

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MADRES DE
FAMILIA SOBRE SALUD ORAL EN PREESCOLARES, EN EL
POLICLÍNICO PACASMAYO ESSALUD, 2014.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Bach. RÍOS ANGULO CARLOS MANUEL

ASESOR :

Bach. BENAVIDES SAMANDER GUSTAVO

COASESORA:

Dra. RÍOS CARO TERESA ETELVINA

TRUJILLO – PERÚ

2014

Dedicatoria:

*“A mis padres y cada uno de los miembros
de mi familia, sin su apoyo incondicional
no hubiera podido llegar hasta donde
ahora me encuentro”*

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Formulación del problema.....	12
Diseño Metodológico.....	14
Diseño estadístico de Muestreo.....	15
Consideraciones éticas.....	16
Método, técnicas e instrumento de recolección de datos.....	17
Variables.....	19
Análisis Estadístico e Interpretación de la Información.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	33
Conclusiones.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42

RESUMEN

Objetivo. El presente estudio de tipo descriptivo transversal y correlacional tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños.

Material y métodos. A una muestra de 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo del en el Policlínico Pacasmayo EsSalud en 2014, y cumplieron los criterios de selección, se les aplicó cuestionario estructurado auto administrado para registrar los datos. Los resultados fueron expresados de manera porcentual, y se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para establecer la asociación estadística entre las variables.

Resultados. El nivel de conocimientos ,actitudes y practicas de las madres fue bueno en 67.5 %, adecuada en el 80.8% y regular en el 87.7% respectivamente. Encontrándose asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud y el nivel de instrucción y entre las prácticas con la ocupación y el estado civil de las madres. La mayoría de las madres tenía mas de 20 años , eran trabajadoras familiares no remuneradas e instrucción secundaria.

Conclusiones. Se concluye que las madres tienen buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los niños, lo que es favorable para lograr hábitos de higiene adecuados en los niños que mejore su calidad de salud oral.

Palabras clave: conocimientos; actitudes; prácticas; salud oral, caries de la infancia temprana.

I. INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales se sabe que los conocimientos, actitudes y prácticas en la salud son muy importantes para la prevención y curación de las enfermedades. Sin embargo, la caries dental aparece entre las primeras causas de morbilidad bucal a nivel mundial, en nuestro país la situación no es diferente, al no ser la salud oral tema trascendente para la población debido a factores como la condición económica, la falta de educación, entre otras que hacen que la población no asista al odontólogo a menos que tenga un problema que limite su actividad diaria.

La salud oral es un aspecto importante de la salud general en lactantes y niños y en el impacto de la calidad de vida y los resultados de salud.¹ Las enfermedades bucales se manifiestan desde los primeros años de vida, y sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético, por el resto de la vida de los afectados. La caries dental sigue siendo un problema que afecta a una importante proporción de niños, como consecuencia de haber sido subvalorada por no ocasionar mortalidad directa².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos, afectando entre un 60 y 90% de niños en edad escolar.

En el Perú, en 2010, el Ministerio de Salud reportó que 95 de cada 100 peruanos padece caries dental, el índice de caries a los 12 años era de 5.86, lo que muestra que el Perú no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que esta se incrementa con la edad³; en 2006 en Trujillo (Perú) se reportó una prevalencia de Caries de Infancia Temprana (CIT) de 66.8% con un índice CEOD de 2.84, y relación altamente significativa con la edad .⁴

Esta situación, reportada en la región, indica que los bebés y niños en edad preescolar representan el grupo etario en situación de alto riesgo de caries; es allí en donde la participación de las madres juega un papel importante en el cuidado y la educación para la salud bucal del bebe y los menores de 5 años, fundamentalmente para el cambio de hábitos nocivos de alimentación, higiene oral y cuidados específicos tendientes a mejorar la salud bucal de los niños.⁵

La caries dental es una enfermedad dinámica que se presenta en el diente en contacto directo con los depósitos microbianos causantes de la enfermedad; su resultado es una pérdida de minerales y produce así una destrucción localizada de los tejidos duros del diente ⁶

La Caries de Infancia Temprana es una de las formas de presentación de la caries, conocida entre otras denominaciones como “caries del biberón”, las que hacen referencia a un proceso infectocontagioso⁷ destructivo, multifactorial que se presenta en la dentición decidua⁸, y cuya prevalencia ha aumentado significativamente en los niños entre 2-5 años.⁹ La CIT afecta principalmente a los grupos de menor nivel socioeconómico, siendo un predictor de la enfermedad en dentición permanente¹⁰.

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, siendo el *Streptococcus mutans* el principal agente etiológico¹¹, estudios donde se han usado métodos fenotípicos y genotípicos sugieren que la madre es la primera fuente de infección para los niños. Prácticas inadecuadas de madres y cuidadores incrementa el riesgo para el desarrollo de caries de infancia temprana CIT, en infantes y niños pequeños, promoviendo la colonización temprana de la cavidad oral¹²

Los factores asociados a la CIT incluyen bajo nivel socioeconómico de las familias, diferencias culturales¹³, pocas visitas al dentista, bajo nivel educativo de la madre, poco conocimiento sobre salud bucal entre las madres, higiene oral inadecuada y una dieta altamente cariogénica en los niños¹⁴, las que se asocian a los conocimientos adquiridos a temprana

edad y que contribuyen en la transmisión y desarrollo de hábitos de padres a hijos.¹⁵

Ante los altos índices de caries en los escolares de la mayor parte del mundo, varios países han desarrollado programas educativos en salud bucal obteniendo resultados positivos en la disminución de la morbilidad bucodental a través del cepillado dental y el consumo racional de carbohidratos simples.¹⁶

Las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta¹⁷, el auto cuidado, por tanto, es una conducta que debería realizar la persona para sí misma, pero que no nace con ella, sino que hay que desarrollarla a través del aprendizaje con el uso de las técnicas afectivo-participativas.¹⁸

Los niños menores de 5 años por lo general pasan la mayor parte de su tiempo con sus padres y/o familiares, principalmente con sus madres. Estos primeros años de socialización es donde el niño aprende de sus rutinas, adquiere hábitos y conductas establecidas como normas en el hogar, las que dependen de los conocimientos y el comportamiento de los padres y su entorno.

Suresh BS, y col. en 2010 en India, evaluaron el nivel de conocimientos de las madres acerca de la salud bucal de sus hijos en edad preescolar, encontrando que las madres con titulación superior de educación e información adquirida a través de dentista tenían un mejor conocimiento acerca de la salud bucal del niño.¹⁹

Moura LAF, y col. en 2007 en Brasil, evaluaron la asimilación de los conocimientos y las prácticas preventivas en materia de salud oral entre las madres de niños atendidos por un programa de atención dental madre-hijo, para la adopción de hábitos favorables de salud oral, concluyendo que las madres que asistieron al programa PPGB, obtuvieron un buen nivel de información y adoptan en su ámbito familiar prácticas favorables para el control y prevención de enfermedades orales.²⁰

Benavente L. y col. en 2012 en Lima, en un estudio sobre nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, en la que no se halló asociación significativa entre ambas variables, concluyendo que si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente.²¹

González-Martínez F y col., en Colombia en 2010, evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores de hogares infantiles, concluyendo que los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.²²

Núñez J y col. En Santiago de Chile en 2011, realizaron un estudio con el propósito de evaluar el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización de los servicios odontológicos durante el control prenatal en puérperas del servicio integral de la mujer de una clínica reportando un nivel de conocimiento regular, siendo similar al de otros países latinoamericanos, sin embargo los valores distan de los observados en países desarrollados.²³

Mattos, M y col., en Lima en 2013, en un estudio sobre nivel de conocimiento sobre pasta dental fluorada en padres y profesores de preescolares concluye que, el nivel predominante de conocimientos sobre pasta fluorada en los padres y profesores fue el nivel medio y estuvo asociada al dentista y la charla educativa como fuentes principales de información.²⁴

Se concibe que toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica, por lo que tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto familiar y social del individuo, y que la información que se toma del contexto es procesada y utilizada de acuerdo a cada sujeto.²⁵

En tal sentido, la cultura odontológica de los padres en especial de las madres se torna de trascendental importancia; ya que para promover comportamientos saludables se debe tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo, esta información permite fomentar la aparición de nuevas creencias que la consideren, y que puedan ser incluidas a las tradiciones culturales de los grupos humanos.²⁶

De aquí nace la necesidad de conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de los niños preescolares, responsables de la formación de sus hijos a quienes deben proporcionar educación sobre salud oral. La información que se obtenga servirá para promover la aplicación adecuada de estrategias educativas a las madres, sobre el cuidado de la salud oral del niño, y que repercutan en la modificación de creencias y hábitos que las madres transmiten a los niños en sus hogares, lo que permitirá reducir el riesgo de enfermar o de

mejorar la salud oral y el bienestar de los niños hacia una mejor calidad de vida.

Considerando que la salud oral del niño fundamentalmente es responsabilidad de las madres, y no existiendo en el medio estudios que evalúen su participación en la formación de una cultura odontológica en el niño y que garantice una mejor calidad de salud oral, el propósito de la presente investigación es determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la salud oral en preescolares que acuden al programa de CRED en el Policlínico EsSalud Pacasmayo.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en los niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

3.2 Objetivos Específicos.

3.2.1 Determinar el nivel de conocimientos de madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud,

3.2.2 Determinar las actitudes de madres de familia sobre salud oral en los niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud.

3.2.3 Determinar las prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud.

3.2.4 Establecer las características sociodemográficas de las madres.

3.2.5 Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de familia y las características sociodemográficas.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2. Material de estudio.

2.1 Tipo de investigación.

Según el período en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Transversal	Prospectiva	Descriptiva	Observacional

2.2 Área de estudio.

La presente investigación se realizó en el CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud 2014

2.3 Definición de la población muestral

Estuvo constituida por las madres que asisten al CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud 2014. Se estima en N = 753 madres

2.3.1 Características Generales

2.3.1.1 Criterios de inclusión

- Madres de los niños que asisten al CRED del Policlínico Pacasmayo Es Salud.
- Madres orientadas en espacio, tiempo y persona al momento de la encuesta.
- Madres que deseen participar en el estudio.
- Madres que brinden información completa y confiable.
- Madres que conviven con sus respectivos hijos.
- Madres que firmen el consentimiento informado.

2.3.1.2 Criterios de exclusión

- Madres con problemas incapacitantes que no les permita brindar la información.

2.3.2 Diseño estadístico de muestreo

2.3.2.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis de la investigación lo conformó cada una de las madres que asisten al CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud y cumplen con los criterios de selección.

2.3.2.2 Unidad de muestreo

La unidad de análisis de la investigación lo conformó cada una de las madres que asisten al CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud

2.3.2.3 Marco de Muestreo

La relación de las madres que asisten al CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud.

2.3.2.4 Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de muestra se hizo uso de la fórmula que nos brinda el muestreo cuando el interés es estimar una población en un estudio descriptivo

$$N = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de población

Z = Coeficiente estándar normal asociado a un nivel de confianza

PQ = Varianza para variable cualitativa

d = error de muestreo

Considerando un 95% de confianza (Z=1.96), una varianza máxima que asegura una muestra significativamente grande (PQ=0.25), un error de muestreo del 5% (d=0.05) para una población estimada de N=753 se obtiene:

$$N = \frac{(753) (1.96)^2 (0.25)}{(752)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25)} = 255$$

La muestra estuvo conformada por 255 madres

2.3.3 Método de selección

- Muestreo aleatorio simple.

2.4 Consideraciones éticas

El presente estudio contó con la autorización del Comité de Investigación Científica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego; y el Consentimiento Informado de las madres que aceptaron participar en el estudio, en concordancia con las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18^o Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio 1964 y modificada por la Asamblea Médica Mundial en Tokio, enero 2004.²⁸

3. Método, técnicas e instrumento de recolección de datos.

3.1 Método:

Encuesta: Cuestionario estructurado.

3.2 Instrumentos

Se empleó un cuestionario estructurado auto administrado diseñado para registrar los datos sociodemográficos y evaluar en las madres de los niños que asisten al CRED del Policlínico Es Salud Pacasmayo, los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños. Este cuestionario tiene 29 puntos, 10 en cada uno de los componentes de conocimiento y de práctica y 9 en los componentes actitudinales. La puntuación para evaluar la actitud y práctica se basa en la escala de Likert de 5 y 4 puntos²⁷, mientras que para el conocimiento se evalúa como verdadero, falso y No sabe ANEXO 2, diseñado de la manera siguiente:

1: Datos Sociodemográficos e identificación: Edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil y número de hijos.

2: Datos en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en los niños dispuestos en 29 preguntas, divididas en 3 subescalas de 10-10-9 preguntas cada una.

3.3 Validación del Instrumento y Control de Calidad de Datos:

El instrumento de la presente investigación, estructurado en cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral, de las madres de familia fueron validados con el criterio de juicio de expertos, para luego someter dichos cuestionarios a la prueba de confiabilidad en el test de alfa de CRONBACH, tomando una muestra de tamaño $n=25$ obteniendo valores de $\alpha=0.76$ para

conocimientos sobre salud oral, de $\alpha=0.80$ para actitudes sobre salud oral y de $\alpha=0.72$ para prácticas sobre salud oral, valores considerados satisfactorios, por lo que dicho cuestionario queda apto para su aplicación.

3.4 Método:

Para la captación de la información se procedió a solicitar la autorización a la Dirección del Policlínico EsSalud Pacasmayo, se hicieron las coordinaciones correspondientes para establecer el momento adecuado, con la finalidad de que el servicio de CRED no fuera interrumpidos con el desarrollo de sus actividades de atención. Fueron seleccionadas las madres de los niños que cumplan con los criterios de selección.

A cada madre se le solicitó el consentimiento informado el que hará constar mediante la firma del mismo. Anexo 1.

Luego se le solicitó el llenado del instrumento de recolección de datos en un tiempo aproximado de 20 minutos, el cual será aplicado directamente y anotadas las respuestas en una planilla por cada entrevistado. Al finalizar se les transmitió un mensaje de salud relacionado con la temática, objeto de estudio.

3.5 Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario autoadministrado elaborado para la presente investigación, validado a juicio de experto y de confiabilidad mediante el test Alpha de Cronbach.

3.6 Variables

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional e indicadores	Escala de medición	
Conocimientos en salud oral en niños	Ideas, información o mensajes que maneja o posee un individuo, a partir de diversos factores: la socialización (referentes colectivos) la experiencia y el acceso informativo entre otros. ²⁹	Se medirá <ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	Nominal	
Actitud en salud oral en niños	Reacciones afectivas hacia un determinado objeto, como una disposición a una acción de acuerdo con las condiciones condicionadas a la expresión y al conocimiento bajo la influencia de las situaciones de vida, de la educación y de la enseñanza. ³⁰	Se medirá como: <ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Inadecuado 	Nominal	
Práctica en salud oral en el niño	Aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida, son resultado de los hábitos y costumbres. Es de nivel más complejo porque implica, conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento. ³¹	Se medirá como: <ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	Nominal	
COVARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional e indicadores	Escala de medición	
-Edad	Duración de la existencia individual medida en unidades de tiempo. Expresado en función del periodo transcurrido desde el nacimiento ³³	Se registrara como: < 20 años >de 20 años	Cuantitativa	De razón
Nivel de Instrucción	Año o grado de estudios más alto aprobado por el padre o tutor dentro del nivel de educación regular alcanzado. ³⁴	Se registrará como: Analfabeta Primaria Secundaria Superior No universitaria Superior Universitaria	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Trabajo o esfuerzo realizado para asegurar un beneficio económico. ³⁴	Actividad diaria que refiere realiza la madre. Se registrara como: Si No	Cualitativa	Nominal
Estado Civil	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una <u>institución</u> familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. ³⁵	Se medirá : a)Soltera b)Casada c) viuda d) Otros.	Cualitativa	Nominal

2.5 Análisis Estadístico e Interpretación de la Información

Los datos consignados en las fichas de recolección de datos fueron procesados de manera automatizada para luego presentar los resultados en cuadros estadísticos de entrada simple y doble de acuerdo a los objetivos planteados. El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas fueron expresados de manera porcentual, y para establecer la asociación estadística entre cada uno de los factores sociodemográficos, con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado, considerando que la asociación es significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$)

III. RESULTADOS

El presente estudio de tipo descriptivo y transversal, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños preescolares en, en una muestra de 255 madres en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, encontrándose los siguientes resultados:

El nivel de conocimientos sobre salud oral en niños de las madres encuestadas fue bueno en el 67.5 % (172) y regular en el 32.5%(83).

Tabla 1

La mayoría de las madres 90.6% reconoció a la caries como enfermedad infectocontagiosa, el 90.2% conoce la importancia del uso de pasta con flúor, el 76.5 % sabe la importancia del cepillado dental y el 67.8% refirió al consumo de azúcar como principal causante de caries. Tabla 1 A

Al evaluar la actitud de las madres respecto a la salud oral de los niños, el 80.8% (206) fue adecuada y 19.2% (49) inadecuada. Tabla2

En relación a las respuestas sobre la actitud a la salud oral, el 98.8% consideraban que los dientes de los niños deben cepillarse, el 79.6% y 69.8% opinó que el consumo frecuente de golosinas y alimentar al bebé por la noche sin limpieza posterior puede causar caries, mientras que el 63.9% consideró importante la visita al dentista antes de los dos años.

Tabla 2A

En relación a las practicas sobre salud oral en niños que realizan las madres está fue regular en el 87.7% (216), mala en el 11% (28) y buena en el 4.3% (11). Tabla 3

A las preguntas sobre las prácticas de salud oral el 63% siempre realiza la higiene oral de sus hijos, el 45% siempre usa pasta dental en cantidad del tamaño de una arveja para el cepillado del niño, 46 % y 37 ,7% da a veces alimentos y líquidos dulces y solo el 32,9 % sopla los alimentos antes de dársela al niño Tabla 3A

Respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada el 96,1 % (245) de las madres tenían 20 a más años; el 58% (148) tenía más de 2 hijos y el 42% (107) solo 1; el 81,2% (207) eran trabajadoras familiares no remuneradas; el 61,6% (157) tenían nivel de instrucción secundaria; el 49% (125) tenían estado civil conviviente y 32% (83) casadas. Tabla 4

Al relacionar el nivel de conocimientos sobre salud oral de las madres con los factores sociodemográficos se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de las madres con la edad ($p < 0.05$) y entre el nivel de conocimientos y la ocupación ($p < 0.05$) Tabla 5

Al evaluar la relación entre las actitudes sobre salud oral de las madres y los factores sociodemográfico se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la actitud y el nivel de instrucción ($p < 0.05$). Tabla 6

Al relacionar la práctica sobre salud oral de las madres y los factores sociodemográficos se encontró relación estadística altamente significativa entre la actitud y la ocupación ($p < 0.01$) y entre la actitud y el estado civil ($p < 0.01$). Tabla 7.

Tabla 1. Nivel de conocimientos de madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

<i>Nivel Conocimientos</i>	Nº	%
- Malo	0	0.0
- Regular	83	32.5
- Bueno	172	67.5
Total	255	100.0

Tabla 1A

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL	Respuesta						Total	
	Verdadero		No sé		Falso			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La caries es una enfermedad infectocontagiosa del diente	231	90.6	14	5.5	10	3.9	255	100.0
La caries puede aparecer en niños menores de 2 años	165	64.7	47	18.4	43	16.9	255	100.0
El primer diente en la boca del bebé puede aparecer a partir de los 5 meses	170	66.7	46	18.0	39	15.3	255	100.0
Los 20 dientes de leche están completos en la boca a la edad de 2 años	114	44.7	69	27.1	72	28.2	255	100.0
El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar	173	67.8	31	12.2	51	20.0	255	100.0
El cambio de biberón a taza debería iniciarse a partir de los 15 meses	128	50.2	62	24.3	65	25.5	255	100.0
La higiene oral del bebé después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente	159	62.4	36	14.1	60	23.5	255	100.0
Cepillar los dientes del bebé es importante para su salud oral	195	76.5	18	7.1	42	16.5	255	100.0
Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries	230	90.2	18	7.1	7	2.7	255	100.0
Es necesario curar o restaurar las caries en los dientes de leche	144	56.5	39	15.3	72	28.2	255	100.0

Tabla 2

Actitudes de las madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

<i>Nivel Conocimientos</i>	Nº	%
- Inadecuado	49	19.2
- Adecuado	206	80.8
Total	255	100.0

Tabla 2A

ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL	Respuesta						Total	
	Muy de acuerdo		No sé		Muy en desacuerdo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios para comer	89	34.9	103	40.4	63	24.7	255	100.0
Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé	209	82.0	29	11.4	17	6.7	255	100.0
Considero que alimentar al bebé por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries	178	69.8	48	18.8	29	11.4	255	100.0
Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries	203	79.6	39	15.3	13	5.1	255	100.0
Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados	252	98.8	2	0.8	1	0.4	255	100.0
Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por si mismo	143	56.1	74	29.0	38	14.9	255	100.0
Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño	130	51.0	79	31.0	46	18.0	255	100.0
Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años	163	63.9	66	25.9	26	10.2	255	100.0
Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes	142	55.7	83	32.5	30	11.8	255	100.0

Tabla 3

Prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

<i>Nivel Conocimientos</i>	Nº	%
- Malo	28	11.0
- Regular	216	84.7
- Bueno	11	4.3
Total	255	100.0

Tabla 3A

PRÁCTICAS SOBRE SALUD ORAL	Respuesta								Total	
	Siempre		Frecuentem ente		A veces		Nunca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño?	91	35,7	44	17,3	84	32,9	36	14,1	255	100,0
¿Con que frecuencia realiza un examen oral al niño?	44	17,3	73	28,6	112	43,9	26	10,2	255	100,0
¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño?	13	5,1	111	43,5	119	46,7	12	4,7	255	100,0
¿Qué tan seguido le da líquidos o jugos dulces al niño?	22	8,6	125	49	96	37,7	12	4,7	255	100,0
¿Qué tan seguido le da agua pura al niño después de las comidas?	177	69,4	27	10,6	31	12,2	20	7,8	255	100,0
¿Empieza a darle al niño alimentos semi sólidos antes de los 6 meses?	7	2,7	15	5,9	31	12,2	202	79,2	255	100,0
¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en el niño?	162	63,5	35	13,7	38	14,9	20	7,9	255	100,0
¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes del niño es del tamaño de una arveja?	116	45,5	63	24,7	41	16,1	35	13,7	255	100,0
¿Usa el biberón con algún líquido dulce para el bebé?	9	3,5	54	21,2	106	41,6	86	33,7	255	100,0
¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud oral?	2	0,8	19	7,4	105	41,2	129	50,6	255	100,0

Tabla 4

Características sociodemográficas de madres de familia de niños atendidos en el CRED del Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

Característica	Nº	%
Edad (años)		
<20	10	3,9
≥20	245	96,1
Número hijos		
1	107	42,0
2 - +	148	58,0
Ocupación		
Empleada	20	7,8
Independiente	20	7,8
No remunerada	207	81,2
Otra	8	3,2
Nivel de Instrucción		
Primaria	56	21,9
Secundaria	157	61,6
Superior	42	16,5
Estado civil		
Soltera	47	18,4
Casada	83	32,6
Conviviente	125	49,0
Total	255	100.0

Tabla 5

Relación entre características sociodemográficas de madres de familia y el nivel de conocimientos sobre salud oral en niños, Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

Característica	Nivel de Conocimientos				Total		Prueba
	Regular		Bueno				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad(años)							$\chi^2 = 5.02$ p < 0.05
<20	0	0,0	10	100,0	10	100.0	
≥20	83	33,9	162	66,1	245	100.0	
Número hijos							$\chi^2 = 0.24$ p > 0.05
1	33	30,8	74	69,2	107	100.0	
2 - +	50	33,8	98	66,2	148	100.0	
Ocupación							$\chi^2 = 14.12$ p < 0.01
Empleada	16	80,0	4	20,0	20	100.0	
Independiente	3	15,0	17	85,0	20	100.0	
No remunerada	59	28,5	148	71,5	207	100.0	
Otra	5	62,5	3	37,5	8	100.0	
Nivel Instrucción							$\chi^2 = 0.18$ p > 0.05
Primaria	25	44,6	31	55,4	56	100.0	
Secundaria	54	34,4	103	65,6	157	100.0	
Superior	4	9,5	38	90,5	42	100.0	
Estado Civil							$\chi^2 = 5.44$ p > 0.05
Soltera	19	40,4	28	59,6	47	100.0	
Casada	32	38,6	51	61,4	83	100.0	
Conviviente	32	25,6	93	74,4	125	100.0	
Total	83	83	32,5	172	67,5	255	

Tabla 6

Relación entre características demográficas de madres de familia y actitudes sobre salud oral en niños, Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

Característica	Nivel de Actitudes				Total		Prueba
	Inadecuado		Adecuado				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad(años)							$\chi^2 = 0.78$ p > 0.05
<20	3	30,0	7	70,0	10	100.0	
≥20	46	18,8	199	81,2	245	100.0	
Número hijos							$\chi^2 = 0.21$ p > 0.05
1	22	20,6	85	79,4	107	100.0	
2 - +	27	18,2	121	81,8	148	100.0	
Ocupación							$\chi^2 = 1.98$ p > 0.05
Empleada	6	30,0	14	70,0	20	100.0	
Independiente	3	15,0	17	85,0	20	100.0	
No remunerada	39	18,8	168	81,2	207	100.0	
Otra	1	12,5	7	87,5	8	100.0	
Nivel Instrucción							$\chi^2 = 10.13$ p < 0.01
Primaria	17	30,4	39	69,6	56	100.0	
Secundaria	30	19,1	127	80,9	157	100.0	
Superior	2	4,8	40	95,2	42	100.0	
Estado Civil							$\chi^2 = 4.11$ p > 0.05
Soltera	13	27,7	34	72,3	47	100.0	
Casada	11	13,3	72	86,7	83	100.0	
Conviviente	25	20,0	100	80,0	125	100.0	
Total							

Tabla 7

Relación entre características sociodemográficas de madres de familia y prácticas sobre salud oral en niño, Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

Característica	<i>Nivel de Prácticas</i>						Total	Prueba	
	Malo		Regular		Bueno				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Edad(años)								$\chi^2 = 1.28$ $p > 0.05$	
<20	0	0,0	8	80,0	2	20,0	10		100,0
≥20	28	11,4	208	84,9	9	3,7	245	100,0	
Número hijos								$\chi^2 = 1.73$ $p > 0.05$	
1	14	13,1	90	84,1	3	2,8	107		100,0
2 - +	14	9,5	126	85,1	8	5,4	148	100,0	
<i>Ocupación</i>								$\chi^2 = 13.16$ $p < 0.01$	
Empleada	7	35,0	11	55,0	2	10,0	20		100,0
Independiente	1	5,0	17	85,0	2	10,0	20		100,0
No remunerada	18	8,7	182	87,9	7	3,4	207		100,0
Otra	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	100,0	
Nivel Instrucción								$\chi^2 = 7.78$ $p > 0.05$	
Primaria	11	19,6	42	75,0	3	5,4	56		100,0
Secundaria	15	9,6	137	87,3	5	3,2	157		100,0
Superior	2	4,8	37	88,1	3	7,1	42	100,0	
Estado Civil								$\chi^2 = 12.81$ $p < 0.01$	
Soltera	7	14,9	38	80,9	2	4,3	47		100,0
Casada	16	19,3	63	75,9	4	4,8	83		100,0
Conviviente	5	4,0	115	92,0	5	4,0	125	100,0	
Total	28	11,0	216	84,7	11	4,3	255	100,0	

IV.DISCUSIÓN

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos , en la sociedad y el costo de su tratamiento³⁵ , en algunos países constituyen la cuarta enfermedad más cara para su tratamiento, estimándose el costo para tratamiento de la caries en 3513 dólares por cada 1000 niños , valor que excede el total del presupuesto disponible para cuidados básicos de salud pública en los niños de los países tercermundistas de más bajos ingresos.³⁶

Estudios previos tanto a nivel nacional y local ponen en evidencia la alta carga de enfermedad bucal en los pre escolares fundamentalmente relacionada a la caries de infancia temprana.^{4,21,37}

Son multiples los factores de riesgo asociados a la caries de infancia temprana, el control de los mismos es de vital importancia para la prevención de la enfermedad³⁷; es allí en donde la evaluación de los conocimientos , actitudes y prácticas de los padres y de las personas que participan de la educación y cuidado de los niños respecto a los factores que intervienen en la enfermedad es fundamental, para establecer las estrategias de educación para la salud bucal que contribuyan al mejoramiento de los niveles epidemiológicos de la enfermedad.

En la actualidad se maneja el principio que los cuidados bucales deben iniciarse desde el nacimiento del bebé, y no esperar hasta la erupción de los dientes primarios, sin embargo esto lo saben, los odontólogos y especialistas en odontopediatría, pero no la comunidad en general; información que debe transmitirse fundamentalmente a las madres sobre la que se basa fundamentalmente la educación de los hijos, quien se constituye en la principal fuente de información sobre la salud oral hacia sus pequeños y su familia.

Al respecto **De Figueiredo Walter**, establece que la mujer, por ser aquella que tiene más contacto con el niño, es la escogida para ser el agente vectorial para la transmisión de la educación sobre los cuidados orales de sus hijos, y que al ser conscientizada, ella transmitirá a sus hijos los conocimientos recibidos y así, después de una generación, el ciclo de educación estará completado³⁸.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de las madres (67.5%) tenían un nivel de conocimiento bueno (Tabla 1), valores que son diferentes a los reportados por Benavente y cols²¹ quienes reportan que el 68,6% de una muestra de 145 madres que acudían a establecimientos de MINSA y EsSalud tenían un nivel de conocimientos regular; similares resultados reportan Nuñez J, y otros²³ en una muestra de 200 puérperas.

Es reconocido que las enfermedades orales inducida por placa, tales como caries dentales y enfermedades periodontales pueden ser prevenidas y controlada por el individuo, cuando este es motivado y capacitado para tal fin²⁰, lo que evidencia que una adecuada

educación para la salud oral a los padres es esencial para que estos se apliquen y mejoren la calidad de salud oral en los niños. La OMS define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud³⁹.

No obstante, en este estudio, la actitud sobre cuidados de salud bucal en la mayoría de las madres encuestadas fue adecuada (Tabla 2), el estudio también revela que el desarrollo de las prácticas respecto de la salud oral solo fue regular (Tabla 3); este resultado pone en evidencia que muchas veces las madres dicen una cosa y no lo aplican en la práctica, es decir, no siempre el conocimiento está relacionado con la actitud o prácticas que se realizan. Estos datos son diferentes a los reportados por Gonzales F y otros²², quien encontró un nivel de conocimientos, actitudes y prácticas favorables de las madres para el cuidado oral de los niños, en tanto que en el presente estudio algunas prácticas como soplar la comida para enfriarla se reporta como siempre, la frecuencia de examen oral al niño fue solo a veces, en tanto el consumo de líquidos o jugos dulces fue frecuentemente, esto reflejaría que un nivel de conocimientos y actitud adecuados no aseguran una buena aplicación en la práctica.

Los estudios tipo CAP plantean un acercamiento integral para entender los comportamientos con respecto a la salud de las personas a través de sus tres elementos; y sus resultados han sido base fundamental de los diagnósticos para la creación, ejecución y evaluación de programas sanitarios⁴⁰, por lo que son de utilidad en el área de la salud oral.

Los datos sociodemográficos en este estudio muestran que la mayoría de las madres eran jóvenes mayores de 20 años, tenían mas de 1 niño, eran trabajadoras familiares no remuneradas, y presentaron un nivel

educativo aceptable, características que favorecerían una mejor práctica de salud oral. (Tabla) 4

Las madres son, sin duda, la principal fuente de principios en la educación en los niños con respecto a una buena salud oral, por lo que los conocimientos que ella tenga sobre salud oral es importante para evitar las enfermedades orales, los que pueden estar vinculados a ciertos aspectos sociodemográficos. En este estudio se encontró relación entre el nivel de conocimientos con la edad ($p < 0.05$) y la ocupación de la madre ($p < 0.01$), evidenciando que el nivel de conocimientos es bueno en las madres de más de 20 años y en aquellas que tienen un trabajo familiar no remunerado es decir en las que se dedican a las tareas del hogar y al cuidado de sus hijos. Tabla 5 Es importante destacar que más del 90% de las madres reconoce a la caries como enfermedad infectocontagiosa, el uso de flúor y la higiene oral para prevenir caries. Tabla 1 A

Resultados similares encontraron **Gonzales F, Barrios C y Salinas L**, en Colombia donde más de la mitad de los padres presentaban buenos niveles de conocimiento, lo que se demostró en preguntas tales como ¿Por qué se produce la caries dental?, ¿Cuál es la mejor manera de evitarla? y ¿Cuál es el momento adecuado para el uso de la crema dental?; por el contrario son sustancialmente diferentes a lo reportado por Mani S y otros⁴¹, en Malasia en donde sólo 32% de los padres eran conscientes de que la caries dental puede afectar a la dentición temporal y 38% conoce la edad correcta de inicio del uso de dentífricos.

22

Al respecto **Mattila ML et.al.** refiere que los hábitos y conocimientos de los padres sobre la salud oral influyen en el nivel de salud bucal de sus hijos, así los niños con malos hábitos de salud oral son más propensos

a desarrollar caries dental cuando se compara con los que tienen hábitos favorables.⁴²

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea para hacer las cosas y constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Es la organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido. Las actitudes son predisposiciones de las personas en reaccionar positiva o negativamente hacia algún concepto determinado. Éstas poseen tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. El primero comprende lo que cree la persona, sea esto verdadero o no. El componente afectivo abarca los sentimientos suscitados respecto del objeto; el componente conductual refleja el comportamiento actual de la persona, este de acuerdo o no con los otros componentes⁴³

En tal sentido el conocimiento de la actitud y la conducta de las madres frente a la salud oral es de suma importancia, al respecto Suresh, et al. establece que cuanto mejor sean las actitudes que tengan las madres hacia la odontología, mejor será la salud dental de sus hijos, y que el conocimiento de los factores de riesgo de caries y la importancia de los dientes de leche promueve una actitud positiva para la salud oral de sus hijos.¹⁹

Al respecto en este estudio se encontró una actitud mayormente adecuada de las madres (89%) frente a la salud oral de sus hijos evidenciándose una relación altamente significativa ($p < 0.01$) con el nivel de instrucción, resultado que se debería a que en su mayoría las madres tenían instrucción secundaria y superior. Tabla 6

Al respecto, **Gonzales F**, también encontró tanto una actitud favorable (75.5 %), como una relación significativa entre la actitud con la escolaridad de las madres.

Hay que destacar que en este estudio las madres en su mayoría opinaron que es importante el cepillado dental, que los alimentos azucarados pueden causar caries y que los niños deben visitar al dentista antes de los dos años, actitud positiva que se podría ver fortalecida por el reforzamiento de información actualizada tanto por parte de los servicios de atención como del odontólogo durante las visitas odontológicas.²² Tabla 2A.

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud.³⁹ En tanto que la promoción de la salud es cualquier combinación de actividades educativas, organizativas, económicas y ambientales que apoyan los comportamientos que conducen a mejorar la salud, o capacita a los individuos para aprovechar las ventajas de las medidas y los servicios preventivos. Ambas, educación y promoción, se complementan y son necesarias en los programas para prevenir las enfermedades orales.⁴⁴

Los estilos de vida de las personas afectan sustancialmente los resultados en salud. Las modificaciones en la conducta se deben alcanzar utilizando la influencia social, esto se logra mediante la educación, la persuasión, la motivación y la facilitación. Los individuos necesitan poseer el conocimiento y la voluntad o deseo de cambios, pero también necesitan la oportunidad para poder implementar sus deseos.⁴⁵

Las enfermedades orales placa inducidas como la caries dental y enfermedad periodontal pueden ser controladas y prevenidas por el propio individuo, siempre que las prácticas de prevención sean adecuadas, en este contexto el rol de las madres son de trascendental importancia ya que son ellas quienes incentivarán en los niños buenas prácticas en salud oral: Estudios epidemiológicos han encontrado relación entre el aumento de riesgo de caries con algunos factores como el nivel socio económico familiar y el nivel de escolaridad de la madre.²⁰

En este estudio se encontró que la mayoría de las madres tenían prácticas de salud oral regular y que esta tenía una relación altamente significativa con la ocupación y el estado civil ($p < 0.001$), siendo la mayoría trabajadora familiar no remunerada y de condición conviviente. Tabla 7.

Por otro lado los datos revelan que no obstante el 63,5% contesto realizar siempre la higiene oral a sus hijos, más del 40% le dan frecuentemente alimentos dulces y biberón con líquidos azucarados al bebe, mientras el 35,7 % sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño. Tabla 3^a

Estos datos difieren a lo reportado por González F, Sierra C, Morales L, quienes solo encontraron relación entre las prácticas y el estrato socio económico siendo los padres de condición económica baja los que realizaban el cepillado dental con mayor frecuencia²². Mani S y otros reportan que en un estudio CAP en cuidadores de niños pequeños en Malasia, cerca de 17.6 % de los cuidadores aceptó haber mordido alimentos en trozos pequeños antes de dárselo a los niños, y aproximadamente el 85 % reconoció que da alimentos dulces y el 53% da líquido dulce en el biberón.⁴¹

Una de las enfermedades orales mas prevalentes en los niños preescolares es la Caries de la Primera Infancia (ECC), los factores asociados a esta, incluyen bajos ingresos, diferencias culturales, temperamento del niño, falta de visita al dentista, bajo nivel educativo de la madre, higiene oral inadecuada y una dieta cariogénica entre otros⁴⁶, y siendo la salud bucal un aspecto importante en el cuidado integral de la población infantil, los padres de familia fundamentalmente la madre se consideran la fuente primaria de la educación temprana en los menores; sin embargo, actualmente las madres que trabajan fuera del hogar va en incremento, por lo que los niños pasan una cantidad considerable de tiempo con terceros, que en función de sus conocimientos , actitudes y prácticas de salud oral pueden tener una influencia positiva ó negativa en la salud oral del niño y en la adquisición de prácticas adecuadas para prevenir enfermedades orales como la caries dental.

Al análisis de los resultados se concluye que la población estudiada principalmente madres trabajadoras en su hogar evidenciaron en su mayoría tener buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares de salud oral, información que nos permiten obtener estudios (CAP) como este y cuyos resultados nos brindan la oportunidad de aproximar un diagnóstico que permita la implementación de programas de promoción orientadas a mejorar la calidad de salud oral en el niño desde su nacimiento, teniendo en cuenta su medio ambiente familiar.

V. CONCLUSIONES

Al análisis de los datos se concluye que:

- En su mayoría las madres de familia evaluadas tuvieron un buen nivel de conocimiento, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en niños.
- Las madres encuestadas en su mayoría tenían de 20 a más años, un promedio de dos hijos y eran trabajadoras familiares no remuneradas; tenían nivel de instrucción secundaria, estado civil conviviente, y solo 32% eran casadas.
- El nivel de conocimientos sobre salud oral de las madres se relacionó significativamente con la edad y la ocupación; las actitudes se relacionaron significativamente con el nivel de instrucción, y la práctica en salud oral se relacionó con la actitud y el estado civil.

VI. RECOMENDACIONES

Al análisis de los datos se recomienda que:

- Continuar en esta línea de investigación para estudiar otras variables como, caries madre y niño.
- Publicar los resultados de la investigación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown A, Lowe E, Zimmerman B, Crall J, Foley M, Nehring M. Preventing early childhood caries: lessons from the field. *Pediatr Dent*. 2006;28:553-60.
2. Organización mundial de la salud. Salud Bucodental. Febrero 2007. [actualizada setiembre de 2013; consultada el 25 de setiembre de 2013]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. Andina. Agencia peruana de noticias. [Página principal en Internet], Lima: Caries dental afecta al 95% de peruanos, advierte Ministerio de Salud; 2010. [actualizada en setiembre de 2013; consultada el 25 de setiembre de 2013]. Disponible en http://www.andina.com.pe/espanol/Noticia.aspx?id=VqJKfbGxGHU=#.Ud460Ttg_Tw
4. Vereau M. Caries de la Infancia Temprana y su Relación con la Higiene Bucal en niños de 3 a 5 años. Hospital Regional Docente de Trujillo del 2005. [Tesis Bachiller]. Universidad Nacional de Trujillo 2006.
5. S Vinay, N Naveen, N Naganandini. Feeding and oral hygiene habits of children attending daycare centres in Bangalore and their caretakers oral health knowledge, attitude and practices. *Indian Journal of Dental Research*. 2011; 22 (4): 561-566.
6. González MC, Ruiz JA, Fajardo MC, et al. Comparison of the def Index With Nyvad's Caries Diagnostic Criteria in 3- and 4- yearold Colombia children. *Pediatric Dentistry*. 2003; 25: 132-136.
7. Navarro AM, Gonzáles A, Gil FJ, Rioboo R. Caries del biberón. *Rev Pediatr Aten Prim* 1999; 1: 83-98.
8. Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of early childhood caries among first nations children, District of Manitoulin, Ontario. *Int J Pediatr Dent* 2004; 14: 101-109

9. Tinte BA, Arévalo O, Vargas CM. Tendencias de la caries dental pediátrica por la situación de pobreza en los Estados Unidos: 1988-1997 y 1994-2004. *Int J Dent pediátrica*. 2010, 20 (2):132-143.
10. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Treatment needs in primary dentition in 1-5 year old children with non treated dental caries in a low-income community. Moravia, Medellín, 2006. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 20(2): 129-137.
11. Berkowitz RJ. Mutans streptococci acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006;28:106-9.
12. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:429-38.
13. Spitz AS, Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Qian F. Child temperament and risk factors for early childhood caries. *J Dent Child (Chic)* 2006;73:98-104.
14. Tsai AI, Chen CY, Li LA, Hsiang CL, Hsu KH. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:437-45.
15. Harris NO., García GF. *Odontología preventiva primaria*. 2ª edición. México D.F.: Editorial Manual Moderno;2001.
16. Klein SP, Bohannon HM, Disney JA, Foch CB, Graba RC. The cost and effectiveness of school-based preventive dental care. Michigan, EUA. *J Public Health* 1985; 75(4):382-91.
17. Zúñiga-Manríquez AG, et al. Experiencia, prevalencia y severidad de caries dental. *Rev Invest Clin* 2013; 65 (3): 228-236
18. Hernández A, Espeso N, Reyes F, Rodríguez L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de 5 a 12 años. *Archivo Médico de Camagüey* 2010; 14(6): 1-11.
19. Suresh B, Ravishankar T, Chaitra T, Mohapatra A, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2010; 28 (4):282-287.

20. Moura L, Moura S, Toledo O. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciencia & Saude Coletiva* 2007; 12(4):1079-1086.
21. Benavente L, Chein S, Campodónico C, Palacios E, Ventocilla M, Castro A, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1): 14-18.
22. González F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud. Publica Mex* 2011; 53(3): 247-257.
23. Nuñez, J, Moya P, Monsalves M, Landaeta S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en púerperas atendidas en una clínica privada, Santiago de Chile. *Int. J. Odontostomat* 2013;7(1):39-46.
24. Mattos M, Carrasco, Valdivia S. Nivel de conocimiento sobre pasta dental fluorada en padres y profesores de preescolares. *Int. J. Odontoestomatología* 2013;7(1):17-24.
25. Rengifo, H. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq.*, 20(2):171-8, 2009.
26. Abiola, A, Olayinka A, Mathilda B, Ogunbiyi O, Modupe S, Olubunmi O. A survey of the oral health knowledge and practices of pregnant women in a Nigerian teaching hospital. *Afr. J. Reprod Health* 2011; 15(4):14-9.
27. J Rattray, Jones M. Elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 234–243.
28. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Enero 2011. URL disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>
29. Bosch R, Rubio M. y García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Av Odontoestomatol* 2012; 28(1):17-23.

30. Restrepo K, Berrio N, Buelvas J, Peña J, Upegui A, Gallego C. Conocimientos, actitudes y práctica de la población interna en el centro de atención al joven “Carlos Lleras Restrepo” Medellín 2010. Revista Nacional de Odontología 2011; 7(12)
31. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizado. Tesis UNMSM. Oficina general del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca central. [en línea]. Marzo 2010. [fecha de consulta: 25 de setiembre de 2013]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf
32. Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 5ª ed. Madrid: Editorial Harcourt; 2000.
33. INEI. “Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2001-2011”. ENAHO. Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-08081
34. Enciclopedia Encarta. Edición 2003
35. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization September 2005, 83 (9)
36. Yee R and Sheiham A. Restorative dental treatment for children in Third World countries. International Dental Journal 2002; 52(1):1-9.
37. Aguirre A, Rios T, Basauri R, Alarco L. Riesgo Estomatológico para caries y perfil bucodental en preescolares de 3 a 5 años del distrito de Pacasmayo, La Libertad. Revista Médica de Trujillo 2009;8(1):19-34..
38. De Figueiredo Walter L.R Odontología para el bebé, 1ra. ed, Sao Paulo, Brasil. 2000 Cap. 5, pp 75 -79; 81 – 85.
39. World Health Organization. Prevention of oral diseases. WHO Offset Publication n.103. Geneva: World Health Organization, 1987.
40. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. chil. nutr. 2008; 35(1): 43-52.
41. Mani SA, Aziz AA, John J, Ismail NM. Knowledge, attitude and practice

- of oral health promoting factors among caretakers of children attending day-care centers in Kubang Kerian, Malaysia: A preliminary study. *Journal of Indian Society of Periodontics and Preventive Dentistry* 2010; 28(2):78-83.
42. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand.* 2005;63:73-84
 43. Burns RB, Dobson CB. Attitude measurement. En: *Experimental psychology research methods and statistics.* Baltimore Maryland: University Park Press; 1981. p. 369-77
 44. Gómez G. Educacion para la salud dental. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud. *Gaceta Dental* 1997, N° 80: 64-68.
 45. Valdés R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2004;22(3):49-59.
 46. Southward LH, Robertson A, Wells-Parker E, Eklund NP, Silberman SL, Crall JJ, et al. Oral health status of Mississippi delta 3- to 5-year-olds in child care: an exploratory study of dental health status and risk factors for dental disease and treatment needs. *J Public Health Dent* 2006;66:131-7.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.**

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la confianza de que la información recogida en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Fecha: _____

Firma: _____

DNI: _____

ANEXO 2

Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el Policlínico Pacasmayo EsSalud, 2014.

ENCUESTA

Edad: < 20 años () > 20 años () **Nº de hijos:** 1 () Mas de 1 () **Estado civil:** Soltera () Casada () Viuda () Otro.....

Ocupación: Obrera () Empleada () Trabajadora Independiente () Trabajadora Familiar No remunerado () Trabajadora del Hogar () Otro ()

Nivel de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior Universitaria () Superior no universitaria

Lea detenidamente las proposiciones que a continuación se presentan y marque con un aspa la alternativa que mejor exprese su punto de vista.

ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL	Muy de acuerdo	No se	Muy en desacuerdo
1. Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios para comer			
2. Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del bebé			
3. Considero que alimentar al bebé por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries			
4. Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries			
5. Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados			
6. Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por sí mismo			
7. Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño			
8. Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años			
9. Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes			

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL	Verdadero	Falso	No se
1. La caries es una enfermedad infectocontagiosa del diente			
2. La caries puede aparecer en niños menores de 2 años			
3. El primer diente en la boca del bebé puede aparecer a partir de los 5 meses			
4. Los 20 dientes de leche están completos en la boca a la edad de 2 años			
5. El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar			
6. El cambio de biberón a taza debería iniciarse a partir de los 15 meses			
7. La higiene oral del bebé después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente			
8. Cepillar los dientes del bebé es importante para su salud oral			
9. Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries			
10. Es necesario curar o restaurar las caries en los dientes de leche			

PRACTICAS SOBRE SALUD ORAL	Siempre	Frecuentem ente	A veces	Nunca
1. ¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño?				
2. ¿Con que frecuencia realiza un examen oral al niño?				
3. ¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño?				
4. ¿Qué tan seguido le da líquidos o jugos dulces al niño?				
5. ¿Qué tan seguido le da agua pura al niño después de las comidas?				
6. ¿Empieza a darle al niño alimentos semi sólidos antes de los 6 meses?				
7. ¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en el niño?				
8. ¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes del niño es del tamaño de una arveja?				
9. ¿Usa el biberón con algún líquido dulce para el bebé?				
10. ¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud oral?				