Douglass, J. M., Douglass, A. B., & Silk, H. (2004). A practical guide to infant oral health. *American Family Physician*, 70(11), 2113–2120.
- Echeverria-López, S., Henríquez-D'Aquino, E., Werlinger-Cruces, F., Villarroel-Díaz, T., & Lanas-Soza, M. (2020). Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 13(1), 26–29.
- Franco, A. M., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., & Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontología*, 17(1), 19–29.
- Grindefjord, M., Dahllöf, G., Ekström, G., Höjer, B., & Modeer, T. (1993). Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Research*, 27(6), 505–510.
- Gussy, M. G., Waters, E. B., Riggs, E. M., Lo, S. K., & Kilpatrick, N. M. (2008). Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Australian Dental Journal*, 53(1), 52–60.
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40(11), 873–885.
- Hunt, D. P. (2003). The concept of knowledge and how to measure it. *Journal of Intellectual Capital*, 4(1), 100–113.
- Ismail, A. I., & Sohn, W. (1999). A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. *Journal of Public Health Dentistry*, 59(3), 171–191.
- Jensen, M. E. (1999). Diet and dental caries. *Dental Clinics of North America*, 43(4), 615–633.
- Jose, B., & King, N. M. (2003). Early childhood caries lesions in preschool children in Kerala, India. *Pediatric Dentistry*, 25(6).
- Kashket, S., Houte, J. Van, ... L. L.-J. of D., & 1991, undefined. (1991). Lack of correlation between food retention on the human dentition and consumer perception of food stickiness. *Journals.Sagepub.ComS Kashket, J Van Houte, LR Lopez, S StocksJournal of Dental Research, 1991•journals.Sagepub.Com*, 70(10), 1314–1319. <https://doi.org/10.1177/00220345910700100101>
- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., ... A. R.-E. journal of, & 2003, undefined. (n.d.). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Nature.ComA Keski-Rahkonen, J Kaprio, A Rissanen, M Virkkunen, RJ RoseEuropean Journal of Clinical Nutrition, 2003•nature.Com*. Retrieved February 18, 2025, from <https://www.nature.com/articles/1601618>
- Kolnhofer-Derecskei, A., Reicher, R. Z., & Szeghegyi, A. (2017). The X and Y generations' characteristics comparison. *Acta Polytechnica Hungarica*, 14(8), 107–125.
- Krasse, B., Edwardsson, S., Svensson, I., Biology, L. T.-A. of O., & 1967, undefined. (n.d.). Implantation of caries-inducing streptococci in the human oral cavity. *Elsevier*. Retrieved February 16, 2025, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0003996967900428>
- Kupperschmidt, B. R. (2000). Multigeneration employees: strategies for effective management. *The Health Care Manager*, 19(1), 65–76.

- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Karvonen, S., & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *The European Journal of Public Health*, 15(3), 262–269.
- Lacroix, I., Buithieu, H., & Kandelman, D. (1997). La carie du biberon. *J Dentaire Du Québec*, 34, 360–374.
- Lingström, P., Van Houte, J., & Kashket, S. (2000). Food starches and dental caries. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 11(3), 366–380. <https://doi.org/10.1177/10454411000110030601>
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). The influence of parental dietary behaviors and practices on children's eating habits. *Mdpi.Com*. <https://doi.org/10.3390/nu13041138>
- Menghini, G., Steiner, M., & Imfeld, T. (2008). Early childhood caries—Facts and prevention. *Therapeutische Umschau*, 65(2), 75–82.
- Mennella, J. A., Ziegler, P., Briefel, R., & Novak, T. (2006). Feeding Infants and Toddlers Study: the types of foods fed to Hispanic infants and toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(1), 96–106.
- Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O. T., Pietinen, P., & Viikari, J. (2004). Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(7), 1038–1045.
- Milnes, A. R. (1996). Description and epidemiology of nursing caries. *Journal of Public Health Dentistry*, 56(1), 38–50.
- Misra, S., Tahmassebi, J. F., & Brosnan, M. (2007). Early childhood caries—a review. *Dental Update*, 34(9), 556–564.
- Moreno, L., Bel-Serrat, S., ... A. S.-P.-N. and, & 2013, undefined. (2013). Obesity prevention in children. *Karger.Com* *LA Moreno, S Bel-Serrat, AM Santiestra-Pasías, G Rodríguez* *Nutrition and Growth*, 2013•karger.Com, 106, 119–126. <https://doi.org/10.1159/000342560>
- Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280–285.
- Paunio, P. (1994). Dental health habits of young families from southwestern Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22(1), 36–40.
- Petersen, P. E., & Esheng, Z. (1998). Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *International Dental Journal*, 48(3), 210–216.
- Plutzer, K., & Spencer, A. J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 335–346.
- Preventiva, H. B. O. (2000). México: Graw-Hill. Interamericana Editores.
- Puhl, R., behaviors, M. S.-E., & 2003, undefined. (2003). If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015303000242>
- Puspasari, S. (2019). Factors Associated with the Nurse Implementation towards Eye Care among Comatose Patient in Intensive Care Unit. *KnE Life Sciences*, 637–647.

- Ramos, M., J), L. S.-J. P. (Rio, & 2000, undefined. (2000). Development children's eating behavior. *Academia.EduM Ramos, LM SteinJ Pediatr (Rio J), 2000•academia.Edu*. <https://www.academia.edu/download/105338056/db055f5cbb14c272ecce64821fbb00b27a56.pdf>
- Ramos-Gomez, F., Cruz, G. D., Watson, M. R., Canto, M. T., & Boneta, A. E. (2005). Latino oral health: a research agenda toward eliminating oral health disparities. *The Journal of the American Dental Association, 136*(9), 1231–1240.
- Ramos-Gomez, F., Crystal, Y. O., Ng, M. W., Tinanoff, N., & Featherstone, J. D. (2010). Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care. *Gen Dent, 58*(6), 505–517.
- Ripa, L. W. (1988). Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatr Dent, 10*(4), 268–282.
- Rivera Medina, C., Briones Urbano, M., De Jesús Espinosa, A., & Toledo López, Á. (n.d.). Eating habits associated with nutrition-related knowledge among university students enrolled in academic programs related to nutrition and culinary arts in Puerto. *Mdpi.ComC Rivera Medina, M Briones Urbano, A de Jesús Espinosa, Á Toledo LópezNutrients, 2020•mdpi.Com*. <https://doi.org/10.3390/nu12051408>
- Roca, E. C., Llorente, M. C., Vicente, G. S., & Díaz, L. R. (2020). Factores de riesgos en la génesis de la caries dental en edad temprana y efectos de la lactancia materna. *Revista Cubana de Estomatología, 57*(2).
- Saied-Moallemi, Z., Virtanen, J. I., Ghofranipour, F., & Murtomaa, H. (2008). Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *European Archives of Paediatric Dentistry, 9*, 79–83.
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., of, S. T.-T. A. journal, & 2011, undefined. (n.d.). Determinants of children's eating behavior. *Elsevier*. Retrieved February 18, 2025, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000291652302600X>
- Sciences, W. M.-T. A. J. of the M., & 1891, undefined. (n.d.). THE MICROÖRGANISMS OF THE HUMAN MOUTH. *Cir.Nii.Ac.Jp*. Retrieved February 16, 2025, from <https://cir.nii.ac.jp/crid/1362262946140141312>
- Shearer, D. M., Thomson, W. M., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2011). Maternal oral health predicts their children's caries experience in adulthood. *Journal of Dental Research, 90*(5), 672–677.
- Sheiham, A. (2001). Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition, 4*(2b), 569–591.
- Spence, A., Campbell, K., ... S. L.-J. of the A., & 2018, undefined. (2018). Early childhood vegetable, fruit, and discretionary food intakes do not meet dietary guidelines, but do show socioeconomic differences and tracking over time. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267217319652>
- Tapscott, D. (2010). Grown up digital. How the net generation is changing your world. *International Journal of Market Research, 52*(1), 139.
- Tinanoff, N. (1998). Introduction to the Early Childhood Caries Conference: initial description and current understanding. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 26*(S1), 5–7.
- Tinanoff, N., & O'sullivan, D. M. (1997). Early childhood caries: overview and recent findings. *Pediatric Dentistry, 19*, 12–16.

- Tiwari, T., Rai, N., Colmenero, E., Gonzalez, H., & Castro, M. (2017). A community-based participatory research approach to understand urban Latino parent's oral health knowledge and beliefs. *International Journal of Dentistry*, 2017.
- Twenge, J. M., Campbell, S. M., Hoffman, B. J., & Lance, C. E. (2010). Generational differences in work values: Leisure and extrinsic values increasing, social and intrinsic values decreasing. *Journal of Management*, 36(5), 1117–1142.
- Van Houte, J., Upeslakis, V. N., Jordan, H. V., Skobe, Z., & Green, D. B. (1976). Role of Sucrose in Colonization of Streptococcus mutans in Conventional Sprague-Dawley Rats. [Http://Dx.Doi.Org/10.1177/00220345760550020801](http://dx.doi.org/10.1177/00220345760550020801), 55(2), 202–215. <https://doi.org/10.1177/00220345760550020801>
- Wennhall, I., Matsson, L., Schröder, U., & Twetman, S. (2002). Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swedish Dental Journal*, 26(4), 167–172.

XI. Anexos

XI.1 Hoja de recolección de datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Frase/	edad del capitán de dientes	ingesta de azúcar relacionada con formación de caries	bebidas que consume su hijo	frecuencia de consumo de dulces	alimentación con biberón	bebida/s que bebe/n	bebida/s que no bebe/n agua	para prevenir la caries dental se recomienda?	toma snacks o bebidas azucaradas entre horas?	edad de consumo de azúcar por primera vez	una foto menor de
3	A	A	A	A	A	D	C	A	A	C	B
2	A	B	B	B	B	D	C	A	A	A	B
3	A	A	A	A	C	D	B	C	B	A	B
4	B	A	B	B	A	D	B	C	A	A	B
5	B	A	B	B	A	D	B	C	A	B	B
6	A	B	C	B	C	D	B	C	B	C	B
7	B	A	B	B	C	D	B	C	B	C	B
8	C	A	C	D	C	D	B	C	C	A	C
9	A	B	B	A	A	D	C	C	A	B	B
10	A	B	B	A	A	D	B	C	A	B	B
11	B	A	B	B	A	D	C	C	A	B	B
12	C	A	B	B	C	D	B	C	A	C	B
13	A	A	A	A	B	D	B	C	B	C	B
14	B	A	B	A	A	C	C	C	A	B	B
15	A	B	S	A	D	C	C	S	B	B	B
16	B	B	A	A	D	C	C	S	B	B	B
17	B	A	A	A	C	D	A	C	A	B	B
18	B	A	A	A	B	D	B	C	A	C	B
19	C	A	B	C	A	D	B	C	A	C	B
20	B	C	A	A	B	D	B	C	B	B	B
21	A	C	B	A	A	C	B	C	B	B	B
22	B	A	B	B	C	C	B	C	A	A	B
23	B	A	B	C	C	D	B	C	B	A	B
24	C	A	C	A	A	D	B	C	B	B	B
25	A	B	A	A	A	D	C	C	A	B	B
26	C	A	B	B	A	C	B	C	A	C	B
27	D	A	B	B	A	D	A	B	B	B	B
28	C	B	C	C	C	B	A	A	D	A	A
29	C	A	C	C	B	A	C	C	D	A	A
30	C	A	B	D	B	D	C	C	D	A	B
31	A	C	C	B	B	A	A	C	C	A	A
32	C	A	B	C	C	D	B	C	D	A	B
33	C	C	C	C	C	C	A	A	D	A	A
34	B	A	B	A	C	C	C	C	A	A	B
35	C	B	S	B	B	C	A	A	B	A	A
36	C	A	B	C	B	B	A	B	D	9	B
37	C	C	B	B	C	C	C	B	A	B	B
38	C	A	B	B	B	D	B	C	B	B	B
39	B	A	A	C	B	D	A	C	C	C	B
40	C	B	B	B	B	D	A	C	B	A	B
41	B	A	B	B	A	D	B	C	B	C	B
42	A	A	B	A	A	D	B	C	A	B	B
43	B	A	A	A	A	D	B	C	A	C	B
44	A	A	A	D	C	D	B	C	C	A	B
45	A	A	B	S	C	D	C	C	A	B	B
46	C	B	C	A	B	D	B	C	A	9	B
47	B	A	A	A	B	D	C	C	A	A	B
48	A	B	C	B	D	B	C	C	C	A	B
49	A	B	B	B	D	B	B	C	A	C	B
50	B	C	B	C	D	C	C	C	A	B	B
A15 (80)	A: 40(85)	A: 11 (22)	A: 16 (32)	A: 15 (10)	A: 2 (4)	A: 13 (25)	A: 3 (6)	B: 22 (44)	A: 20 (40)	A: 8 (16)	
B10 (84)	B: 31 (67)	B: 24 (48)	B: 15 (30)	B: 8 (6)	B: 25 (15)	B: 2 (4)	B: 17 (14)	B: 17 (14)	B: 42 (84)		
C13 (104)	C: 5 (12)	C: 16 (1)	C: 17 (34)	C: 13 (18)	C: 12 (2)	C: 45 (90)	C: 13 (12)	C: 13 (12)	C: 13 (16)		
D1 (2)	D: 0 (0)	D: 3 (8)	D: 37 (74)	D: 37 (74)	D: 5 (10)						

Cantidad recomendada de azúcar al día para niños de 2-4 años	Alimentos de preferencia para desayuno	Postres que le da habitualmente a su hijo	Frecuencia de consumo de verduras	Grupo de alimentos que están relacionados con la caries	Alimentos y bebidas que favorecen la formación de caries
D	B	A	D	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	A	D	B	A
D	C	A	C	B	A
D	B	A	B	B	A
D	D	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	D	A	D	B	C
D	B	D	B	B	A
D	D	D	D	B	A
D	B	A	C	B	A
D	B	C	D	B	A
B	A	D	B	B	C
D	B	D	D	B	A
C	C	A	B	B	C
D	B	C	B	B	C
D	B	A	D	B	A
D	B	D	B	B	A
D	C	C	B	B	A
D	A	A	D	B	A
D	D	A	C	B	A
D	D	A	C	B	A
D	B	A	C	B	A
D	B	B	A	B	A
D	C	A	D	B	A
D	B	A	D	B	A
D	B	A	D	B	A
D	C	A	D	B	A
B	D	C	C	A	C
D	C	C	C	A	C
D	B	A	D	B	A
A	A	B	D	B	C
D	D	B	D	B	A
B	C	B	C	B	A
D	C	D	B	B	A
D	D	B	B	A	C
B	A	D	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	D	B	A
D	B	A	D	B	A
D	D	A	C	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	D	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	D	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	D	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	B	B	A
D	B	A	B	B	A
D	B	B	B	B	A
A: 1 (2)	A: 4 (8)	A: 27 (54)	A: 3 (6)	A: 3 (6)	A: 41 (82)
B: 4 (8)	B: 8 (16)	B: 7 (14)	B: 8 (16)	B:46 (92)	B: 0 (0)
C: 2 (4)	C: 8 (16)	C: 8 (16)	C: 11 (22)	C: 1 (2)	C: 9 (18)
D: 43 (86)	D:10 (20)	D:8 (16)	D:18 (36)		

Preuntas	edad de ospitado de dientes/ingesta de azúcar relacionada con formación de caries/bebidas que consume su hijo	Frecuencia de consumo de dulces alimentación con bilendo	Consumo de dulces alimentación con bilendo el bilendo?	Consumo bebidas que no sean agua?	Para prevenir la caries dental se recomienda?	Toma snacks o bebidas azucaradas entre horas?	Edad de consumo de azúcar por primera vez	Un niño men
1 B	A	B	S	C	C	B	A	B
2 C	A	B	S	C	C	B	A	A
3 C	C	B	S	A	A	C	B	B
4 A	A	B	S	B	D	B	C	B
5 B	A	A	S	S	D	S	C	B
6 A	A	B	S	A	B	C	B	B
7 B	A	B	S	B	D	B	C	B
8 A	A	B	S	A	D	B	B	B
9 A	A	B	S	A	D	B	B	B
10 A	A	B	S	A	D	B	B	B
11 B	A	A	A	A	D	C	S	A
12 C	A	B	S	A	D	C	D	B
13 A	A	B	S	A	D	C	S	B
14 A	A	B	B	B	D	A	B	B
15 A	A	B	B	D	D	C	A	B
16 A	A	B	C	D	D	C	A	B
17 A	A	B	A	B	D	B	S	B
18 B	A	A	A	A	D	B	C	B
19 B	A	A	A	C	D	B	A	B
20 A	A	B	C	A	D	B	C	B
21 A	A	B	S	B	D	C	S	B
22 A	A	B	B	C	B	C	B	B
23 C	A	A	A	C	D	B	A	B
24 B	A	B	S	A	D	B	S	A
25 C	A	B	B	C	D	B	C	A
26 A	B	B	A	B	D	C	S	B
27 A	B	B	A	A	D	B	A	B
28 A	A	B	C	C	D	B	A	B
29 C	A	B	S	B	D	C	S	B
30 B	A	B	B	B	D	C	B	B
31 C	A	B	C	A	D	B	C	B
32 C	A	C	A	D	D	C	A	B
33 A	A	B	A	C	D	B	A	B
34 A	A	B	A	D	D	C	A	B
35 B	A	B	A	A	D	C	A	B
36 A	A	B	S	C	D	A	C	B
37 B	A	A	S	C	D	A	C	B
38 A	A	B	C	C	D	A	C	B
39 A	A	B	A	B	D	B	A	B
40 C	C	C	S	C	D	C	A	A
41 A	C	C	B	B	A	B	B	A
42 C	C	C	B	B	C	B	C	A
43 C	C	C	D	B	D	C	A	B
44 B	A	D	B	C	C	A	C	B
45 B	A	B	C	C	D	C	B	A
46 A	A	B	C	C	D	C	S	A
47 C	A	C	A	B	A	C	B	A
48 B	A	B	S	B	D	C	S	A
49 A	A	B	B	A	B	C	B	B
50 D	A	B	B	A	B	C	D	A
A: 24 (48%)	A: 46 (83%)	A: 5 (10%)	A: 14 (28%)	A: 17 (34%)	A: 3 (6%)	C: 4 (8%)	A: 15 (30%)	A: 23(64%)
B: 12 (24%)	B: 1 (2%)	B: 38 (76%)	B: 25 (50%)	B: 17 (34%)	B:5(10%)	B: 27 (54%)	B: 24 (48%)	B: 21(42%)
C: 11 (22%)	C: 3 (6%)	C: 6 (12%)	C: 9 (18%)	C: 16 (32%)	C: 8(16%)	C: 15 (30%)	C: 44 (88%)	C: 7(14%)
D: 3 (6%)	D: 1 (2%)	D: 7 (14%)	D: 14(28%)	D: 34(68%)	D: 0 (0%)	D: 3 (6%)	D: 24 (48%)	A: 9(18%)

Cantidad recomendada de azúcar al día para niños de 2-4 años	Alimentos de preferencia para desayuno	Postres que le da habitualmente a su hijo	Frecuencia de consumo de verduras	Grupo de alimentos que están relacionados con la caries
D	C	D	D	B
D	C	D	D	B
C	B	C	D	B
D	B	A	C	B
D	D	A	B	B
C	B	B	D	B
C	C	A	D	B
D	B	A	B	B
D	B	B	D	B
D	B	B	D	B
D	C	A	D	B
D	B	A	B	B
D	B	A	D	B
D	B	A	B	B
C	A	B	D	B
C	B	A	D	B
C	C	A	B	B
D	B	B	C	B
D	B	B	D	B
D	B	A	C	B
D	B	A	D	B
D	B	D	B	B
D	D	D	D	B
C	B	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	A	C	B
D	B	A	D	B
D	C	C	D	B
D	B	D	B	B
D	D	B	B	B
D	D	B	B	B
D	C	C	B	B
D	C	C	C	A
D	C	B	C	A
D	A	C	B	A
D	C	C	B	A
D	D	D	B	A
D	C	C	B	A
D	C	B	B	B
D	B	B	D	B
D	D	B	B	B
D	C	B	D	B
D	B	B	B	B
D	B	C	D	B
D	B	C	B	B
D	B	C	D	B
D	B	B	B	B
D	B	C	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	B	C	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D	C	A	C	B
D	C	B	C	B
D	D	D	D	B
D	C	C	C	B
D	B	D	C	B
D	B	B	D	B
D	B	C	B	B
D	B	B	D	B
D</				

XI.2 Instrumentos

Cuestionario sobre riesgo de caries y hábitos alimenticios

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿A partir de qué edad comenzó el cepillado de dientes de su hijo (a)?

- a) Desde que le salió el primer diente
- b) A los 2 años
- c) A los 3 - 4 años
- d) Despues de los 6 años

¿Considera que la ingesta de azúcar esté relacionada con la formación de caries dental?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

¿Qué es lo que bebe su hijo (a) en el día y en las noches?

- a) Agua
- b) Agua, jugos naturales y leche
- c) Jugos, refrescos y leche de sabor
- d) Ninguna de las anteriores

¿Qué tan frecuente consume dulces?

- a) Muy raramente
- b) Al menos una vez al día
- c) Al menos dos veces al día
- d) Consume siempre después de cada comida

¿Utilizó alimentación con biberón?

- a) No
- b) Si, menos de 1 año
- c) Si, más de 1-2 años

Si utilizó biberón, ¿endulzó su contenido con algunas de estas opciones?

- a) Miel de agave
- b) Miel de abeja
- c) Azúcar refinada
- d) No se endulzó

¿Bebe habitualmente en botella o biberón bebidas que no sean agua?

- a) Sí
- b) No
- c) Algunas veces

Para prevenir la caries dental se recomienda:

- a) Comer 5 veces al día y cepillar solo 1 vez al día
- b) Comer muchos carbohidratos y usar hilo dental 1 vez a la semana
- c) Realizar una correcta higiene oral, dieta baja en carbohidratos y azúcares e ir al odontólogo cada 6 meses

¿Toma snacks o bebidas azucaradas entre horas?

- a) Muy raramente
- b) Al menos una vez al día
- c) Al menos dos veces al día
- d) Consume siempre después de cada comida

¿A qué edad consumió alimentos con azúcar añadida por primera vez?

- a) 6-12 meses de edad
- b) 2 años
- c) Más de 3 años

¿Consideras que un niño menor de 2 años necesita consumir alimentos con azúcar añadida?

- a) Sí, para que le de energía
- b) No, no es recomendado a su edad

¿Cuánto es la cantidad recomendada de consumo azúcar al día para niños de 2 a 4 años?

- a) 6 cucharadas= 24 gr
- b) 5 cucharadas= 20 gr
- c) 4 cucharadas = 16 gr
- d) No sé

¿Cuál de los siguientes alimentos es de su preferencia para desayuno?

- a) Yogurt bebible
- b) Huevo y leche
- c) Jugo y cereal
- d) Leche de chocolate con fruta

¿Qué tipo de postres le da habitualmente a su hijo (a)?

- a) Fruta
- b) Helado y Sabritas
- c) Chocolate
- d) Gelatina

¿Con qué frecuencia suele comer verduras su hijo (a)?

- a) Nunca
- b) 1 vez al día
- c) 1 vez por semana
- d) 2-3 veces por semana

¿Cuál de los siguientes grupos de alimentos considera que está relacionado con la caries dental?

- a) Proteínas y grasas
- b) Carbohidratos y azúcares
- c) Frutas y verduras

¿Cuál de los siguientes alimentos y bebidas considera que favorece a la formación de caries dental?

- a) Yakult y yogurt
- b) Fresas y arándanos
- c) Plátano y melón

XI.3 Carta de consentimiento informado



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación Biomédica

TITULO DEL PROYECTO: Nivel de conocimiento de los padres de familia de diferentes generaciones sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios.

Investigador principal: Karime Ahumada Soto, alumna de segundo semestre de la Especialidad en Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del parent o tutor:

Se le invita a usted a participar en este estudio de investigación biomédica. Antes de decidir si participan o no usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ingesta excesiva de azúcar en niños y adolescentes desde edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia y se vincula directamente a una serie de afecciones a la salud oral. Las diferencias generacionales de padres de familia generalmente implica diferencias en cuanto al dominio del tema de salud oral. Existe poca información sobre qué grupo de padres de familia de acuerdo a su generación X, Y o Z, tiene mayor conocimiento.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar qué grupo de padres de familia tiene mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios, los de la generación X, los de la generación Y o los de la generación Z. Esto con el objetivo de poder identificar al grupo de padres con más desinformación sobre el tema y poder orientarlos para mejorar la salud oral de sus hijos.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Identificar que grupo de padres de familia tiene mayor conocimiento sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios dependiendo la generación a la que pertenezcan, permitirá que el profesional de la salud, pueda tener un mayor acercamiento con el grupo de padres con menor conocimiento, para poder mejorar la nutrición en los pacientes pediátricos, reducir el riesgo de caries, aumentar la salud oral y que se puedan establecer buenos hábitos alimenticios a futuro. Al realizar el cuestionario se le otorgará material con información y recomendaciones de salud oral pediátrica.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

- 1.- Contestar el cuestionario otorgado por la alumna
- 2.- Se otorgará material con información y recomendaciones

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

No existen riesgos asociados con el estudio, ya que solamente se estará recaudando información obtenida del cuestionario.

ACLARACIONES

- 1.-Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- 2.- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación
- 3.- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad
- 4.- No tendrá que hacer gasto alguno derivado de este estudio, el financiamiento del mismo es por cuenta del investigador principal.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



- 5.- No recibirá pago por su participación
- 6.- En el caso de que el paciente desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- 7.- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- 8.- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con escrita confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



NUMERO DE FOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante

Fecha: _____

Testigo 1. _____

Testigo 2. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación y la de su hijo (a). He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y repuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y firma del investigador.

Karime Ahumada Soto, alumna de segundo semestre de la especialidad en Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ

Correo electrónico: karimesoto@outlook.com

Fecha: _____



Odontología
UAQ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina



Carta de revocación del consentimiento

Título del protocolo: Nivel de conocimiento de los padres de familia de diferentes generaciones sobre la relación entre el riesgo de caries en la dentición infantil y los hábitos alimenticios

Investigador principal: Karime Ahumada Soto, alumna de segundo semestre de la Especialidad en Odontopediatría en la Facultad de Medicina de la UAQ.

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Odontopediatría de la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este proyecto de investigación por las siguientes razones (opcional):

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma del parento o tutor: _____

Nombre y firma de un testigo: _____

Fecha: _____

c.c.p El paciente.