



Conocimientos en salud bucal asociados a caries dental y su relación con el binomio padre-hijo, en la ciudad de Cartagena, Colombia

Knowledge of oral health related to dental caries and its relationship with the father-child dyad in Cartagena, Colombia

Conhecimento em saúde bucal associado à cárie dentária e sua relação com o binômio pais-filhos, na cidade de Cartagena, Colômbia

Shyrley Díaz-Cárdenas^{1*} orcid.org/0000-0003-1967-8981

Sthefanie del Carmen Perez-Puello² orcid.org/0000-0001-9145-8217

Lesbia Rosa Tirado-Amador³ orcid.org/0000-0003-2821-6762

1. Departamento Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
2. Programa de Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
3. Programa de Odontología, Universidad del Sinú Seccional Cartagena. Cartagena Colombia.

Recibido: Marzo 07 - 2021

Revisado: Septiembre 12 - 2022

Aceptado: Octubre 09 - 2023

Publicado: Noviembre 12 - 2024

Citación: Díaz-Cárdenas S, Perez-Puello SC, Tirado-Amador LR. Conocimientos en salud bucal asociado a caries dental y su relación al binomio padre-hijo, en la ciudad de Cartagena, Colombia. *Univ. Salud.* 2025;26(3):51-59. DOI: 10.22267/rus.242603.334

Resumen

Introducción: Actualmente, algunos hombres están a cargo de sus hijos bajo la figura de familias monoparentales. Por lo tanto, es importante conocer desde su rol, los factores que podrían influir en el cuidado de la salud bucal (SB) de los niños. **Objetivo:** Estimar la asociación entre conocimientos de SB con presencia de caries dental (CD) y su relación con el binomio padre-hijo. **Materiales y métodos:** Estudio analítico transversal realizado en población afrodescendiente (153 binomios en el año 2017). Se evaluó en el padre (cuestionario autoadministrado): variables sociodemográficas, conocimientos y autopercepción de SB, y hábitos del niño; en binomios: presencia y experiencia de CD; además, la estimación de asociaciones y la regresión logística nominal fueron realizadas. **Resultados:** La prevalencia de CD fue del 60,1 % en niños y del 98 % en padres. En el modelo multivariado hubo asociación entre conocimientos inadecuados de SB, presencia y experiencia de CD, hábitos inadecuados de higiene bucal del niño, cepillado bucal sin supervisión, padres que trabajan, bajos ingresos y religión católica. **Conclusión:** La prevalencia de caries dental en niños, se asocia a conocimientos inadecuados en salud bucal y bajos ingresos económicos en padres que trabajan; factores que deben ser considerados en programas educativos de salud bucal.

Palabras clave: Padre; niño; salud bucal; caries dental; conocimientos, actitudes y prácticas en salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: Currently, some men take care of their children in single-parent families. Therefore, it is important for them to know the factors that could affect the oral health (OH) of their children. **Objective:** To estimate the association between knowledge of OH and presence of dental caries (DC) and its relationship with the father-child dyad. **Materials and methods:** Analytical cross-sectional study conducted on a black population (153 dyads) in 2017. A self-administered questionnaire was applied to father to assess: sociodemographic variables, OH's knowledge and self-perception, and child habits. Fathers and children were surveyed about presence and experience regarding DC. Finally, association estimation and nominal logistic regression were carried out. **Results:** The prevalence of DC was 60.1% and 98% in children and fathers, respectively. The multivariate model showed an association between OH insufficient knowledge, presence and experience of DC, inadequate oral hygiene habits of the child, unsupervised oral tooth brushing, working fathers, low income, and Catholic religion. **Conclusion:** The prevalence of dental caries in children is associated with inadequate knowledge in oral health and low income of working fathers. These factors should be taken into account in oral health educational programs.

Keywords: Fathers, child; oral health; dental caries; health knowledge, attitudes, practice. (Source: DeCS, Bireme).

Resumo

Introdução: Atualmente, alguns homens cuidam dos filhos sob a figura de famílias monoparentais. Portanto, é importante conhecer, a partir da sua atuação, os fatores que podem influenciar os cuidados com a saúde bucal (CS) das crianças. **Objetivo:** Estimar a associação entre o conhecimento do CS com a presença de cárie dentária (CD) e sua relação com o binômio pais-filhos. **Materiais e métodos:** Estudo analítico transversal realizado na população afrodescendente (153 pares em 2017). O pai foi avaliado (questionário autoaplicável): Variáveis sociodemográficas, conhecimento e autopercepção do CS e hábitos da criança; nos binômios: presença e experiência de DC; Além disso, foram realizadas estimativas de associações e regressão logística nominal. **Resultados:** A prevalência de DC foi de 60,1 % nas crianças e 98 % nos pais. No modelo multivariado, houve associação entre conhecimento inadequado sobre CS, presença e experiência de DC, hábitos inadequados de higiene bucal da criança, escovação oral não supervisionada, pais que trabalham, baixa renda e religião católica. **Conclusão:** A prevalência de cárie dentária em crianças está associada ao conhecimento inadequado em saúde bucal e à baixa renda econômica em pais que trabalham; fatores que devem ser considerados em programas educacionais em saúde bucal.

Palavras chave: Pai; criança; saúde bucal; cárie dentária; conhecimentos, atitudes e prática em saúde. (Fonte: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Shyrley Díaz-Cárdenas
e-mail: sdiazc@unicartagena.edu.co

Introducción

La salud hace parte de los derechos fundamentales de los niños y en esta se encuentra inmersa la salud bucal (SB), la cual requiere de la participación de sus cuidadores para su conservación⁽¹⁾; principalmente, la madre ha sido relacionada como cuidadora sobre la presencia de caries dental (CD) de sus hijos⁽²⁾, dependiendo de algunas condiciones sociodemográficas⁽²⁾, conocimientos, actitudes y prácticas sobre SB^(3,4) y experiencias odontológicas^(3,4) que influyen en la adopción de buenos hábitos en la higiene bucal del niño.

Lo anterior evidencia cómo la SB del niño se encuentra influenciada por el concepto de género, el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como los conceptos sociales de funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres⁽⁵⁾. Asimismo, establece que las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades entre hombres y mujeres, favoreciendo a uno de los dos grupos⁽⁵⁾. Es la madre la figura que permanece relativamente más tiempo interactuando, fomentando y entrenando a sus hijos en el cuidado de la SB⁽⁶⁾. En caso de no poder ejercer su rol de cuidadora, es reemplazada por otra mujer como la abuela, una tía o cualquier otro cuidador de sexo femenino para asumir las funciones en el hogar. Esto contribuye a fortalecer la tradicional creencia en la sociedad y al interior de las familias de concebir a la mujer como la única responsable de la SB del niño, lo que disminuye o niega la posibilidad de participación del hombre desde su rol de padre en la salud general y bucal de sus hijos⁽⁷⁾.

A nivel de familias latinas, se puede observar cómo la gran mayoría de las madres afrontan la carga doméstica y el cuidado de los hijos, casi que de manera exclusiva. Además, su inserción en el mundo laboral en los últimos años ha generado una sobrecarga de roles y un llamado urgente a la presencia del padre a participar en la reestructuración y asignación de dicha carga frente al cuidado de los hijos⁽⁸⁾. Diversos estudios relacionan algunas variables del padre con el comportamiento y estado de la SB de los hijos, como nivel educativo⁽⁹⁾; padres que trabajan; estatus socioeconómico⁽¹⁰⁾; dieta⁽¹¹⁾; uso desfavorable de cepillo, crema y seda dental^(9,10); frecuencia y duración del cepillado^(9,11); pobre conocimiento en SB⁽⁹⁾ y presencia de CD en padres⁽¹¹⁾, lo que revela la importancia del cuidador masculino como gestor potencial de la SB del niño.

El padre de familia, enmarcado en su género masculino y en medio de una sociedad machista, justifica no asistir a las consultas odontológicas al manifestar una falta de confianza en sus propios conocimientos y habilidades de crianza⁽⁷⁾, lo que genera gran preocupación desde la óptica de los determinantes sociales que afectan a la SB. La globalización y los cambios en las dinámicas sociales, económicas y políticas han hecho que se transformen las estructuras familiares y se impongan a sus miembros nuevos retos y tensiones, por lo que algunos hombres actualmente se encuentran a cargo de sus hijos bajo la figura de padre-solterismo o como familias monoparentales; este fenómeno va en continuo aumento, reportándose familias

monoparentales de un 32 % a un 35 % en América del Norte⁽¹²⁾; mientras que en América Latina los hogares monoparentales tan solo corresponden a poco más del 10 %, primando en un 15 % el liderazgo masculino⁽¹³⁾.

Esto amerita cambios en la atención de la SB del niño, teniendo en cuenta que los constructos sociales de la masculinidad pueden influir en el rol del hombre como padre y estos a su vez interferir en los comportamientos y hábitos de SB de sus hijos⁽²⁾, todo esto considerando que los hombres subutilizan los servicios de salud en comparación con las mujeres, son más reacios a buscar ayuda y asistencia a servicios de atención preventiva y diagnóstica⁽¹⁴⁾, tienen poca utilización de las medidas de higiene bucal y ayudas complementarias⁽¹⁵⁾, poseen una inadecuada frecuencia de cepillado dental y, por lo tanto, peores condiciones de SB^(15,16).

Para involucrar y dar importancia al hombre en su rol de padre frente al cuidado de la SB de los niños, se debe conocer qué factores pueden influir en ella. Al tener en cuenta los últimos estudios realizados en una comunidad de habitantes afrodescendientes en la ciudad de Cartagena, que reporta alta prevalencia de CD en niños (95 %) y su asociación con padres que no asumen sus roles frente a los hijos⁽¹⁷⁾, por lo que se hace indispensable caracterizar algunos factores del padre que puedan influir en la SB del niño. Lo anterior, permitirá formular, desarrollar e implementar intervenciones de SB dirigidas a los padres, empoderándolos e involucrándolos como actores positivos hacia la salud del niño. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue estimar la asociación entre conocimientos de SB con presencia de CD y variables relacionadas en el binomio padre-hijo.

Materiales y métodos

Estudio analítico de corte transversal en población universo (estimada en 250 binomios padre-niño), pertenecientes a una institución educativa de carácter público, de la comunidad de la Boquilla, una comunidad de afrodescendientes con niveles altos de pobreza de la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, durante el año 2017.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 153 binomios padre-hijo que se encontraban al momento de la visita domiciliar, utilizando este tipo de muestreo por la dificultad de la presencia del padre durante la visita (podría suponer un sesgo de selección) y que cumplieron con criterios de inclusión: niños entre 4 y 14 años, cuyo padre contara con tiempo disponible para participar y que vivieran de manera permanente en la comunidad. Se excluyeron binomios con enfermedades sistémicas de base, discapacidad motora o sensitiva y falta permanente de alguno de los progenitores.

Se diseñaron y aplicaron dos instrumentos: uno para ser respondido por los padres, correspondiente a un cuestionario autoadministrado y un segundo instrumento donde se consignó la evaluación clínica realizada a los niños, previa prueba piloto bajo estandarización y calibración de encuestadores y evaluadores clínicos en población con características similares a las del estudio (otra comunidad afrodescendiente de la ciudad de Cartagena, 10 % del

tamaño de la población real del estudio). Al evaluar la confiabilidad del instrumento, se obtuvo un alfa de *Cronbach* de 0,79, se realizaron pruebas inter-intra examinador entre los evaluadores clínicos y una odontopediatra al revisar a los pacientes, obteniendo un índice *Kappa* de 0,81 para interexaminador y de 0,80 para intraexaminador. Los evaluadores clínicos eran personas cegadas completamente a la información recolectada por los encuestadores, que utilizaron el primer instrumento.

El cuestionario de los padres incluyó:

- 1) **Variables sociodemográficas de los niños:** edad (3-9 años, 10-14 años), sexo (masculino, femenino).
- 2) **Variables sociodemográficas de los padres:** edad (≤ 44 años, ≥ 45 años), nivel de escolaridad (< 10 años, ≥ 10 años de estudio), ¿trabajan? (sí, no), ingresos socioeconómicos (< 1 salario mínimo mensual vigente [SMMLV], ≥ 1 SMMLV). Para el caso de Colombia, un SMMLV corresponde a valor promedio de 644.000 mil pesos (equivalentes a 210 dólares al momento de la encuesta), religión (católicos, no católicos), servicios de salud (presenta o no), rol dentro del hogar (no ejerce ningún rol, formador de hijos, proveedor económico, ambos roles).
- 3) **Autopercepción conocimientos y hábitos de SB del padre:** autopercepción de SB, experiencias del padre en el odontólogo, última visita y motivo de consulta al odontólogo, frecuencia del cepillado bucal y tratamientos odontológicos pendientes.
- 4) **Conocimientos sobre SB y hábitos del niño:** frecuencia y enseñanza del cepillado bucal, motivo de consulta al odontólogo por primera vez, tratamiento odontológico recibido en el último año, experiencia del niño en odontología, conocimiento sobre presencia de CD y odontalgia en el niño y tipo de merienda que consume.

Se categorizó el nivel de conocimientos asignando un puntaje a cada pregunta y, a partir de una media de 4, se estableció punto de corte con valores ≥ 4 como conocimientos adecuados y ≤ 3 como inadecuados.

En la evaluación clínica a padres e hijos, se incluyó:

- 1) **Variables clínicas del niño:** la CD para niños se evaluó de acuerdo con los criterios de la OMS⁽¹⁸⁾ y se calculó en términos de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente (COP-D) y la dentición primaria (ceo-d). Para la mayoría de los niños con dentición mixta, el índice de caries se obtuvo sumando las puntuaciones COP-D y ceo-d. Para el cálculo del índice ceo-d/COP-D medio, se sumaron los valores promedio individuales y se dividieron entre la cantidad total de niños examinados. La historia de caries de niños afectados se describió mediante evaluación del Índice de *Knutson* (1944)⁽¹⁹⁾: niños con experiencia de caries (ceo-d/COP-D > 0) y niños que nunca las han experimentado (ceo-d/COP-D) = 0); se evaluó también la severidad de la experiencia con las caries (baja severidad (COP = 1-2), moderada (COP = 3-4) y alta severidad (COP ≥ 5)⁽²⁰⁾ y la presencia de caries, teniendo en cuenta el componente cariado del índice (cariados: sí o no).

- 2) **Variables clínicas del padre:** presencia de caries, componente cariado del índice COP, experiencia de CD (sí: COP/ceo ≥ 1 , no: COP = 0), severidad de la experiencia: baja severidad (COP < 5), moderada (COP ≥ 5 - $\leq 8,9$), alta (COP = ≥ 9 - $\leq 13,9$) y muy alta severidad (COP $> 13,9$)⁽²⁰⁾.

Para la recolección de la información, se realizaron visitas familiares domiciliarias para la colaboración de padres y madres; fue desarrollada en un tiempo promedio de 10 minutos para evitar distracción en el entrevistado y facilitar su colaboración. Posteriormente, se evaluó clínicamente al padre de familia bajo las consideraciones necesarias: una unidad portátil trasladada hasta el hogar, con luz estandarizada, realizando control de placa bacteriana (CPB) antes del diagnóstico de CD (COP-D). La evaluación clínica de los niños se realizó en la institución educativa, implementando el índice *O'Leary*, cepillado dirigido y examen de diagnóstico clínico para CD.

En el procesamiento y análisis de la información, se utilizaron los programas *Microsoft Excel 2007*[®] y *Stata* versión 11.1 (*Stata Corp, College Station*). En el análisis se tuvieron en cuenta las distribuciones de frecuencia de cada variable, estimaciones de asociaciones a través del estimador *OR* (*odds ratio*) con intervalos de confianza del 95%; el análisis multivariable se realizó por regresión logística nominal, usando un procedimiento de pasos hacia atrás para incluir o excluir variables explicativas en el ajuste de los modelos, siendo seleccionadas las variables para los modelos finales solo si tenían un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Para el comienzo de las mediciones, se solicitó un consentimiento informado por escrito de los padres, teniendo en cuenta las disposiciones internacionales: Declaración de *Helsinki* (modificación de Edimburgo en el año 2000) y Resolución 8430 de 1993 del antiguo Ministerio de la Salud para Colombia. Durante la firma del consentimiento informado, los investigadores explicaron a los padres los riesgos, objetivos, beneficios y derechos en el desarrollo del estudio, especificando que: el mismo tenía riesgo mínimo, era de participación voluntaria y podrían retirarse en cualquier momento de la recolección de la muestra. Se contó con el aval de ética, Acta n.º 003 del 27 de septiembre del año 2016, emitida por el comité de ética del Departamento de Investigaciones de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Cartagena, Colombia.

Resultados

En relación con las características sociodemográficas de la muestra (153 binomios padre-hijo), el 69,9% de los niños estaban principalmente en edad preescolar y escolar (3-9 años) y eran de sexo masculino (52,9%). Además, el 81,7% de los padres eran adultos jóvenes (≤ 44 años) con bajo nivel de escolaridad (79,7%). La mayoría de los padres trabajaban (94,7%), tenían altos ingresos socioeconómicos (55,6%), servicios de salud (84,3%), eran de religión católica (84,1%) y ejercían ambos roles dentro del hogar (89,5%) (formador de hijos y proveedor económico).

Con respecto a las variables clínicas de SB del binomio padre-hijo, se halló la prevalencia de CD en un 60,1 % de los niños y un 37 % de baja experiencia de severidad de caries; asimismo, un 98 % de los padres presentaban CD y un 34 % alta severidad de experiencia de CD (Tabla 1).

Al correlacionar el índice COP-D y el ceo-d del binomio padre-hijo y sus componentes, se halló una correlación positiva con significancia estadística entre el total del valor del COP-D/ceo-d y en el componente cariado entre padre e hijo (Tabla 2).

Tabla 1. Prevalencia y experiencia de la severidad de CD en el binomio padre-hijo

Variables clínicas	Frecuencia (%)	IC (95%)
Niños		
Presencia de caries por índice COP	92(60,1)	53-68
Experiencia de caries dental (COP/ceo ≥1)	100(66)	58-73
COP=0	53(33)	26-41
Baja severidad (COP=1-2)	57(37)	29-45
Moderada severidad (COP=3-4)	25(16)	10-22
Alta severidad (COP ≥5)	18(12)	6-17
Padres		
Presencia de caries por índice COP	149 (98)	96-100
Experiencia de caries dental (COP/ceo ≥1)	151(100)	-
COP=0	0	-
Baja severidad (COP<5)	22 (14,4)	8-20
Moderada severidad (COP≥5-≤8,9)	38 (24,8)	17-31
Alta severidad (COP=≥9-≤13,9)	52 (34)	26-41
Muy alta severidad (COP>13,9)	41 (26,8)	19-33

Nota: IC: índice de confianza; COP: índice de dientes cariados, obturados y perdidos en dientes permanentes; ceo: índice de dientes cariados, extraídos u obturados en dentición decidua.

Tabla 2. Índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COP-D) y componentes en el binomio padre-hijo, Cartagena, Colombia

COP-D	Niños					Padres					r	p*
	N.º	Media	DE	Mediana	Mín-Máx	N.º	Media	DE	Mediana	Mín-Máx		
Total	293	1,91	2,13	1	0-9	1599	10,45	5,32	10	0-23	0,18	0,025
Dientes cariados	228	1,49	1,74	1	0-8	742	4,84	2,34	5	0-10	0,23	0,003
Dientes obturados	63	0,41	1,05	0	0-5	382	2,49	2,40	2	0-8	0,08	0,310
Dientes perdidos	2	0,01	0,11	0	0-1	475	3,10	3,34	2	0-18	0,08	0,275

Nota. N.º: Número de muestras (dientes); DE: desviación estándar; Mín-Máx: mínimo-máximo; r: Coeficiente de Correlación de Spearman; *Significancia de la Correlación (p≤0,05)

Con respecto a las variables relacionadas con percepción de SB del padre, conocimientos y hábitos sobre SB del niño, el 65 % de los padres no presentaron una buena autopercepción de SB y un 28,1 % ha contado con experiencias negativas durante sus visitas al odontólogo. Además, el 56,21 % de los padres no lleva a sus hijos al odontólogo por falta de tiempo y un 33,9 % presenta conocimientos inadecuados sobre la SB de su hijo, como: saber qué tipo de merienda consume (94,7 %), si el niño tiene CD (73,2 %) y cuántas veces se cepilla los dientes (52,6 %), entre otros conocimientos. Al indagar por hábitos de higiene bucal del niño, un 59,48 % presentaban hábitos inadecuados, principalmente por el consumo de meriendas cariogénicas y una frecuencia inadecuada de cepillado bucal (Tabla 3).

Al realizar el análisis bivariado entre variables sociodemográficas, la autopercepción de SB del padre

y los hábitos de SB del niño, con conocimientos sobre SB del niño en los padres, se halló una asociación con significancia estadística entre conocimientos inadecuados sobre SB y presencia de caries del niño, cepillado de dientes <3 veces al día en el niño, niños que no asisten al odontólogo, cepillado bucal sin vigilancia de los padres, hábitos inadecuados de higiene bucal del niño, experiencia negativa del padre que influye en la asistencia odontológica del niño, falta de dinero y falta de tiempo (p<0,05) (Tabla 4).

En el análisis multivariado, las variables que mejor explican la presencia de conocimientos inadecuados sobre SB del niño en los padres son: presencia y experiencia de caries en el niño, cepillado bucal sin vigilancia de los padres, hábitos inadecuados de higiene bucal del niño, padres que trabajan, ingresos ≤1 SMMLV y religión católica (p<0,05) (Tabla 4).

Tabla 3. Variables relacionadas con la percepción de SB del padre, conocimientos sobre la SB del niño y hábitos de SB del niño

Variables	Frecuencia (%)
¿El padre percibe que él presenta buena salud bucal?	
Sí	53(34,64)
No	100(65,36)
Experiencias del padre en el odontólogo	
Positivas	110(71,90)
Negativas	43(28,10)
¿Experiencia odontológica influye en asistencia odontológica del hijo?	
No	130(84,97)
Sí	23(15,03)
Motivos para no llevar a sus niños a controles odontológicos	
Falta de dinero	44(28,76)
Falta de seguro de salud	23(15,03)
Falta de tiempo	86(56,21)
Última visita al odontólogo	
No ha ido	10(6,54)
≤12 meses	74(48,37)
≥13 meses	69(45,10)
Motivo de la visita al odontólogo	
Tratamientos y urgencias	125(87,41)
Promoción y prevención	18(12,59)
Frecuencia del cepillado bucal	
Adecuada	4(2,61)
Inadecuada	149(97,39)
El padre presenta tratamientos odontológicos pendientes	
Sí	130(84,97)
No	23(15,03)
Los Padres respondieron equivocadamente o no sabían sobre	
Cuántas veces al día los niños se cepillan los dientes	80(52,59)
Enseñanza sobre el cepillado bucal	23(15,03)
Quién motiva al niño a cepillarse los dientes	15(9,80)
Motivo por el cual visitó al odontólogo por primera vez	75(49,02)
Tratamiento odontológico recibido por el niño en el último año	53(34,64)
Como fue la experiencia del niño en odontología	28(18,30)
Si el niño tiene caries	112(73,20)
Si el niño ha tenido odontalgia	77(50,33)
Tipo de merienda que consume	145(94,77)
Otros comportamientos evaluados	
Padres que le enseñan el cepillado bucal a los niños	5(3,27)
Padres que deciden sobre la salud bucal del niño	4(2,61)
Nivel de Conocimientos sobre la salud bucal de su hijo	
Adecuados	101(66,01)
Inadecuados	52(33,99)
Hábitos de salud bucal del niño	
Cepillado de dientes <3 veces al día	135(88,24)
Usan crema dental	153(100)
No asisten al odontólogo	58(37,91)
Cepillado bucal sin vigilancia de los padres	23(15,03)
Consumo de meriendas cariogénicas	145(94,77)
Hábitos de salud bucal del niño	
Adecuados	62(40,52)
Inadecuados	91(59,48)

Tabla 4. Asociación entre variables sociodemográficas, autopercepción de SB del padre y hábitos de SB del niño, con conocimientos sobre SB del niño en padres afrodescendientes de Cartagena, Colombia

	Conocimientos inadecuados sobre SB del padre			
	Análisis bivariado		Modelo multivariado**	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
VARIABLES DEL NIÑO				
Edad ≤9 años	0,55(0,27-1,13)	0,106		
Sexo femenino	0,74(0,38-1,46)	0,399		
Presencia de caries en el niño	2,06(1,00-4,22)	0,048*	40,0(1,96-819)	0,017
Experiencia de caries (COP≥1)	1,70(0,82-3,55)	0,152	0,02(0,00-0,60)	0,023
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DEL NIÑO				
Cepillado de dientes <3 veces al día	10,32(1,33-79,90)	0,025*		
No asisten al odontólogo	5,28(2,56-10,88)	<0,001*		
Cepillado bucal sin vigilancia de los padres	33,53(7,44-151)	<0,001*	24,8 3,83-160)	0,001
Consumo de meriendas cariogénicas	0,28(0,06-1,25)	0,097		
Hábitos inadecuados de higiene bucal del niño	77,7(10,32-585)	<0,001*	62,7(7,52-522)	<0,001
VARIABLES DEL PADRE				
Adultos ≥45 años (maduro y mayor)	1,09(0,46-2,58)	0,831		
Bajo nivel de escolaridad	0,65(0,28-1,46)	0,297		
Padres que trabajan	0,28(0,06-1,25)	0,097	0,08(0,00-0,8)	0,038
Bajos ingresos económicos	0,46(0,17-1,23)	0,127	0,13(0,02-0,83)	0,031
Religión católica	0,35(0,11-1,11)	0,078	0,13(0,02-0,64)	0,012
Servicios de salud	0,33(0,10-1,04)	0,060		
ROL DEL PADRE				
Solo formador de Hijo	0,25(0,02-2,82)	0,262		
Solo proveedor económico	1,68(0,48-5,80)	0,409		
VARIABLES RELACIONADAS CON SALUD BUCAL Y HÁBITOS DE CUIDADO DENTAL DEL PADRE				
Presencia de caries del padre	0,50(0,06-3,69)	0,501		
Experiencia de caries (COP>1)	-	-		
Inadecuada percepción de salud bucal	0,99(0,49-2,01)	0,996		
Experiencias odontológicas negativas	0,91(0,43-1,93)	0,816		
Experiencia negativa que influye en la asistencia odontológica del niño	0,44(0,30-0,66)	<0,001*		
MOTIVOS PARA NO LLEVAR AL NIÑO AL ODONTÓLOGO				
Falta de dinero	5,33(2,51-11,33)	<0,001*		
Falta de seguro de salud	0,49(0,17-1,40)	0,185		
Falta de tiempo	0,33(0,16-0,66)	0,002*		
Nunca ha ido al odontólogo	0,20(0,02-1,62)	0,133		
Asiste al odontólogo por tratamientos curativos	1,00(0,49-2,02)	0,996		
Frecuencia cepillado inadecuado	0,50(0,06-3,69)	0,501		
Tratamientos odontológicos pendientes	2,78(0,89-8,6)	0,078		

Nota. OR: odds ratio; IC: índice de confianza; COP: índice de dientes cariados, obturados y perdidos dientes permanentes; * valores con significancia estadística; **valor del modelo X²: 94,32 p=<0,001

Discusión

En el presente estudio, se reporta que existe una asociación entre los conocimientos inadecuados sobre SB del niño en el padre, hábitos inadecuados de higiene bucal del niño y presencia de caries en el mismo. A la luz de los autores, este es el primer estudio en América Latina evaluando el conocimiento en SB en el padre, específicamente en la comunidad de la Boquilla, Cartagena, Colombia. Esta comunidad, básicamente afrodescendiente, presenta como principal fuente de ingresos económicos la pesca y el turismo, al encontrarse a orillas del mar Caribe; la mayoría de sus familias posee viviendas con condiciones inadecuadas, problemas sociales como

violencia intrafamiliar⁽²⁰⁾, solo cuentan con un centro de salud para la atención de la población y a nivel de SB se presenta una alta prevalencia de CD⁽¹⁷⁾.

En este sentido, se observó una asociación entre experiencia de CD en el binomio padre-hijo, es decir, a mayor experiencia de CD del cuidador hombre, mayor fue la experiencia de caries en el niño. Igual sucede al correlacionar el componente cariado del índice COP-D/ceo-d, esto confirma que la experiencia de CD en el padre también es predictora de CD en el niño y no solo relacionado con la madre, como ha sido ampliamente reportado^(21,22).

Los resultados indican que amerita seguir evaluando la historia de CD^(22,23) en los padres y su percepción sobre el cuidado bucal, como lo indican varios protocolos de manejo de esta enfermedad⁽²⁴⁻²⁷⁾, insistir en la asistencia no solo de la madre sino del padre a las consultas odontológicas de sus hijos, para conocer las experiencias del padre a nivel odontológico que puedan estar comprometiendo su estado de SB y no promuevan una buena imagen de la odontología; de igual forma, es importante conocer los hábitos de higiene bucal del padre y los factores relacionados con la dieta que se transmite al interior de las familias. Por otro lado, los hombres en su adultez joven y durante la crianza de los hijos, se encuentran en una de las etapas más productivas del individuo, lo que los obliga a permanecer mucho tiempo en el trabajo con limitaciones frente al acceso a los servicios odontológicos que pudieran comprometer su estado de SB y no generar influencias positivas sobre la importancia del cuidado bucal en sus hijos.

Otros determinantes sociales y familiares son considerados como factores de riesgo para CD, como la funcionalidad familiar, teniendo en cuenta que en los hogares donde se experimenten discusiones y crisis familiares, hacinamiento, falta permanente de uno de los progenitores y recarga del rol de la mujer, otras son las prioridades en el hogar que pueden comprometer las necesidades del cuidado de la SB de los niños^(22,23,28); por lo tanto, a través de los aportes del estudio, se propone como implicación práctica indagar durante la consulta odontológica por factores familiares y comportamentales, género y rol del cuidador, y variables relacionadas como autopercepción de SB y conocimientos que puedan influir en la presencia de CD en el niño, instaurando medidas más costo-efectivas⁽²⁸⁾. Asimismo, indagar por los conocimientos del cuidador sobre SB que puedan influir en la futura atención de SB del niño.

Se presentó una asociación entre los conocimientos inadecuados sobre SB de los padres y la presencia de CD en niños, el cepillado bucal del niño sin vigilancia y los hábitos inadecuados de higiene bucal del niño. La mayoría de los padres desconocían la frecuencia del cepillado bucal del niño, consideraron que la madre exclusivamente debe enseñar y motivar sobre el cepillado bucal, no conocían cuál fue el motivo de consulta por el que el niño visitó al odontólogo por primera vez, cómo fue su experiencia y cuál tratamiento odontológico que recibió en el último año. Los padres también desconocían si sus hijos presentaban o han presentado CD, odontalgia y qué tipo de meriendas consumen.

Asimismo, los diferentes actores sociales deben procurar facilitar al hombre la asistencia y el cumplimiento a los programas de promoción y prevención⁽²⁹⁾ en SB, que permitan que este logre mejores conocimientos sobre SB y llevar el mensaje más allá del cuidado tradicional de la SB de los niños por parte de la mujer, concientizando al hombre sobre su papel en la prevención de enfermedades bucales. Algunos estudios⁽³⁰⁻³³⁾ dan cuenta de la poca participación del padre de familia en la SB del niño; un estudio realizado en India reportó que solo el 36 % de los padres realizó alguna vez orientación de higiene bucal a sus hijos⁽³⁰⁾. Asimismo, en Arabia

Saudita un estudio evidenció menores conocimientos en hombres sobre cremas dentales que en mujeres⁽³¹⁾, similar a lo encontrado en un estudio realizado en hombres afroamericanos y sus hijos, el cual reportó conocimientos inadecuados en los padres sobre el cuidado de la SB de los niños, la importancia de cepillar los dientes y utilizar crema dental fluorada⁽³²⁾.

Lo anterior confirma que también en América y especialmente en países latinoamericanos como Colombia, no se experimenta el rol del padre como cuidador de la salud general y bucal de sus hijos, amparado en su masculinidad^(32,34). En este sentido, el género del cuidador ha interferido en la adquisición de nuevas informaciones y conocimientos, dificultándole al hombre realizar mejores prácticas de autocuidado y el desarrollo de hábitos que le permitan la manutención de su salud y la de sus hijos⁽³⁴⁾. El hombre concibe como única cuidadora y responsable de los niños a la mujer y, asimismo, delega en ella su cuidado bucal; en ausencia de la madre, se aprecia cómo se mantiene el género femenino como el principal cuidador de la SB de los niños representado en la abuela, la tía, la niñera o cualquier otra mujer presente en el entorno de los niños, soportando las figuras del machismo y el patriarcado en algunas comunidades. La figura paterna puede jugar un papel importante en la adquisición de buenos hábitos bucales hacia sus hijos, al representar el ejemplo a seguir en la familia y debe ser igualmente tenida en cuenta.

Históricamente, el hombre en su rol de padre ha sido poco reconocido desde su papel de proveedor económico; no obstante, su rol como formador de hijos en conjunto con la adquisición de conocimientos en SB puede influir positivamente en la disminución de la CD⁽³²⁾. Así, en este estudio se observó que solo el 5 % de los padres enseñaban y motivaban a sus niños a cepillarse los dientes. Generalmente, los modelos conductuales de los padres tienden a ser repetidos por los niños, por tanto, los hábitos de higiene bucal de los padres serán adoptados por los menores, aprendidos y repetidos durante la adultez⁽³⁴⁾. En consecuencia, el presente estudio es relevante, ya que evidencia la importancia de concientizar al padre de su papel activo en el cuidado de la SB de sus hijos y ser autogestores en salud, especialmente durante los primeros años de vida, donde los menores no tienen la capacidad de aplicar unos correctos hábitos de higiene bucal por sí solos. A través de los resultados de esta investigación, se insta al diseño de políticas públicas e implementación de programas comunitarios que aumenten, tanto en las madres como en padres, el nivel de concientización sobre la promoción de la SB en sus hijos⁽³⁴⁾.

A pesar de no resultar asociados en el modelo final, otros factores como la no asistencia de los padres a consulta y la experiencia odontológica negativa, estuvieron asociadas en el análisis bivariado. Lo anterior representaría una barrera para el acceso a una atención temprana en SB de los niños y pueden influir en el comportamiento de los pequeños durante la consulta odontológica⁽²²⁾.

Por otro lado, se halló una asociación entre los conocimientos inadecuados sobre SB del niño y los

padres que trabajan, quienes cuentan con bajos ingresos económicos y que pertenecen a la religión católica. La gran mayoría de los padres del estudio trabajan, pero en oficios que se realizan a tempranas horas del día, como la pesca, lo que les podría representar una ventaja al poder disponer de mayor tiempo de permanencia en el hogar al apoyar frente al cuidado de la SB de los hijos y poder acceder y asistir a programas de promoción y prevención en SB, que son permanentemente realizados en la comunidad por diferentes instituciones de salud y académicas; esto facilita la adquisición de conocimientos, al igual que mejores actitudes y prácticas frente a la SB del niño⁽¹⁰⁾ y un empoderamiento del hombre en su rol como cuidador.

Poblaciones con bajos ingresos socioeconómicos y condiciones de vulnerabilidad son sujetas a programas de promoción y prevención, lo que podría disminuir un poco la brecha entre la pobreza y el estado de SB. La adquisición de conocimiento en SB es controversial, sin embargo, no depende exclusivamente de altos o bajos ingresos económicos, ya que son muchos los factores que influyen en la adquisición de estos, como las experiencias de vida, la familia, la alfabetización en salud, el acceso a servicios de salud y las costumbres religiosas^(2,22). Las condiciones de pobreza y los bajos ingresos económicos obligan principalmente al hombre a trabajar, dado el entorno y las concepciones históricas de su rol como proveedor económico, lo que lo aleja del hogar y disminuye sus posibilidades de cuidado frente a los hijos. De hecho, en las actividades de educación en SB que se realizan a nivel comunitario, la mujer es la cuidadora que principalmente asiste a estas actividades.

El hecho de que los padres pertenezcan a la religión católica también fue un factor asociado a los conocimientos inadecuados de SB de sus hijos. Si bien la religión no es un factor que se encuentra directamente asociado a la SB, sí contribuye a la salud psicológica necesaria para la práctica de estilos de vida saludables. La religiosidad puede considerarse como ejemplo de determinante de salud psicosocial, que abarca componentes de creencia espiritual (“psico”) y de apoyo social (“social”), propiciando conductas saludables que protegen al individuo de comportamientos inadecuados y que cuentan con mejores estados de salud⁽³⁵⁾. Los líderes espirituales representan un actor social importante en la adquisición de un buen comportamiento entre los miembros de una comunidad y podrían apoyar en actividades de promoción de SB, incentivando a las familias frente al cuidado de la SB de los niños e inculcando y recordando la responsabilidad de ambos padres en esta labor. Así, hay evidencias de otras religiones que han ofrecido actividades de educación en salud y estilos de vida que permiten enseñar la importancia del autocuidado en salud, promoviendo la adherencia a la misma⁽³⁵⁾.

Promover modelos positivos de virilidad y masculinidades, como el de una paternidad afectuosa y participativa, abordando simultáneamente los obstáculos estructurales, es algo que puede mejorar la salud de los hombres y su comportamiento en cuanto a la búsqueda de atención de salud, tanto para ellos como para sus hijos⁽³⁶⁾.

Conclusiones

Los conocimientos inadecuados del padre sobre la SB del niño se encuentran asociados con la presencia y experiencia de CD del binomio padre-niño, los hábitos inadecuados de cepillado bucal, padres que trabajan, bajos ingresos económicos y pertenecer a la religión católica. Todos estos factores deben ser considerados en la realización de programas educativos, cuyo objetivo sea el empoderamiento del padre en el cuidado de la SB de sus hijos.

Finalmente, dentro de las limitaciones del estudio estuvo la selección de la muestra por muestreo no probabilístico a conveniencia, lo cual no permitió extrapolar los resultados a otras poblaciones y que debe ser tenido en cuenta para próximos estudios.

Agradecimientos: A todos los encuestadores y evaluadores clínicos que participaron.

Contribución de los autores: Todas las autoras han contribuido sustancialmente a la elaboración y revisión del manuscrito. En particular, la idea, concepción y ejecución del estudio, así como la recolección y el análisis de la información, estuvieron a cargo de Shyrley Díaz Cárdenas. El apoyo al análisis estadístico y revisión crítica del contenido intelectual fue proporcionado por Sthefanie del Carmen Pérez Puello y Lesbia Rosa Tirado Amado.

Fuente de financiación: Recursos propios de los autores.

Aprobación de ética y consentimiento para participar: Acta N° 003 del 27 de septiembre del año 2016, emanada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

Consentimiento para publicación: Los autores nos permitimos consentir la publicación del manuscrito.

Referencias

1. Daly JM, Levy SM, Xu Y, Jackson RD, Eckert GJ, Levy BT, et al. Changes in Parental Perceptions of Their Care of Their Children's Oral Health From Age 1 to 4 Years. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2019; 10:2150132719836908. DOI: 10.1177/2150132719836908
2. Shin BM, Park DY. Association between the prevalence of dental caries in children and factors related to their mothers. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2017; 15(4):e173-e179. DOI: 10.1111/idh.12261
3. Alkhtib A, Morawala A. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños preescolares sobre la salud bucal en Qatar: una encuesta transversal. *Dent J* [Internet]. 2018; 6(4):51. DOI: 10.3390/dj6040051
4. Dhull KS, Dutta B, Devraj IM, Samir PV. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la salud bucal infantil. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2018; 11(5):435-439. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1553
5. Organización Mundial de la Salud. Género [Internet]. Ginebra (CHE): OMS; 2018 [citado 2019 Sep 4]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
6. Olak J, Nguyen MS, Nguyen TT, Nguyen BBT, Saag M. La influencia del comportamiento y la percepción de la salud bucal de las madres en la salud dental de sus hijos. *EPMA J* [Internet]. 2018; 9(2):187-193. DOI: 10.1007/s13167-018-0134-x
7. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, Kc A, et al. Promoting Father Involvement for Child and Family

- Health. *Acad Pediatr* [Internet]. 2018;18(7):746-753. DOI: 10.1016/j.acap.2018.03.011
8. Chen F, Lin Z, Bao L, Zimmer Z, Gultiano S, Borja JB. Time-use Profiles, Chronic Role Overload, and Women's Body Weight Trajectories from Middle to Later Life in the Philippines. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2019; 60(1):119-136. DOI: 10.1177/0022146519827612
 9. Angelopoulou M, Kavvadia K, Oulis C, Reppa C. Oral Hygiene Facilitators and Barriers in Greek 10 Years Old Schoolchildren. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2015; 8(2):87-93. DOI: 10.5005/jp-journals-10005-1290
 10. Alagla MA, Al Hussyeen A, Alhawaish L. Do Parenting Styles Affect Children's Oral Health in Saudi Arabia? *Cureus* [Internet]. 2019; 11(10):e6002. DOI: 10.7759/cureus.6002
 11. Zhang Y, Li KY, Lo ECM, Wong MCM. Structural equation model for parental influence on children's oral health practice and status. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020; 20(1):56. DOI: 10.1186/s12903-020-1048-2
 12. Kids Count Data Center. Children in single parent Family by Race in United States. 2012 [citado 2020 Sep 4]. Disponible en: <https://datacenter.aecf.org/data/tables/107-children-in-single-parent-families-by-race-and-ethnicity#detailed/1/any/false/868/8223,4040,4039,2638,2597,4758,1353/432,431>
 13. Cano Rodas A, Motta Ariza ME, Valderrama Tibocha LE, Gil Vargas CA. Jefatura masculina en hogares monoparentales: adaptaciones de los hombres a las necesidades de sus hijos. *Rev Colomb Soc* [Internet]. 2016; 39(1):123-145. DOI: 10.15446/rcs.v39n1.56344
 14. Novak JR, Peak T, Gast J, Arnell M. Associations Between Masculine Norms and Health-Care Utilization in Highly Religious, Heterosexual Men. *Am J Mens Health* [Internet]. 2019; 13(3):1557988319856739. DOI: 10.1177/1557988319856739
 15. Hamasha AA, Alshehri A, Alshubaiki A, Alssafi F, Alamam H, Alshunaiber R. Gender-specific oral health beliefs and behaviors among adult patients attending King Abdulaziz Medical City in Riyadh. *Saudi Dent J* [Internet]. 2018; 30(3):226-231. DOI: 10.1016/j.sdentj.2018.05.003
 16. Kumar H, Behura SS, Ramachandra S, Nishat R, Dash KC, Mohiddin G. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practices Among Dental and Medical Students in Eastern India - A Comparative Study. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2017; 7(1):58-63. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_30_17
 17. Díaz Cárdenas S, Ramos Martínez K, Arrieta Vergara KM. Asociación del nivel de riesgo familiar total y caries dental en escolares de La Boquilla, Cartagena. *Av Enferm* [Internet]. 2013; 31(2):43-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200005&lng=en
 18. Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. Oral health surveys: basic methods [Internet]. Ginebra (CHE): WHO; 2013 [citado 2020 Sep 4]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97035>
 19. Knutson JW. An Index of the Prevalence of Dental Caries in School Children. *Public Health Rep* [Internet]. 1944; 59(8):253-263. JSTOR. DOI: 10.2307/4584789
 20. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara KM, González Martínez F. Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2015; 8(1):19-30. DOI: 10.4321/S1699-695X2015000100004
 21. dos Santos-Pinto G, Souza-Azevedo M, Goettems M, Correa M, Tavares-Pinheiro R, Demarco FF. Are Maternal Factors Predictors for Early Childhood Caries? Results from a Cohort in Southern Brazil. *Braz Dent J* [Internet]. 2017; 28(3):391-397. DOI: 10.1590/0103-6440201601047
 22. de Jong-Lenters M, Duijster D, Schuller A, van Loveren C, Verrips E. Dental caries and externalizing behaviour problems in a high-risk child population. *Eur J Oral Sci* [Internet]. 2018; 126(5):417-425. DOI: 10.1111/eos.12542
 23. Julihn A, Soares FC, Hjern A, Dahllöf G. Socioeconomic Determinants, Maternal Health, and Caries in Young Children. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2018; 3(4):395-404. DOI: 10.1177/2380084418788066
 24. Featherstone JD, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, et al. Evidence-Based Caries Management for All Ages-Practical Guidelines. *Front Oral Health* [Internet]. 2021; 2:657518. DOI: 10.3389/froh.2021.657518
 25. Jensen L, Budenz AW, Featherstone JD, Ramos-Gomez FJ, Spolsky VW, Young DA. Clinical protocols for caries management by risk assessment. *J Calif Dent Assoc* [Internet]. 2007; 35(10):714-723. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18044379>
 26. Amarasena N, Haag D, Peres KG. A scoping review of caries risk management protocols in Australia and New Zealand. *Aust Dent J* [Internet]. 2019; 64(1):19-26. DOI: 10.1111/adj.12653
 27. Gray-Burrows KA, Day PF, Marshman Z, Aliakbari E, Prady SL, McEachan RR. Using intervention mapping to develop a home-based parental-supervised toothbrushing intervention for young children. *Implementation Sci* [Internet]. 2016; 11(1):61. DOI: 10.1186/s13012-016-0416-4
 28. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6-12-year-old children: A systematic review. *J Dent* [Internet]. 2016; 46:1-11. DOI: 10.1016/j.jdent.2015.12.007
 29. Vozza I, Capasso F, Marrese E, Polimeni A, Ottolenghi L. Infant and Child Oral Health Risk Status Correlated to Behavioral Habits of Parents or Caregivers: A Survey in Central Italy. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2017; 7(2):95-99. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_470_16
 30. Chhabra N, Chhabra A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2012; 13(2):76-82. DOI: 10.1007/BF03262848
 31. Alshehri M, Kujan O. Parental views on fluoride tooth brushing and its impact on oral health: A cross-sectional study. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2015; 5(6):451-456. DOI: 10.4103/2231-0762.167728
 32. Reisine S, Ajrouch KJ, Sohn W, Lim S, Ismail A. Characteristics of African-American male caregivers in a study of oral health in Detroit--a brief communication. *J Public Health Dent* [Internet]. 2009; 69(3):197-200. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2008.00115.x
 33. Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT, Alkhaibari YR, Albaraki ASM, Alghanim AF. The Influence of Oral Health Knowledge on Parental Practices among the Saudi Parents of Children Aged 2-6 Years in Riyadh City, Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2018; 8(6):565-571. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_341_18
 34. Winter J, Bartsch B, Schütz C, Jablonski-Momeni A, Pieper K. Implementation and evaluation of an interdisciplinary preventive program to prevent early childhood caries. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2019; 23(1):187-197. DOI: 10.1007/s00784-018-2426-x
 35. Zini A, Sgan-Cohen HD, Feder-Bubis P. Religious leaders' opinions and guidance towards oral health maintenance and promotion: a qualitative study. *J Relig Health* [Internet]. 2015 Apr; 54(2):373-386. DOI: 10.1007/s10943-013-9752-8
 36. Levto V, Van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, Barker G. State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication [Internet]. Washington D.C (USA): Promundo; 2015. [citado 2020 Sep 27]. Disponible en: https://www.savethechildren.net/sites/default/files/libraries/state-of-the-worlds-fathers_12-june-2015.pdf