



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“ODONTOPEDIATRÍA” – Versión II

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RESPECTO A
SALUD BUCAL ENTRE MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE ALTO
LOYOLA DISTRITO II, MUNICIPIO DE SUCRE-BOLIVIA**

**Tesis presentada para optar el Grado
Académico de Magíster en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: EDITH SAIGUA BARJA

Sucre – Bolivia

2017



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:
“ODONTOPEDIATRÍA” – Versión II

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RESPECTO A
SALUD BUCAL ENTRE MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE ALTO
LOYOLA DISTRITO II, MUNICIPIO DE SUCRE-BOLIVIA**

**Tesis presentada para optar el Grado
Académico de Magíster en
“Odontopediatría”**

MAESTRANTE: EDITH SAIGUA BARJA

TUTORA: MONICA VALDIVIESO

Sucre – Bolivia

2017

DEDICATORIA:

“A Dios quien supo guiarme por buen camino, darme fuerzas para no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fe y la esperanza, ni desfallecer en el intento.

A mis padres por el amor y el apoyo incondicional para poder lograr un triunfo más en mi vida profesional”

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente, a la universidad Andina Simón Bolívar por haberme abierto las puertas de su seno científico para poder adquirir un grado académico más, también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Al Dr. Dorian Gorena, que nos brindó toda la amistad y colaboración durante la maestría y especialmente por el apoyo y la comprensión en las diferentes situaciones en las que viví.

A mis amigos y compañeros de curso que a lo largo de casi 3 años fueron como una segunda familia, compartiendo alegrías y tristezas apoyándonos siempre en cada situación que la vida nos pone.

A mis familiares y amigos que de una u otra forma siempre estuvieron conmigo, a todos ellos mil gracias.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en madres de niños menores de 5 años de edad, que pertenecen al centro de salud Alto Loyola del distrito II, entre septiembre del 2016 y diciembre del 2017. Material y métodos: 54 madres, pertenecientes al club del centro de salud, tras firmar el consentimiento informado, y verificación de cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos, fueron interrogadas sobre conocimientos, prácticas y actitudes frente a la higiene bucal de sus hijos y sus condiciones sociodemográficas. Resultados, se observó que la mayor parte que componen el club de madres, tienen un conocimiento regular sobre salud bucal; respecto a la frecuencia de controles odontológicos la mayor parte de las madres evitan llevar a sus hijos por motivos de falta de tiempo y por temor del niño al odontólogo por malas experiencias pasadas, en cuanto a la frecuencia de visitas al odontólogo, las mamás sólo acuden a consulta por motivos de dolor y no así solo por prevención. Conclusión: En las condiciones que el estudio fue ejecutado, se puede concluir que las madres de niños menores de 5 años que pertenecen al centro de salud Alto Loyola del municipio de Sucre, un nivel regular de conocimientos en cuanto a higiene bucal en sus hijos. Se recomienda las autoridades responsables a nivel local, municipal y estatal, se aseguren de la inclusión de los servicios de salud oral, a través de promoción de la salud y en los programas de prevención de enfermedad, en los sistemas de atención, para la creación de una nueva política pública efectiva de mejora de la salud oral es esencial aumentar la apreciación y el valor de la salud oral entre los legisladores.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes del tema de investigación.....	1
1.1.1 El problema	1
1.1.2 Formulación del problema.....	6
1.2 Justificación y uso de resultados	6
1.3 Objetivos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.....	8
2.1 Marco teórico.....	8
2.1.1 Conocimiento en Salud.....	11
2.1.2 Odontología comunitaria y atención primaria.....	12
2.1.3 Educación para la Salud en las Madres	13
2.1.4 Medidas preventivas.....	14
2.1.5 Hábitos de Higiene	16
2.1.6 Visitas y Control Odontológico.....	17
2.1.7 Hábitos de Alimentación	18
2.1.8 Nivel Educativo	19
2.1.9 Nivel socioeconómico	19
2.2 Marco contextual	21
2.2.1 Estado de situación del territorio.....	21
2.2.2 Pobreza en el municipio de Sucre	23
2.2.3 Características en salud del Municipio de Sucre.....	23
2.2.4 Vivienda, Servicios Básicos y Agua	27

2.2.5	Acceso a servicios básicos de los hogares.....	28
2.2.6	Recojo y tratamiento de residuos sólidos	28
2.3	Características del centro de salud Alto Loyola distrito II-Santa Bárbara Sur.	29
CAPÍTULO III.....		31
3	MARCO METODOLÓGICO	31
3.1	Enfoque, tipo y diseño de la investigación.....	31
3.2	Población y muestra	31
3.3	VARIABLES DE ESTUDIO	31
3.4	Criterios de inclusión y exclusión	34
3.5	Procedimientos de recolección de la información.....	35
3.6	Procesamiento y análisis de datos	35
3.7	Delimitaciones de la investigación.....	35
3.8	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
CAPÍTULO IV		37
4	RESULTADOS.....	37
CONCLUSIONES.....		44
RECOMENDACIONES.....		46
BIBLIOGRAFÍA.....		47
ANEXOS		51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES RESPECTO A SALUD ORAL.....	37
Tabla 2: RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON LA EDAD DE LA MADRE	37
Tabla 3: MEDIO DE DIFUSIÓN POR EL QUE LA MADRE RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE SALUD ORAL	38
Tabla 4: TIPO DE ATENCIÓN FRENTE A AL DOLOR DENTAL.....	38
Tabla 5: ASISTENCIA ODONTOLÓGICA FRENTE A UN PROBLEMA DENTAL DE SU HIJO	39
Tabla 6: FACTOR DE DIFICULTAD PARA LLEVAR AL NIÑO AL CONTROL ODONTOLÓGICO.....	39
Tabla 7: TIPO DE CONSULTA PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO.....	40
Tabla 8: CONTROL DEL CEPILLADO DENTAL.....	40
Tabla 9: INICIO DE LA HIGIENE BUCAL DEL NIÑO	41
Tabla 10: CONTROL DE PROBLEMAS DENTALES.....	41
Tabla 11: FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA	42
Tabla 12: FRECUENCIA DE CONTROLES ODONTOLÓGICOS DEL NIÑO.....	42
Tabla 13: RELACIÓN ENTRE LUGAR DE TRABAJO Y CONSUMO DE AZUCARES	43
Tabla 14: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS	43

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RESPECTO A SALUD
BUCAL DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD
PERTENECIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LOYOLA
DISTRITO II, DEL MUNICIPIO DE SUCRE-BOLIVIA”**

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes del tema de investigación

1.1.1 El problema

La salud oral desempeña un papel importante dentro de la salud general de una persona, numerosas patologías bucales se ven reflejadas a nivel sistémico y viceversa. Dichas patologías bucodentales deben ser el objetivo de los sistemas de salud de Bolivia, mediante programas de educación para la salud de la población, orientados a la adquisición y puesta en practica de determinados conocimientos que beneficien los estilos de vida.

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma (1).

En odontopediatría, la educación del paciente es uno de los puntos más altos que tienen dentro de los cuadros de prevención. Los pacientes y sus padres deben estar conscientes de sus necesidades y responsabilidades en el mantenimiento de la salud. Y con eso, alcanzaremos la mayor meta de la odontología que es de la salud bucal, y consecuentemente una mejor salud general. (2)

Se ha observado que, los niños menores de 6 años con problemas dentales, no necesariamente se quejan de dolor, pero se puede detectar los efectos del mismo en sus patrones alterados de sueño y alimentación.

Asimismo, en este grupo de edad es importante considerar las percepciones de los padres, puesto que de ello dependerá la prevención de las enfermedades, y la búsqueda de tratamiento, debido a que, entre los 2 y 5 años, los menores no verbalizan bien lo que

sienten, y cómo les afecta, emocionalmente, un problema dental, aumentando su dependencia de los adultos. (3)

Sin embargo, para que consigamos que los padres aprendan a mantener la salud bucal de los niños, no basta solamente transmitirles los conocimientos sobre la enfermedad y como evitarla, necesitamos despertar su interés, crear la voluntad de aprender y desencadenar las acciones indispensables para la conquista de los resultados deseados; crear y desarrollar condiciones internas favorables para el aprendizaje. (2)

Actualmente en el ámbito de la odontopediatría no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los niños antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma.

La literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. (3-4)

Un estudio realizado en octubre de 2015 a abril del 2016 en el hospital de la mujer en Zacatecas-México, sobre el nivel de conocimientos sobre salud oral en un grupo de 50 mujeres embarazadas seleccionadas por conveniencia que acuden a consulta del hospital, a las cuales se aplicó un cuestionario referente a conocimientos sobre medidas preventivas en oral, enfermedades orales, atención odontológica en las gestantes y desarrollo dental, dio como resultados que el 58% de las encuestadas tiene un nivel regular de conocimientos sobre salud oral. Respecto a medidas preventivas 44% tiene un conocimiento regular. Se halló en los rubros sobre enfermedades orales, atención odontológica y desarrollo dental un nivel de conocimientos malo. Asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) se observó entre el nivel de conocimientos sobre salud oral y el lugar de procedencia de la gestante, dando como conclusión que existe una urgente necesidad de educar y motivar a las mujeres embarazadas en materia de salud oral a través de diversas intervenciones de promoción de la salud. (22)

Por ese motivo es importante que el núcleo familiar y especialmente las madres de los niños sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud.

La caries dental en la infancia se puede prevenir, sin embargo, continúa siendo una preocupación de salud pública importante, identificada como una de las enfermedades crónicas más prevalente de la infancia. Para disminuir los riesgos de que el niño sufra de caries de infancia temprana, se debe empezar con la educación de la madre, principalmente enfocando la importancia de una correcta higiene oral y una adecuada alimentación del niño.

La calidad de vida es un término que puede definirse, por ejemplo, en términos de contar con recursos adecuados (económicos, infraestructura, educacionales, apoyo social, etc.), cumplir ciertos roles sociales en múltiples dominios (ser hijo, hermano, escolar, amigo), obtener satisfacción en diversos ámbitos de la vida y corresponde a la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida, siendo un concepto complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el entorno.(3) Existen algunos informes e investigaciones que hablan de problemas socioeconómicos que tienen relación con la salud como la pobreza, el desempleo, la violencia y el desplazamiento forzado. (4)

La calidad de vida ha sido medida analizando diversas variables utilizando distintas dimensiones. En el área de la salud bucal se han considerado, por ejemplo, las dimensiones de: movilidad, autocuidado, actividades de vida diaria, ansiedad/depresión, cognición (referido a memoria, concentración, coherencia), dolor físico, discapacidad física, discapacidad social y psicológica, etc. Todo lo cual apunta a determinar el peso que tiene la salud bucal en la percepción que tiene el individuo de su calidad de vida.

Desde esta perspectiva, la salud bucal, o mejor dicho, la falta de la misma, puede afectar la calidad de vida de los párvulos, como también la de sus padres. Aunque existen pocas mediciones al respecto, lo que se sabe es que se asocia la existencia de una patología bucal en el pequeño, a una peor calidad de vida, puesto que el completo bienestar físico, mental y social no se alcanza. (3)

Gilda Garibottia et al (2015) realizó un estudio en Bariloche entre junio de 2008 y mayo de 2009 sobre las características sociodemográficas asociadas a desigualdades en la salud

infantil y evaluar el efecto acumulado sobre la salud de factores de riesgo basados en estas características.

Se evaluaron a 180 niños de 4-13 años con características sociodemográficas consideradas: nivel socioeconómico, educación materna, embarazo adolescente, cobertura médica, inseguridad y hábitos familiares. Se valoró la percepción parental de la salud física y socioemocional, el estado nutricional y la salud bucal en relación con dichas características y con la acumulación de factores de riesgo.

Los resultados obtenidos fueron que el porcentaje de niños con piezas faltantes o caries fue 77% entre aquellos cuyas madres, como máximo, habían completado el primario, comparado con 13% entre aquellos cuyas madres habían completado estudios terciarios/universitarios. La posibilidad de caries o piezas faltantes se duplicó con cada factor de riesgo adicional, eso en cuanto a salud bucal, llegando así a la conclusión de que el bajo nivel socioeconómico familiar y educativo materno se asoció con una mayor prevalencia de resultados de salud desfavorables. Múltiples factores de riesgo tienen un efecto acumulado sobre la percepción parental de la salud física y socioemocional y la salud bucal. (23)

En 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe sobre la salud bucodental en el mundo, donde se enfatiza la importancia de promocionar la salud bucal, considerando como una parte integral de la salud general y un componente esencial para una buena calidad de vida (5).

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo relacionados, entre otros, con la mala salud, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, factores que comparten con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, a saber: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La mala higiene de la boca también constituye un factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales. (5)

Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual. (6) Actualmente en la mayoría de países en desarrollo se ha despertado un gran interés en ese sentido, por cuanto se aspira a modificar

actitudes en relación con hábitos bucales incorrectos, para lo cual se impone la motivación del paciente que, en opinión de algunos autores, se trata de una tarea difícil para la odontología, pues depende de numerosos factores, entre los que pueden citarse: familiares, heredados, imitativos y conductuales de grupos. (5-15)

La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones periódicas, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los niños ya que estas patologías tienen una alta prevalencia y provocan gran morbilidad. (10)

Debido al desafío impuesto por las crecientes necesidades odontológicas y la responsabilidad social de la población y habiendo demostrado la importante relación que existe en salud bucal y calidad de vida, es que se incorpora dentro de un seguro público un componente odontológico conformado por prestaciones tanto como para la madre y para el niño menor de 5 años, aplicadas dentro de un contexto de tratamiento integral del paciente en el que tanto las acciones preventivas como las restauradora desempeñan papeles importantes.

Por tanto, la odontología, está en la obligación de enfrentar un desafío y a la vez una oportunidad, educando a las generaciones futuras para que lleguen a la edad adulta con una mejor salud bucodental. (21)

Según datos del Ministerio de Salud, en Bolivia el 98% de la población tiene algún problema buco-dental, mientras que según un estudio realizado en 2011 por el Ministerio de Salud y expertos en la materia se concluye que cada persona tiene entre 5 y 6 piezas dentales de las 32, presentan problema de caries, pérdida u obturación.

Existe en Bolivia el Seguro Universal Materno Infantil brindado por el estado gratuitamente a la población. En sus atenciones odontológicas cubre a niños menores de 5 años y a las mujeres embarazadas, pero esa atención odontológica que reciben esos grupos de la población, no contempla un adecuado plan preventivo en específico, solo realizan algunas atenciones odontopediátricas, sin basarse en la prevención sino más bien en la curación. Es verdad que cuentan con algunos tratamientos preventivos, como la topicación con flúor y el uso de sellantes de fosas y fisuras, pero son tratamientos aislados de un conjunto de medidas que se necesitan para que estos tratamientos tengan el éxito deseado.

En la sociedad se vio la problemática que afectaba mayormente al binomio madre-hijo, sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico(18), al margen y así propiciando la falta de información la cual evita que se logre los objetivos de motivación en las madres para poder lograr mantener el buen estado de salud oral de sus hijos, que tiene que estar supervisada por el personal de salud y mutuamente con las autoridades de la comunidad para también poder plantear políticas de promoción y prevención en salud oral enfocado a madres de la comunidad.(4-13)

Por tanto, la salud oral es un componente importante de la salud y debe ser incluido en el diseño de programas comunitarios y en la planificación de servicios. Dada la extensión y severidad de los problemas de salud oral, un incremento racionalizado y calificado de las atenciones odontológicas, contribuyen indudablemente a un mejoramiento de la salud pública.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la salud bucal de madres de niños menores de 5 años de edad pertenecientes al centro de salud de Alto Loyola-Distrito II del municipio de Sucre?

1.2 Justificación y uso de resultados

Al analizar esta problemática en el entorno social se vio la necesidad de promover técnicas de promoción de la salud bucal, ya que la mayoría de los niños presentan riesgo cariogénico alto a temprana edad que repercute en la aparición de caries de infancia temprana, la cual es un motivo de preocupación para el profesional odontólogo y más aún para la madre o tutor responsable del niño, porque afecta de gran manera el estado de salud del niño, provocando infecciones, problemas emocionales y nutricionales .

Por tal motivo se ve la necesidad de hacer un estudio o investigación que describa el conocimiento de las madres de niños menores de 5 años y compararlo según factores sociodemográficos de la madre y su acceso a la educación bucal, que nos permita dar pie a investigaciones más profundas en el tema, además de entregar una visión preliminar que oriente a los profesionales para así poder implantar políticas de promoción y prevención en el binomio madre-infante, permitiendo la creación de Programas

Educacionales adecuados para la población de nuestro país, todo esto se puede lograr incorporando métodos de socialización sobre la salud bucal.

Los resultados beneficiaran en mayor proporción a las personas que participaran con la investigación, ya que la información llegara directamente y podrán preguntar las dudas que hayan tenido, también serán beneficiados la familia encuestada, amigos y se entorno familiar, ya que podrán pasar la voz y podrán comentar, discutir y opinar sobre nuestra investigación, dándonos nuevos criterios, nuevas ideas y tal vez ayudándonos a crear nuevas formas para la motivación e información, tanto para los ciudadanos como para las autoridades.

1.3 Objetivos

a. General

Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas respecto a la salud bucal entre madres de niños menores de 5 años de edad pertenecientes al centro de salud Alto Loyola del municipio de Sucre.

b. Específico

1. Determinar el nivel de conocimiento de la madre respecto a la salud bucal.
2. Determinar las actitudes que presenta la madre respecto la salud bucal.
3. Describir las prácticas y frecuencia sobre salud bucal de las madres hacia sus hijos.
4. Establecer las características sociodemográficas de las madres.
5. Describir conocimientos de la madre sobre el consumo de azúcar en la dieta.
6. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de familia y las características sociodemográficas.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 Marco teórico

La salud se define, en términos conceptuales, como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia (Organización Mundial de la Salud). El tener salud, entonces, se convierte más que en un fin, en un recurso para poder llevar a término otros objetivos en la vida; permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente activa. Posee prerequisites o condicionantes relacionados a factores sociales, económicos y culturales, entorno físico y estilos de vida. (3)

La prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos; en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas. (5)

La Salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, entre otros aspectos, con un estado bucal favorable. Esto facilita las relaciones sociales y actividades del desempeño diario como las acciones deglutir, masticar, estudiar, trabajar, como también mantener una autoestima favorable. El deterioro de la salud bucal puede afectar a otros sistemas y funciones de nuestro organismo: a nuestro corazón, al bebé en gestación, dificulta la alimentación en los niños, además de complicar a otras enfermedades existentes, tales como la diabetes.

El conocimiento que tienen sobre las complicaciones orales, su tratamiento y prevención por parte de los padres de los niños sanos y con habilidades diferentes o con necesidades especiales contribuyen a mejorar las condiciones generales de salud de esta población. Por lo que es esencial, instaurar programas que involucren la participación activa y comprometida por parte de los padres. Por cuanto, las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de placa bacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia como la caries dental y la

enfermedad periodontal. Como también están susceptibles a sufrir traumatismos dentarios que constituyen actualmente un problema de salud pública, porque traen enormes perjuicios en su vida cotidiana, causan profundos efectos en su salud bucodental y en su calidad de vida, por lo tanto hay que poner más énfasis en este grupo de niños con habilidades diferentes. (16)

Es importante que las madres tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como también, prevenir las enfermedades bucales más frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dento-maxilares.

La prevención de estos problemas de salud es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela. (3)

Respecto a conocimientos de los padres, cuidadores o profesores, se realizó un estudio en Colombia durante el 2010 sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Se hizo las entrevistas y encuestas a un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia.

Según los resultados obtenidos en los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. Los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños. (13)

Teixeira González, Pablo, et al. Realizaron un estudio sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños menores de 3 años que asisten al hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010, refiriendo que el futuro de la salud bucal de un niño, aún antes de que nazca, puede estar determinado por la madre, y los cuidados que le provean en los primeros meses de vida garantizan una dentadura saludable en la infancia y la adolescencia. Se encuestaron un total de 102 madres dando como resultados que el 87-85% denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno es de 1-1% es muy bajo. Se observa que las

madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor.

Este estudio dio como conclusión que el conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud. (17)

Los datos de salud bucal en el mundo indican que la caries dental presenta una prevalencia disminuida en la mayoría de los países; por lo tanto, el fenómeno de polarización de esa enfermedad va demostrando que tal descenso no ocurre de forma homogénea, ya que aún existe un gran número de personas pertenecientes a grupos minoritarios, socialmente desprotegidos, con mayor vulnerabilidad a las enfermedades bucales, por ser más susceptibles o estar más expuestos a factores de riesgo. (1)

La atención odontológica tradicional con fines curativos representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde entre un 5% y un 10% del gasto sanitario guarda relación con la salud bucodental. En los países de ingresos bajos y medianos, escasean los programas públicos de salud bucodental. El elevado costo de los tratamientos odontológicos puede evitarse aplicando medidas eficaces de prevención y promoción de la salud. (5)

Los estudios demuestran que los programas de educación en salud bucal realizados a través de charlas y conferencias motivacionales, cartillas y ayudas audiovisuales, entre otras, reducen la incidencia de caries en la familia, gracias a la interacción entre el jefe de hogar y el hijo. (4) Para el éxito de cualquier programa, radica en la capacidad de llegar a concientizar vía una adecuada técnica educativa a la madre a fin de obtener el máximo beneficio del programa, teniendo en cuenta, no solamente la mejora del nivel de conocimientos de salud oral de la madre, sino también el impacto en la higiene oral de los preescolares. (20)

La salud comunitaria es un paso más en la evolución de la salud pública; de hecho, la salud comunitaria surge de la salud pública, añadiéndole algunos elementos nuevos, así incorporar responsabilidad y participación de la comunidad organizada en las siguientes acciones: planificación, administración, gestión y control de las acciones sanitarias. La comunidad participante y activa interviene en todo el proceso para proteger y aumentar la salud. (7)

La atención en salud oral debe estar dirigida a la persona, la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables y con discapacidades de todo tipo, además debe estar basada en el principio de la atención de calidad y ser accesible a todos; el énfasis de las intervenciones debe estar puesto en acciones educativas en salud oral integral y de apoyo a controlar la morbilidad oral más común: la caries dental, para lo cual se deben adoptar algunas reglas básicas como la distribución de alimentos baratos y nutritivos, el control de la propaganda de productos nocivos a la salud oral, el acceso a la información, a la recreación y a las actividades físicas, así como la promoción de una nutrición adecuada e higiene buco dental correcta.

2.1.1 Conocimiento en Salud

Los conocimientos en salud, se pueden definir como "la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad". (8)

La educación para la salud entonces, tiene que partir del nivel de conocimientos formales o informales (opiniones, creencias, representaciones sociales) que tienen las personas, en la medida que todos guían la manera de actuar frente a un problema de salud o frente a la probabilidad de evitarlo. (9)

Gozar de salud oral es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona, una ausente o limitada salud oral interfiere directamente en diferentes sistemas del organismo; un adecuado diagnóstico de salud oral detecta temprana o tardíamente patologías mortales, pudiendo prevenirlas o limitar su daño.

La salud oral cumple diferentes funciones. Por un lado, están las biológicas, como la alimentación, algunos procesos inmunológicos, en ocasiones la respiración y la percepción de sabores. Por el otro, están las sociales,²⁹ como la construcción de las redes a partir de la comunicación, el desarrollo de la sexualidad y la participación comunitaria. (19)

A diferencia de las prácticas, que provienen de los grupos sociales de los que es parte la persona, los conocimientos son adquiridos a través de diversos mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: medios masivos de comunicación, la relación con personas dentro del núcleo familiar y del grupo social, los

acontecimientos de la vida diaria, las características del ambiente en que se desenvuelve y la conexión con redes sociales como la escuela. (8)

Los padres son fundamental en la educación de cualquier individuo, porque su influencia es decisiva en el desarrollo afectivo, productivo, cognitivo, intelectual y social; así también realizan el paso inicial al conducir al niño totalmente desinformado en edades tempranas a un marco básico de valores, creencias, actitudes y hábitos que guiarán a su desarrollo personal. Asimismo, estos desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades de sus hijos, pues son los principales transmisores de hábitos de salud bucal, incluyendo el cepillado diario y una consulta odontológica temprana.

2.1.2 Odontología comunitaria y atención primaria

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas en cualquiera de los países de nuestro entorno.

El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. (10)

El conocimiento y la operación del proceso salud-enfermedad-atención como proceso dinámico situado en la sociedad, debe ser abordado desde un enfoque integral de la salud, definiendo intervenciones comunitarias que eviten la repetición del ciclo de la enfermedad y que promuevan la salud.

La odontología comunitaria supone la prestación de servicios preventivos y asistencia de forma integrada a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad. Incluye así mismo la investigación de los factores ambientales sociales y de conducta determinantes de enfermedad, así como la promoción de su corrección. (7)

La atención primaria de la salud es aquella que se ofrece en primera línea al usuario. Este criterio fue expresado en la declaración de Alma-Ata: “La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”. La atención primaria a la vez que constituye un núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad. (7)

El paciente en odontología comunitaria es la comunidad. Este mismo hecho determina las diferencias entre la práctica de la odontología individual y de la odontología comunitaria. Las propias características del paciente comunitario condicionan las actuaciones, las tareas y los métodos del profesional que trabaja. (7)

2.1.3 Educación para la Salud en las Madres

La educación para la salud es la herramienta más útil para la promoción de la salud y para la prevención de las enfermedades. Se debe priorizar la educación sobre la salud a las mujeres embarazadas y de las nuevas madres ya que este desempeñara u papel importante para la vida del recién nacido.

Como se ha mencionado previamente, la salud oral de los niños está significativamente relacionada con el grado en que las madres entienden los problemas de salud oral y el conocimiento que posean respecto a ella, por lo que comprender por qué las madres adoptan ciertos hábitos y qué saben acerca de una óptima salud oral en sus hijos, es el primer paso para desarrollar material educativo adecuado y programas de Promoción de la salud. (7)

Los hábitos higiénicos son prácticas que provienen de los grupos sociales a los cuales pertenece la persona. Por ello, una mujer que tiene malos hábitos de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se creará un círculo vicioso que perpetua el desarrollo de las caries. Los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido y de sus experiencias. (17)

Es de importancia mencionar, que existen grupos específicos de madres que necesitan más educación que otras, por lo que se convierte en objetivo fundamental, determinar a qué madres deben estar especialmente dirigidas las intervenciones educativas ya que las de mayor riesgo son aquellas que tienen un nivel socioeconómico bajo de las áreas rurales.

El contenido de las intervenciones educacionales con los grupos específicos a los que debieran ir dirigidas las intervenciones, no solo tendría que ir dirigido a las madres sino incluir también al resto de la familia, podría dar lugar a un enfoque integral para el desarrollo de mejor una mejor educación para la Salud. (8)

Por ello, gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos de las madres sobre las conductas saludables y las de riesgo, sin considerar

que es apenas una parte de todos aquellos factores que determinan el estado de salud de sus hijos, en beneficio no solo de la cavidad oral sino en su salud en general. (17)

Sin embargo, si deseamos aumentar el nivel de conocimientos en salud oral hacia las madres tenemos que prestar mejores servicios de salud oral enfocados en la prevención y ampliar las intervenciones a los distintos grupos sociales. También es necesario mejorar los centros de salud y capacitar a los profesionales del área de la odontología para ejercer una atención enfocada a la prevención y educación de la salud bucal hacia las madres y sus hijos.

2.1.4 Medidas preventivas

El énfasis en la práctica odontológica debe cambiarse de una filosofía puramente restauradora a una odontología preventiva, lo que implica comprender y tratar al paciente como una entidad biopsicosocial íntegra, con componentes físico y emocional que vive en un medio social. (5-21)

La odontología orientada de manera preventiva es simplemente sinónimo de buena odontología, lo que debe aplicarse a todos los pacientes: aquellos con graves afecciones de tipo bucal, así como aquellos con problemas mínimos o que no tienen problema alguno. (21)

Según la nota informativa que lanzó la OMS en septiembre del 2013 hace las recomendaciones hacia los países del mundo de fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas. (5)

Cuando se quiere trabajar en el campo de la prevención de los problemas de la salud, uno de los frentes de trabajo será entonces el de los conocimientos que las personas tienen sobre los problemas y sobre las prácticas y los recursos que usan para prevenirlos. En el caso específico de la salud bucal infantil, los conocimientos que la madre y el padre o las personas responsables de su cuidado tengan, acerca de cómo se producen, por qué se producen, cuales son los métodos para prevenirlas, etc, juegan un papel en la mayor o menor probabilidad que el niño se enferme. (9)

Es muy importante señalar que las prácticas promovidas desde la infancia y desde el núcleo familiar son una variable importante para llevar a cabo acciones que favorezcan la salud, pues la adopción de comportamientos que promuevan la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y que a largo plazo permiten mantener la salud.(19) La educación debe empezar en el hogar, para ello es necesario implementar programas que capaciten al padre de familia en hábitos de higiene oral saludables para que ayuden a sus hijos a llevar un control adecuado de la limpieza oral después de alimentarlos y prepararlos para que tomen conciencia de la importancia de la asistencia odontológica. (20)

La caries dental es un tema de enfermedad prevenible. Los cuatro pilares de la prevención son: control de la placa bacteriana, alimentación fluoruro, selladores de fosas y fisuras.

Cada uno de los pilares debe incorporarse en cada plan de tratamiento preventivo con el fin de prevenir, gingivitis, enfermedad periodontal, caries dental y erosión dental. Los efectos de cada uno de estos pilares son aditivos y cuando se planea en tratamiento deben tomarse en cuenta la edad, la cooperación, riesgo de caries y necesidad de exposición a fluoruro. La prevención debe comenzar en una fase temprana, y debe alentarse a los padres a llevar a sus niños al dentista hacia la edad de 6 meses, para que reciban orientación adecuada sobre cuidados bucales antes de que surjan los problemas. La prevención es la base de todos los planes de tratamiento, debe individualizarse para cada paciente. Todos los planes de tratamiento deben comenzar con la prevención en la primera visita, y continuar y ser reforzados a medida que el tratamiento avanza. Aplicar medidas preventivas al inicio de un tratamiento también es apropiado en las estrategias de atención para niños. Asimismo, la cooperación y motivación futuras del niño y sus padres puedan mejorar si la motivación se hace divertida. (11)

En esta línea, existen tres niveles de prevención.

Primaria: son aquellas medidas que se toman sobre un individuo o un grupo de personas con el fin de evitar la aparición de la enfermedad mediante concientización sobre un tema en específico o un tratamiento simple. Por ejemplo, técnicas de higiene y cepillado dental, aplicación de flúor, etc.

Secundaria: Esta se aplica cuando la prevención primaria ha fallado, y la enfermedad apareció, todos los esfuerzos se centran en interrumpir la afección con tratamientos específicos con el fin de mejorar el pronóstico de la enfermedad y ponerla bajo control.

Terciaria: Esta tercera fase se pone en marcha cuando la enfermedad ya está establecida. Esta prevención es la encargada de limitar la lesión y evitar que se desencadene alguna complicación derivada de la afección bucal.

En los países desarrollados la caries dental infantil ha disminuido en las últimas décadas. Este descenso se debe a la mejora del nivel de vida, a la implantación de programas preventivos comunitarios y a los avances en la atención odontológica. (10) Actualmente si enfocamos la práctica odontológica predominantemente preventiva, si un paciente se presenta libre de enfermedad dental, sería el momento ideal, para que el profesional odontólogo y su equipo hagan todos los esfuerzos posibles para mantenerlos libre de enfermedades durante tanto tiempo como se pueda. (3-7), y cambiar la percepción en relación a la salud y la enfermedad oral de forma que llegue aceptada como un componente de salud general. (7)

2.1.5 Hábitos de Higiene

El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías, de modo de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías. Aunque la placa bacteriana se forma de manera permanente, su acción más dañina se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada, puesto que, en ese momento, las bacterias de la placa disponen de sustancias nutritivas para metabolizarlas y producir ácidos. La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca. La mejor manera de remover la placa es usar un cepillo y seda dental regularmente. (3)

- **Cepillado dental.** - Debe alentarse a los padres a comenzar a cepillar los dientes del niño en cuanto de inicio la erupción, por lo común a los 6 meses de edad. Es conveniente usar un cepillo pequeño con cerdas blandas al que se aplica una capa delgada de dentífrico. (11) El método empleado en esta etapa no es importante, pero debe instruirse a los padres para que cepillen todas las superficies de todos los dientes en orden, también las encías y lengua con suavidad.

Cuando el niño crece, los padres deben supervisarlos mientras este realice el cepillado de los dientes por sí mismos.

Los niños no desarrollan la destreza manual necesaria para cepillarse los dientes de manera eficaz sino hasta alrededor de los 6^a 7 años de edad; es decir cuando pueden atarse los cordones de los zapatos. Debe decirse a los padres que lo mejor es cepillar los dientes del niño de pie atrás de él y con la cabeza del menor con una ligera inclinación hacia atrás, lo cual mejora la visibilidad y el acceso. (11)

El cepillado regular con pasta fluorada y el cepillado antes de dormir son importantes pues mantienen la concentración de flúor en la saliva por un mayor período de tiempo, favoreciendo la re mineralización y disminuyendo la desmineralización del diente, sin embargo, es importante destacar que se aconseja utilizar pastas fluoradas a partir de los 2 años y en pequeñas cantidades, asegurándose de que el niño no se la trague y se enjuague correctamente. (8)

- **Dieta sana.** - Se debe recomendar una dieta equilibrada y baja en alimentos con alto contenido de azúcares y carbohidratos. El consumo de agua, de vegetales y proteínas en mayor cantidad, evitar los hábitos como el consumo de alcohol y de tabaquismo.
- **Tratamientos profesionales.** - La limpieza dental es una técnica realizada en la clínica odontológica que se encarga de remover manchas del esmalte y placa bacteriana que se alojan en las piezas dentarias.

2.1.6 Visitas y Control Odontológico

El componente de salud bucal en el control de salud del niño es la acción odontológica periódica, programada e incremental que realiza el equipo de salud pediátrico, que evalúa y controla el normal desarrollo y crecimiento de aparato estomatognático, promover las conductas de autocuidado de la salud bucal, prevenir enfermedades y restaurar si es necesario para devolver la salud bucal.

En relación a las visitas al Odontólogo, se ha visto que los niños con mayores índices de caries tienen un historial de citas dentales perdidas, no asisten a los controles dentales a tiempo, acuden principalmente por tratamiento cuando existe dolor y tienen padres que no visitan regularmente al dentista. Franco y cols., 2004 y Sotomayor y cols., 2012

encontraron que la frecuencia de consulta al Odontólogo es más alta en el estrato socioeconómico medio-alto y que el motivo de la consulta es más por prevención que por tratamiento (8).

Además, el estado de la salud dental de los padres es un indicador de sus conocimientos y actitudes que pueden influir en sus hábitos dietéticos y en los comportamientos preventivos para la salud de sus hijos, por lo tanto, se espera que exista asociación entre los índices dentales de los padres y sus hijos.

Los padres que presentan pobre salud oral, problemas dentales previos, insatisfacción con sus piezas dentarias o que han perdido dientes, tienen hijos con mayor prevalencia de caries . (8)

2.1.7 Hábitos de Alimentación

La velocidad de crecimiento y desarrollo del niño y el aumento de sus necesidades nutricionales orientan el inicio de la alimentación complementaria, es decir la incorporación de alimentos sólidos. (3) Es muy difícil inducir cambios conductuales, tal es el caso de las modificaciones alimentarias.

La orientación alimentaria debe ser simple, realista, y asequible. Es recomendable evitar instrucciones como “eliminar todos los azúcares y carbohidratos fermentables. Sino que afirmar que puede consumir ese tipo de alimentos siempre y cuando se realice un cepillado adecuado para eliminar los restos alimenticios. (11)

Desde que el niño y niña comienza las primeras comidas debe entregarse una alimentación saludable, evitando alimentos con altos contenidos en grasa, azúcar o sal y carbohidratos, son los más dañinos, en especial la sacarosa que tiene la capacidad de difundir a través de la placa y llegar a la superficie de los dientes, en esta etapa los niños y niñas están formando hábitos, y estos alimentos son desfavorables para su salud. (3-7)

La consistencia de la alimentación se debe modificar paulatinamente, para llegar a los 12 meses con una alimentación molida y según el desarrollo y evolución de la dentición incorporar paulatinamente algunos alimentos picados. Esto va asociado a la salida de los primeros molares y al desarrollo de la masticación y la deglución.

Se debe tener cuidado de no enfriar los alimentos soplándolos, ni tampoco probarlos con el mismo cubierto que se utilizará para darles la comida, pues se produce contaminación

de la boca del niño con microorganismos que se encuentran en la cavidad bucal del adulto y que producen caries.

A los 2 años los párvulos adquieren la mayor parte de los hábitos alimentarios y preferencias que determinan en gran medida el tipo de alimentación futura, por lo que es necesario ir educándolos para que adopten estilos de alimentación saludables. (3)

2.1.8 Nivel Educativo

El bajo conocimiento acerca de las medidas favorables a la salud bucal ha sido asociado con un bajo grado de instrucción de los padres, un panorama limitado frente a las necesidades de salud de su familia. (12) Adicionalmente, existe una relación estrecha entre el nivel educativo de la madre y la salud bucal de los niños. Los hallazgos muestran que un bajo nivel educativo de la madre, más el estrés del padre o cuidador, son factores importantes para la presencia de caries y de otras enfermedades prevenibles en la infancia temprana. (19)

El Nivel Educativo de los padres se correlaciona directamente con la presencia de esta enfermedad, pues la educación superior se traduce en mayor cantidad de conocimientos, mayor capacidad de comprensión de la información que se recibe, mayor disposición al cambio de conductas y mayor accesibilidad a bienes y servicios básicos para tener buena salud. (8)

En concordancia con lo anterior, menor prevalencia de caries y menor ceo-s ha sido asociado con mayores niveles de educación, pues por ejemplo, padres más educados reportan actitudes más positivas e intenciones más fuertes de controlar el consumo de azúcar que los padres con menor educación.

Más específicamente, en relación al Nivel Educativo de la madre, se ha visto que mientras mayores, menor presencia de caries tienen sus hijos. Esto podría ser atribuido a que a menor educación es mayor la falta de información y educación en relación a los cuidados en salud de sus hijos. (8)

2.1.9 Nivel socioeconómico

Cuando se habla de promover los estados de salud en las personas, no se debe dejar de lado su entorno económico, social, político y geográfico. Las condiciones de salud de las personas se deben afectar desde las causas profundas y no solamente con intervenciones

mediáticas, ya que el resultado no va a ser sostenible en el tiempo. Si se trata de resolver los problemas de salud mediante acciones mediáticas y no se propone desarrollar un apoyo social para las personas, se pierde el verdadero sentido de la “promoción de la salud”, donde se busca básicamente generar la autonomía de las personas en sus diferentes contextos e incidir en los determinantes que afectan la salud. (19)

El nivel sociocultural y económico de la población hace que tengan conocimientos y conceptos errados de lo que es la salud y peor aún lo que es la odontología, piensan que se debe asistir al odontólogo solo cuando existe dolor, creen que si no duele, no es necesario asistir al dentista, menospreciando el valor de la prevención o incluso desconociéndola totalmente.

Diversos son los factores socioeconómicos – culturales y de conocimiento que intervienen y modulan la percepción del proceso salud – enfermedad bucodental, determinando la demanda de una atención de urgencia de resolución inmediata, que está influenciada por las vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos, por los cuales el enfermo busca solucionar “su problema”.

Estos aspectos socioeconómicos han sido evaluados en numerosos estudios poblacionales en donde se ratifica que las condiciones de mayor vulnerabilidad social en las poblaciones, como el escaso acceso al trabajo, salud, vivienda y educación los cuales se consideran factores influyentes para la obtención de hábitos higiénicos saludables, se traducen en el deterioro de la salud bucal de los individuos. (13)

Los recursos básicos para la salud son los ingresos de la vivienda, la alimentación, la educación, la recreación. Para mejorarla se requiere alcanzar un nivel satisfactorio de estos recursos fundamentales, pero supone también disponer de esta información y habilidades personales para influir sobre los factores que la determinan. (9)

El nivel social, económico y cultural del país influye demasiado en el nivel y calidad de salud que tiene la población; mitos, tradiciones, costumbres, la falta de acceso a información, criterios errados de la población e incluso de algunos profesionales odontólogos, llevan a actuar en forma inapropiada a la población en cuanto al cuidado bucodental se refiere.

2.2 Marco contextual

Bolivia un país subdesarrollado luchando por el crecimiento de sus regiones, tiene como cabeza de la salud al ministerio de salud y deportes que, como una institución gubernamental, es la encargada de promover la salud y para esto cuenta con niveles de atención, pero no se avoca a lo primordial que es la educación, promoción y prevención de la salud que juega un papel importantísimo en el desarrollo de la nación.

El Ministerio de Salud y deportes de Bolivia declara que más del 95% de la población se encuentra afectada por caries y manifiesta que la salud oral forma parte integral de la salud en general y que las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser factores agravantes de trastornos generalizados e indica que esta situación de salud oral es más delicada en aquellas zonas de extrema pobreza por la desnutrición, mala alimentación y falta de higiene. Bolivia ocupa el segundo lugar a nivel latinoamericano con una población afectada por problemas de caries, que alcanza al 84.6% en niños menores de 12 años.

Es importante mencionar que en los países desarrollados la prevalencia de caries dental ha disminuido sin embargo en Chuquisaca-Bolivia la prevalencia de la caries dental y las infecciones pulpares y periapicales son muy frecuentes, donde la demanda de atención odontológica está centrada más a la parte curativa que a la preventiva. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como una enfermedad de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando la desmineralización del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. Es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial y en Bolivia afecta a más del 90% a los niños, y muchas de estas alteraciones son consecuencia de una nutrición deficiente en el periodo gestacional y otras están en relación directa con el grado de instrucción de la madre y el nivel de dedicación de las medidas higiénico dietéticas.

2.2.1 Estado de situación del territorio

El departamento de Chuquisaca fue creado por Decreto Supremo de fecha 23 de enero de 1826, durante la presidencia del Mariscal Antonio José de Sucre.

Chuquisaca se halla situada al Sur de la República, entre los 18° 23' de Latitud Austral y los 62° y 66' de Longitud Occidental del Meridiano de Greenwich. Posee una extensión de 51.524 Km² que representan 4,69% del territorio nacional.

Limita al norte con los departamentos de Cochabamba Y Santa Cruz, al sur con el departamento de Tarija; al este con el departamento de Santa Cruz y la República del Paraguay y al oeste con el departamento de Potosí.

Presenta un clima templado en los valles del norte, centro y sudoeste; cálido en la zona noreste y este. Presenta 3 pisos ecológicos que definen 3 eco regiones: Cordillera Andina Oriental; Zona Sub-Andina y Zona Chaqueña.

La altitud fluctúa entre los 400 y los 4,500 m.s.n.m. desde la zona del Chaco hasta la zona altiplánica colindante con el Departamento de Potosí

La Precipitación Pluvial Promedio varía entre los 300 y 700 m.m. entre los meses de noviembre y mayo. La temperatura Media Anual oscila con la altura entre 8 y 24°C, con una diferencia de 3 a 4°C entre invierno y verano.

En cuanto a riesgos climáticos, se presentan heladas en las regiones Andina y Sub-andina y, ocasionalmente en la región del Chaco. La sequía se presenta generalmente y con mayor intensidad en la zona Chaqueña. Granizadas e inundaciones en gran parte del territorio del departamento.

En el departamento se encuentra las siguientes cordilleras: Sopachuy, Incahuasi, Aguaragüe, Lique y Tacsara, que configuran una zona agreste en su mayoría.

La cordillera de los Andes va en declive hacia las llanuras y no presenta picos montañosos de considerable elevación.

El 89% de la población del municipio vive en el área urbana de la provincia Oropeza y el 10,15% en el área rural, como consecuencia del imprevisto crecimiento, la población migrante, se ha asentado en los alrededores de la ciudad, creando los llamados barrios periféricos conformados irregularmente y de manera improvisada.

El departamento cuenta con 10 provincias, 29 secciones municipales y 100 cantones y abarca una extensión Territorial de 51.524 Km² equivalente a 4,69% del territorio nacional.

Para el 2011 el departamento de Chuquisaca tiene una población proyectada según el INE de 660.813 habitantes, que equivale al 6,22% de la población nacional y una Tasa Media Anual de Crecimiento de 1.56%, con una alta proporción de población joven: el 38,39% son menores de 15 años; la población entre 15 a 59 años llega al 54,17% y la población mayor de 60 años es el 7,44%. Tasa Bruta de Natalidad, es de 27,4 nacimientos por cada mil habitantes, tasa superior al promedio nacional de 25,6; también la Tasa Global de Fecundidad es de 3,64, superior a la tasa nacional de 3,2.

La Tasa de Mortalidad Infantil es de 42 muertes de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos, mayor a la estimada para el total nacional de 39.5. La esperanza de vida al nacer es 65,8 años, nivel inferior a la nacional de 66,8 años.

2.2.2 Pobreza en el municipio de Sucre

El departamento de Chuquisaca, presenta un elevado porcentaje de población pobre, 70.12% superior al porcentaje nacional que alcanza al 58.59%, expresada en la mala calidad de las viviendas, hacinamiento, inadecuados servicios de agua y saneamiento básico, utilización de inadecuados insumos energéticos, insuficiencia en educación y en salud. Esta situación conlleva un permanente deterioro de la calidad de vida, abandono de centros educativos por la población estudiantil, con una población que se encuentra acechada por enfermedades diarreicas agudas (EDAs), y con altos niveles de riesgo en la salud por la deficiencia de infraestructura y de personal de salud en el área rural principalmente.

e acuerdo a datos del INE 2001, los indicadores de pobreza muestran lo siguiente: el 53.70% de la población no cuenta con una vivienda con materiales de construcción adecuados, el 72.10% vive en hacinamiento, el 62.50% utiliza insumos energéticos que contaminan el medio ambiente, el 70.70% de la población total es analfabeta, el 40.40% de la población no tiene una asistencia en salud con personal médico capacitado.

2.2.3 Características en salud del Municipio de Sucre

El departamento de Chuquisaca, presenta una elevada tasa de mortalidad infantil, 40.1% superior al porcentaje nacional que alcanza al 38.1%, entre las principales causas de mortalidad infantil figuran las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), y las infecciones respiratorias agudas (IRAs), subnutrición y por las complicaciones perinatales por la no asistencia de las mujeres gestantes a los controles antes del parto y deficiencia de parto

fuera de los centros de salud. Además de otros factores como el grado de formación de las madres, inadecuados servicios de agua y saneamiento básico, altos índices de pobreza.

La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive, entendiéndose como ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

Dentro del municipio de Sucre contamos con diferentes centros de atención a la población en sus tres niveles, 1° nivel centros de salud ubicados en cada zona de la ciudad con atenciones de medicina general, enfermería y en algunos odontología, 2° nivel ubicados estratégicamente en cada distrito del municipio con atenciones de algunas especialidades médicas, enfermería laboratorio y odontología, 3° nivel con centros hospitalarios con capacidad de realizar cirugías de alta complejidad donde encontramos todas las especialidades médicas.

a) Programas de atención del municipio de Sucre

* El Seguro Universal Materno Infantil SUMI promulgada por Ley 2426, tiene mayores prestaciones de atención a la mujer embarazada y al niño menor de 5 años, las mismas de carácter gratuito para los pacientes que acuden a los diferentes niveles de salud.

* El Seguro Universal de Salud, donde cuenta con más de 50 unidades distribuidas estratégicamente en todo el municipio que atienden casos de medicina general, curaciones y atenciones odontológicas, cada unidad está conformada por un médico y una enfermera y en algunos casos por un odontólogo.

El SEDES Chuquisaca, conjuntamente la universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, deben coordinar acciones para delinear programas de salud oral y ejecutarlas en el marco de acuerdos interinstitucionales.

El programa de Salud SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) ha mejorado notablemente los servicios de salud en cuanto a calidad y cobertura, aunque falta todavía por llegar a todos los demandantes del servicio por factores logísticos, infraestructurales, equipamiento y recursos humanos. El área rural del departamento tiene dificultades para poder acceder a los servicios de salud por el grado de dispersión de sus comunidades y por factores culturales.

Política orientada a permitir garantizar la atención igualitaria a hombres y mujeres de las áreas urbana y rural de Chuquisaca.

Se trabajará para lograr prioritariamente el mejoramiento cualitativo del sistema departamental de salud de Chuquisaca, como por ejemplo: El equipamiento de establecimientos de salud de los tres niveles, con tecnología de punta y personal capacitado y suficiente; el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud Pública; la intervención integral para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil; la incorporación de la medicina tradicional en el sistema público entre otras).

b) Fortalecimiento de la Atención Primaria y Secundaria en Salud

El fortalecimiento en la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención es básico para mantener en buenas condiciones la salud de la población, por tanto, acciones en construcción de nuevos puestos médicos, su equipamiento y la dotación de más puestos de personal médico y para médico resulta ser una de las grandes prioridades que debe ser atendida por los tres niveles de gobierno.

El primer nivel de atención son los Puestos de Salud y Centros de Salud (con y sin camas). Las principales atenciones que se ofrecen en el primer nivel incluyen: promoción de salud, educación en salud, prevención en salud, consulta ambulatoria, internación de tránsito (en establecimientos con camas) y visitas domiciliarias. Como se mencionó anteriormente, los establecimientos de primer nivel de atención son el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud.

Las principales funciones se realizan tanto en los establecimientos de salud como también con la comunidad. Por ejemplo, en el establecimiento, aparte de prestar atención integral, debe realizar actividades de educación y promoción en salud, vigilancia epidemiológica completa y vigilancia epidemiológica nutricional y violencia intrafamiliar (en coordinación con las Unidades Nutricionales Integrales –UNI). En la comunidad debe fomentar la participación social, coordinar con autoridades locales y comités de salud y lograr alianzas estratégicas. (28)

El segundo nivel de atención de salud se compone por los Hospitales Básicos que ofrecen servicios de inter-consulta para especialidades básicas (medicina interna, pediatría, ginecologíaobstetricia, cirugía, traumatología, anestesiología, servicios básicos de apoyo de diagnóstico y 50 terapéutico). En este nivel se realiza la referencia al tercer nivel o la

contrarreferencia al primer nivel de atención que le haya solicitado la atención. Al hospital básico se le asigna la población de un área territorial. El tercer nivel de atención se representa por los hospitales generales y los institutos especializados que ofrecen servicios de consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos de alta complejidad.

Este enfoque del sistema de salud actual, debe ser ampliado en cobertura para atender ahora la población dispersa que se encuentra en las comunidades no nucleadas y que están lejos de los centros poblados. Para este tipo de atención, equipamiento móvil, medios de transporte y personal médico intercultural son necesarios, los cuales deberán ser gestionados y adquiridos mediante programas nacionales con la debida contraparte de los gobiernos municipales.

c) Fortalecimiento de los programas materno infantil

Considerando la prioridad del binomio madre – niño, la Gobernación del departamento a través del SEDES y los gobiernos municipales mediante sus Direcciones de Salud, deben impulsar la ejecución de programas regionales de atención de la salud integral, y con las instancias productivas, desarrollar toda una estrategia para la provisión oportuna de alimentos proteicos e inocuos para la salud humana. En el marco de esta acción deberá impulsarse la construcción de carpas solares y huertos escolares y familiares, con la participación de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, fundaciones y ONGs.

La Ley No 2426 del Seguro Universal Materno Infantil se promulgó el 21 de noviembre del 2002 en el marco de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). Su vigencia data del 1 de enero del 2003. Su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El SUMI es universal para mujeres embarazadas y niños(as) menores de 5 años de edad. Las prestaciones para las mujeres embarazadas incluyen consultas prenatales, de puerperio, atención por desnutrición, Papanicolaou y hasta el parto domiciliario atendido por partera articulada. Las prestaciones para niños menores de 5 años incluyen consultas pediátricas, vacunación regular del programa ampliado de inmunizaciones, tratamientos para la

malaria, chagas, dengue, fiebre amarilla, enfermedades febriles, infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea entre otros. (28)

El Bono Juana Azurduy se estableció en el 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos años.

d) Servicios odontológicos

La atención odontológica, que se presta en los servicios de salud SAFCI, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la Salud Oral de las personas, familias y comunidades que se encuentran en la jurisdicción de la Red Municipal, mediante el desarrollo de acciones de promoción de la salud oral, prevención y tratamiento de las enfermedades odontológicas y la rehabilitación.

La prestación de servicios de salud se realiza en establecimientos organizados de acuerdo al grado de complejidad, en los tres niveles de atención ya conocidos en salud

Primer Nivel. La consulta ambulatoria e internación transitoria, corresponden también a este nivel acciones clínicas curativas de tipo ambulatorio como lo son la operatoria o restauración dental, la exodoncia, la profilaxis dental y otros procedimientos clínicos.

Segundo Nivel. Corresponde a la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas. Este nivel de atención se da en los hospitales básicos.

Tercer Nivel. Corresponde a la consulta de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; este nivel de atención se da en los hospitales generales e institutos especializados.

2.2.4 Vivienda, Servicios Básicos y Agua

En el departamento de Chuquisaca el 72.34% de las viviendas es propia y el restante 27,66% representa alquileres, anticréticos y otros. Los bajos índices de cobertura de vivienda se deben a factores económicos, insuficientes fuentes de empleo, pobreza, distribución inequitativa de los recursos que reducen la posibilidad de acceso a viviendas,

y consecuentemente se ven desmejoradas la calidad y las condiciones de vida de la población, con altos niveles de hacinamiento y poco acceso a servicios básicos.

En cuanto a la situación de vivienda, el 26.8% de éstas, están categorizadas como de mala calidad, el 44.8% es de calidad media y finalmente el 28.4% esta categorizada como buena. En relación al porcentaje nacional de calidad de vivienda mala el departamento de Chuquisaca tiene mayor porcentaje de viviendas de mala calidad que representa mayor vulnerabilidad de las familias porque son propensos a hospedar a insectos que transmiten diversas enfermedades.

2.2.5 Acceso a servicios básicos de los hogares

El 53.92% de los hogares cuentan con distribución de agua por cañería, el 47.15 % tiene energía eléctrica y el 72.38% de los hogares tiene baño y desagüe a alcantarillado; la cobertura de agua y energía eléctrica es mayor en relación a los porcentajes nacionales, sin embargo, es necesario considerar que existe grandes diferencias de acceso a estos servicios entre el are rural y urbana.

En el área rural es importante considerar la problemática de sostenibilidad de los sistemas de agua, el tratamiento y potabilización, por ende su baja calidad, que conlleva a la población a que permanentes riesgos de contraer algunas enfermedades digestivas agudas (EDAS) y la mortalidad infantil.

2.2.6 Recojo y tratamiento de residuos sólidos

Uno de los principales problemas por los que atraviesa EMAS es el aspecto económico, dado que mejoramiento de los vehículos recolectores, así como su mantenimiento, existen acuerdos de reposición de equipos para el mejoramiento del sistema de recolección, transporte y disposición final de residuos de la ciudad de Sucre.

Considerando los diferentes sistemas de recolección, se estima que en la ciudad de Sucre se genera 110,56 Tn/día de basura y anualmente de 40.350,65 Tn. El recojo de residuos sólidos se realiza a través de varios sistemas, el 26,50% es de esquina, el 24,55% de acera; el 22,09% en forma manual, el 14,19% especial, el 9,60% de contenedores y el 3,06% de vías públicas.

2.3 Características del centro de salud Alto Loyola distrito II-Santa Bárbara Sur

El distrito II se caracteriza por el rápido crecimiento poblacional donde se concentran principalmente actividades comerciales, de servicios, industrias y viviendas. En el mismo se encuentra en el Mercado Campesino y la Terminal de Buses, YPFB, la Embotelladora Salviatti, la Fábrica PIL, el Estadio Patria, Estadio Sucre y el Coliseo J.R.A.

El centro de salud se ubica en la zona Alto Loyola, distrito II, Santa Bárbara Sur, según la población que le pertenece es aproximadamente 1.820 habitantes.

Cuenta con todos los servicios básicos, la infraestructura consta de: 1 sala de espera, 1 consultorio médico, un consultorio odontológico, cuarto de enfermería, almacén de medicamentos y vacunas, un baño.

Cuenta con personal de salud: 1 médico tiempo completo, dos odontólogos medios tiempos, una enfermera tiempo completo.

Las atenciones son de consulta médica general, curaciones, controles prenatales, vacunas, atenciones odontológicas, haciendo también referencias a hospitales de 2° y 3° Nivel. La cabecera de Red al que pertenece este centro se ubica en el mercado Negro zona del reloj.

Todas las prestaciones van dirigidas a todos los habitantes de la zona que no cuentan con algún seguro de salud, el personal sanitario de este centro mensualmente hace actividades de promoción, prevención y concientización de las áreas de enfermería, medicina y odontología, en coordinación de la junta vecinal, el club de madres e instituciones cercanas al establecimiento de salud.

Dentro de las actividades medicas se realizan los siguientes programas: “controles para el bono Juana Azurduy de Padilla”, el “Seguro Estudiantil” que abarca a los estudiantes de primaria y secundaria de escuelas públicas, entre otras.

Se realizan también visitas periódicas al Centro de Rehabilitación de varones y mujeres “PRADOS”, tratando de solucionar los problemas de salud que presentan esta población vulnerable, también se organizan las vacunaciones contra la Fiebre Amarilla, tétanos, etc, siempre en coordinación con el responsable del centro.



CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, tipo y diseño de la investigación

a. Enfoque de la investigación

La investigación es de tipo **cuantitativo** porque recogeremos información basada en la observación de comportamientos naturales y respuestas abiertas de las madres respecto a conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal, para la posterior interpretación de significados.

b. Tipo y diseño de la investigación

Este estudio es de tipo descriptivo, trasversal y observacional.

- **Descriptivo:** para alcanzar la descripción de este fenómeno. Su función es describir cómo se presenta el objetivo en la población; cuál es su frecuencia y cuáles son los determinantes o factores con ella asociados, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.
- **Trasversal** porque permitirá recolectar datos en un periodo determinado.
- **Observacional** porque el investigador no controla las variables de estudio, sino que están se dan independientes de la voluntad del investigador.

3.2 Población y muestra

a. Población

El estudio se realizará con el total del club de madres con hijos menor de 5 años de edad pertenecientes al centro de salud Alto Loyola distrito II del municipio de Sucre, haciendo un total de 54 madres.

b. Muestra

Se incluyó a todas las madres de niños menores de 5 años que conforman el club de madres del centro de salud de Alto Loyola.

3.3 Variables de estudio

a. Variables dependientes

Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral de madres.

b. Variables independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Nivel de instrucción
 - Lugar de trabajo

c. Diagrama de variables.

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de la madre.	Conocimiento en salud bucal en niños.	Información que tiene la madre respecto a un tema.	Según el grado de conocimiento en salud oral	- Deficiente - Regular - Bueno - Muy Bueno	Entrevista
	Medio de difusión del conocimiento de la madre.	Son medios unidireccionales que se complementan con las tecnologías de la comunicación-información.	Según el medio de información	- Odontólogo - Medios de comunicación - Revistas - Amistades	Encuesta
Determinar las actitudes que tiene la madre respecto a salud bucal.	Actitud en salud bucal en niños.	La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y restablecimiento del funcionamiento de la boca, especialmente de los dientes y de las encías.	Según tipo de atención	- Profesional - Empírica	Encuesta
			Según el factor de dificultad para llevar al control odontológico	- Costo de consulta - Temor del niño - Falta de tiempo - Mucho tiempo de espera - Lejos de casa	Encuesta
			Según el tipo de consulta	- Público - Privado	Encuesta.

Describir las prácticas de salud bucal de madres hacia sus hijos.	Prácticas en salud bucal en el niño.	Es la adopción de hábitos que se adquieren a lo largo de la vida para mejorar y mantener el estado de la cavidad oral.	Según quién supervisa el cepillado.	- Madre o Padre - Niño - Familiares	Encuesta.
			Según el inicio de la higiene.	- Desde el nacimiento - Con la erupción de los dientes - Durante el nivel inicial	Encuesta.
	Prácticas de cuidado bucal.	Actividades y maniobras para mantener el estado de salud bucal.	Según el nivel de control de problemas dentales.	- Siempre - A veces - Nunca	Encuesta
	Frecuencia de higiene bucal.	Tiempo transcurrido entre una y otra práctica de cepillado.	Según el número de veces que se realiza el cepillado al día.	- 1 vez al día - 2 veces al día - 3 o más veces al día. - Alguna vez	Encuesta.
	Controles odontológicos.	Frecuencia a la cual acude una persona para mantener en observación el estado de salud oral.	Según el tiempo transcurrido entre visitas.	- 1 vez al año - 2 veces al año - 3 o más veces al año	Encuesta.
Características sociodemográficas	Nivel de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o	Según el nivel de estudios aprobados.	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Superior	Encuesta.

		definitivamente incompletos.			
	Lugar de trabajo	Ubicación donde una persona ejerce una fuente laboral	Según la ubicación del trabajo	- En el hogar - Fuera del hogar	Encuesta.
	Edad	Duración de existencia de las personas, medida en unidades de tiempo.	Según años de vida de la madre.	15-25 26-35 36-45 +46	Encuesta.
Conocimientos sobre el consumo de azúcares	Consumo de azúcares	Ingestión de alimentos con alto contenido de azúcar.	Según consumo de azúcares	- Si -No	Encuesta.
	Frecuencia de consumo de alimentos azucarados	Número de veces ingeridas de comidas azucaradas	Según frecuencia de consumo	- 1 a 4 veces por semana - 5 a 9 veces por semana - más de 10 veces por semana	Encuesta.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

a. Inclusión.

Todas las madres con niños menores de 5 años de edad que pertenezcan al centro de salud Alto Loyola distrito II del municipio de Sucre.

b. Exclusión.

- Madres no colaboradoras con el cuestionario.
- Madres que no estén presentes en el momento de la entrevista.

3.5 Procedimientos de recolección de la información

a. Fuente de recolección de datos

La fuente fue primaria, porque el investigador recolectó personalmente en el momento de la encuesta a las madres.

b. Descripción del instrumento

Se elaboró un instrumento que contenía una primera parte tipo entrevista con preguntas abiertas sobre conocimientos, una segunda parte tipo encuesta con preguntas de opción múltiple.

c. Procedimiento y técnicas

La investigadora se contactó con las madres del club y les solicito participar en el estudio, dando su consentimiento (anexo 1).

La investigadora se reunió con cada madre y aplicó el cuestionario estructurado de manera personal y directa (anexo 2).

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Una vez recogida la información, el procesamiento de datos se realizó de forma manual con apoyo de una base de datos el excel, en función a la necesidad del estudio cualitativo.

3.7 Delimitaciones de la investigación

a. Delimitación geográfica

El presente estudio se realizada en el club de madres pertenecientes al centro de salud Alto Loyola distrito II del municipio de Sucre.

b. Sujetos

Madres de niños menores de 5 años de edad.

c. Delimitación temporal.

Esta investigación se realizará en el periodo septiembre del 2016 a diciembre del 2017.

3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	1°	2°	3°	4°	5°
	TRIMESTRE OCT-NOV- DIC/ 2016	TRIMESTRE ENE-FEB- MAR/2017	TRIMESTRE ABR-MAY- JUN/2017	TRIMESTRE JUL-AGO- SEP/2017	TRIMESTRE OCT-NOV- DIC/2017
Elaboración de protocolo	X	X			
Evaluación de variables			X		
Construcción de cuestionario				X	
Recolección de datos					X
Análisis de datos					X

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

Tabla 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES RESPECTO A SALUD ORAL

Conocimientos	N°	%
Deficiente	8	14,8%
Regular	23	42,5%
Bueno	18	33,3%
Muy bueno	5	9,3%
total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: Se observa que la mayor parte de madres de niños menores de 5 años tiene un nivel de conocimientos regular con un 42,5%, mientras un grupo muy reducido tiene un muy buen conocimiento de salud oral con un 9,3%, dando lugar a deficiencias de conocimientos sobre salud oral.

Tabla 2: RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON LA EDAD DE LA MADRE

Conocimiento	15-20		21-30		31-40		Más de 41	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	1	1,8%	2	3,7%	2	3,7%	3	5,5%
Regular	6	11,1%	2	3,7%	9	16,6%	6	11,1%
Bueno	4	7,4%	8	14,8%	5	9,2%	1	1,8%
Muy bueno	1	1,8%	3	5,5%	1	1,8%	0	0%
Total	12	22,2%	15	27,7%	17	31,4%	10	18,5%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: La relación entre edad y nivel de conocimientos nos demuestra que las madres de 31-40 de edad presentan un nivel de conocimiento regular con un 16,6%, mientras que las madres de 21-30 años de edad tienen un mejor conocimiento de salud oral con un 20,3%, entre muy bueno y bueno.

Tabla 3: MEDIO DE DIFUSIÓN POR EL QUE LA MADRE RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE SALUD ORAL

Medio de difusión	Nº	%
Odontólogo	39	72,2%
Medios de comunicación	5	9,2%
Revistas	7	12,9%
Amistades	3	100%
total	54	100

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: El medio por el cual la madre recibió mayor información sobre salud oral, es por medio de un profesional odontólogo con un porcentaje de 72,2%, ya que al centro de salud al que pertenecen también hay personal odontológico que les brinda la información.

Tabla 4: TIPO DE ATENCIÓN FRENTE A AL DOLOR DENTAL

Tipo de atención	Nº	%
Atención profesional	44	81,4%
Empírica encasa	10	18,5%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: Según esta investigación frente a un dolor dental del niño, un 81,4 % de las madres acuden en primera instancia al profesional odontológico, mientras que un 18,5% soluciona el problema con remedios caseros o automedicación en el hogar.

Tabla 5: ASISTENCIA ODONTOLÓGICA FRENTE A UN PROBLEMA DENTAL DE SU HIJO

Asistencia odontológica	N°	%
Siempre	11	20,4%
A veces	16	29,6%
Sólo cuando hay dolor	27	50%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: La importancia que le dan las madres frente algún problema bucal (caries, maloclusión, patología dental) de sus hijos es muy descuidada, ya que la mayor parte de las madres sólo acude al odontólogo cuando su hijo presenta dolor, con un porcentaje de 50%.

Tabla 6: FACTOR DE DIFICULTAD PARA LLEVAR AL NIÑO AL CONTROL ODONTOLÓGICO

Factor dificultad	N°	%
Costo consulta	6	11,1%
Temor del niño	16	29,6%
Falta de tiempo	24	44,4%
Mucho tiempo de espera	5	9,2%
Lejos de casa	3	5,5%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: En la práctica de la madre que dificulta llevar a su hijo al odontólogo los factores que más prevalecen son la falta de tiempo con un 44,4% y el temor del niño con un 29,6%.

Tabla 7: TIPO DE CONSULTA PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO

Tipo de consulta	Nº	%
Pública	43	79,6%
Privada	11	20,4%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: Según el tipo de consulta que la madre prefiere es la pública con un porcentaje de 79,6% ya que en el barrio cuenta con un centro de salud que tiene servicios odontológicos, y un 20% prefiere una consulta privada, refiriendo que la calidad de atención es mejor.

Tabla 8: CONTROL DEL CEPILLADO DENTAL

Control del cepillado	Nº	%
Madre o padre	23	42,5%
Niño	14	25,9%
Familiares	17	31,4%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: la supervisión de cepillado dental de los niños esta en mayor proporción por parte de las madres en un 42,5%, en un menor porcentaje debido a la ausencia de los padres generalmente por motivos de trabajo, el 25,9% del control del cepillado está a cargo del mismo niño.

Tabla 9: INICIO DE LA HIGIENE BUCAL DEL NIÑO

Inicio de higiene	Nº	%
Desde el nacimiento	9	16,6%
Con la erupción dental	32	59,3%
Nivel inicial	13	24,1%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: según las respuestas de las madres el mayor porcentaje del inicio de higiene oral comienza con la erupción dental en un 59,3% y un número reducido de madres aplican la higiene desde el nacimiento con un porcentaje de 16,6%.

Tabla 10: CONTROL DE PROBLEMAS DENTALES

Control dental	Nº	%
Siempre	13	24,1%
A veces	32	59,2%
Nunca	9	16,6%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: el control de los problemas dentales de los niños por parte de las madres solo se lo realiza a veces con un mayor porcentaje de 59,2%.

Tabla 11: FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA

Frecuencia de cepillado	N°	%
1 vez al día	23	42,2%
2 veces al día	11	20,3%
3 o más veces al día	8	14,8%
Alguna vez	12	22,2%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: La frecuencia de cepillado de dientes de los niños esta en mayor proporción 1 vez al día con un porcentaje de 42,2% mostrando así un déficit de higiene dental en sus hijos, y un menor porcentaje de 14,8% se cepilla 3 o más veces al día.

Tabla 12: FRECUENCIA DE CONTROLES ODONTOLÓGICOS DEL NIÑO

Frecuencia de controles odontológicos	N°	%
1 vez al año	12	22,2%
2 veces al año	7	19,9%
3 o más veces al año	3	5,5%
Nunca	1	1,8%
Solo cuando hay dolor	31	57,4%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: Se observa que el mayor porcentaje en la frecuencia de los controles odontológicos, se lo realiza la visita al odontólogo cuando el niño presenta dolor con un 57,4%, viendo así el poco interés de las madres en mantener sus piezas dentales sanas de sus hijos con medidas preventivas y tan sólo un 5,5% del total de madres hace un control adecuado de 3 o más veces de visitas al odontólogo.

Tabla 13: RELACIÓN ENTRE LUGAR DE TRABAJO Y CONSUMO DE AZUCARES

Lugar de trabajo	Control de azúcares			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
En el hogar	11	20,3%	14	25,9%
Fuera del hogar	14	25,9%	15	27,7%
Total	25	46,2%	29	53,8%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: en la relación entre lugar de trabajo y control de consumo de azúcar, se encontró que aunque las madres se encuentren en casa trabajando no controlan el consumo de azúcares, notándose comportamientos similares en ambos grupos, las diferencias en entre las que trabajan en el hogar y fuera del hogar es muy poca.

Tabla 14: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS

Frecuencia de consumo	Nº	%
1 a 4 veces por semana	13	24,1%
5 a 10 veces por semana	29	53,7%
Más de 11 veces por semana	12	22,2%
Total	54	100%

Fuente: Elaboración propia, encuesta oct-nov-dic 2017.

Interpretación: según la frecuencia de consumo de alimentos el mayor grado se presenta de 5 a 10 veces por semana en un porcentaje de 53.7%, llegando a ser un número menor que consume más de 11 veces al día con un porcentaje de 22,2%.

CONCLUSIONES

- El objetivo de esta investigación está en medir el nivel de conocimientos sobre salud oral en madres de niños menores de 5 años, se observa que la mayor parte de madres, tiene un nivel de conocimientos regular con un 42,5%, mientras un grupo muy reducido tiene un muy buen conocimiento de salud oral con un 9,3%, dando lugar a deficiencias de conocimientos sobre salud oral.
- La relación entre edad y nivel de conocimientos nos demuestra que las madres de 31-40 de edad presentan un nivel de conocimiento regular con un 16,6%, mientras que un grupo reducido de las madres de 21-30 años de edad tienen un mejor conocimiento de salud oral con un 5,5%, debido a que ellas están más en contacto con medios de difusión de diferentes tipos de información.
- Según lo mencionado anteriormente, el medio por el cual la madre recibió mayor información sobre salud oral, es por medio de un profesional odontólogo con un porcentaje de 72,2%, ya que al centro del salud al que pertenecen también hay personal odontológico que les brinda la información en las reuniones planificadas que tienen una vez al mes, y un porcentaje reducido de 9,2% se informó por medios de televisión, radial y más actualizados por medio de las redes sociales.
- En la práctica de la madre que dificulta llevar a su hijo al odontólogo los factores que más prevalecen son la falta de tiempo con un 44,4%, debido a factores laborales y el temor del niño con un 29,6%, la causa de ésta es por experiencias negativas que tuvo el niño frente a algún personal de salud.
- La elección de tipo de consulta resulta variable, ya que la mayoría prefiere en un servicio público, por razones de accesibilidad del centro, bajos costos de tratamientos, ya que la zona comprende mayormente familias de medianos y bajos recursos económicos. Son pocas las madres que eligen una atención de consulta privada, ya que argumentan que la calidad de atención es mejor que en un servicio público.
- El control del cepillado está mayormente supervisado por la propia madre, ya que en algunos casos y en menor porcentaje está dado por los familiares y por el propio niño, debido a la ausencia de la madre por motivos laborales, con respecto al inicio del cepillado, debido a una deficiente información, la mayor parte de las madres, comienzan la higiene oral con la erupción de los dientes, debiendo comenzar tempranamente desde el nacimiento.

- La mayor frecuencia de cepillado de dientes de los niños es de 1 vez al día, siendo así deficiente la higiene, promoviendo la aparición de enfermedades orales y un menor porcentaje de madres está consciente de la importancia y la práctica del cepillado de 3 o más veces al día.
- Según el análisis se observa que el mayor parte de madres encuestadas sólo realiza la visita al odontólogo cuando el niño presenta dolor, viendo así el poco interés de las madres en mantener sus piezas dentales sanas de sus hijos con medidas preventivas, elevando así el índice de caries de sus hijos.
- Se relaciona el control y consumo de alimentos azucarados de los niños con el lugar de trabajo de las madres, pero no se visualizó gran diferencia entre madres de trabajan en casa o que quera de casa, de igual manera no tienen un control en la ingesta de alimentos azucarados estén o no en su hogar.
- En la mayor frecuencia de consumo de alimentos azucarados en el niño es de 5 a 10 veces por semana llegando a un porcentaje relativamente alto, este puede causar o agudizar el problema de la caries.

RECOMENDACIONES

- Se evidencia una deficiencia en el conocimiento sobre salud en madres, sin embargo, el odontólogo del centro de salud ofrece charlas educativas hacia las madres, se recomienda profundizar los conocimientos sobre el tema hacia las madres, de una forma didáctica y de fácil entendimiento.
- Se puede realizar intervenciones comunitarias de promoción en salud oral, con un enfoque de cambio conductual positivo, para así mejorar la atención a la población.
- Se sugiere en el centro de salud, en miras de contribuir en la prevención de la salud oral de la población, implementar las salas de espera con cartillas o trípticos informativos dirigidos a las madres, sobre las ventajas de la higiene bucal con el fin de mantener la salud oral y mejorar la calidad de vida de sus propios hijos.
- Se sugiere a las madres acudir a la consulta odontológica con su hijo, con la finalidad de familiarizar con la figura del odontólogo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de su hijo, mediante el tratamiento integral de los problemas bucales.
- Motivar a las madres para que acepten programas preventivos y que el odontólogo, intente comprender a la madre como ser humana, escuchándola y promoviendo sus preguntas y comentarios.
- Se recomienda las autoridades responsables a nivel local, municipal y estatal, se aseguren de la inclusión de los servicios de salud oral, a través de promoción de la salud y en los programas de prevención de enfermedad, en los sistemas de atención, para la creación de una nueva política pública efectiva de mejora de la salud oral es esencial aumentar la apreciación y el valor de la salud oral entre los legisladores.
- Sería recomendable futuros estudios a fin de corroborar los resultados obtenidos, y mejorarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ana Cecilia Cupé-Araujo, Carmen Rosa Garcia-Rupaya. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun;25(2):112-121. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2457>
2. Pires M. Odontopediatria en la primera infancia. Sao Paulo,Brazil: Editorial Livraria Santos;2009.
3. Programa de promoción y prevención de salud bucal para niños y niñas preescolares. Ministerio de Salud Chile. Octubre 2007. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>
4. Andrés Alonso Agudelo, et-al. La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas. Revista CES Odontología. Vol. 20. 02-2007. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/100>
5. Organización mundial de la salud. Salud Bucodental. Febrero 2007. Actualizada setiembre de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
6. Delgado-Angulo E, Sánchez-Borja PC, Bernabé E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev Estomatol Herediana. 2006; 16 (2) : 83 - 88. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1898>
7. Ponce de León O. Texto guía de estomatología social y preventiva. U.M.P.S.F.X.CH.- evolución histórica de la prevención, 2008.
8. Consuelo A. Peña Durán. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130706>
9. Ángela María Franco, et-al. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años de edad. Revista CES Odontología. Vol. 16. 01-2003. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/download/535/311>

10. Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos 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. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003
11. Monty Duggal, Angus Cameron, Jack Toumba. *Odontología Pediátrica*. vol 1.1°Ed. Mexico: El Manual Moderno; 2014.
12. Sence R., Sánchez Y. Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. *Kiru*. 2009; 6(1): 13-20. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjB2ZG6rtfYAhUGI5AKHd5gBTkQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.usmp.edu.pe%2Fodonto%2Fservicio%2F2009%2FKiru2009v6n1%2FKiru2009v6n1art2.pdf&usg=AOvVaw0xrax4tfSkKcaEX0a9q0N9>
13. González-Martínez F, Sierra-Barrios CC, Morales-Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia *Salud. Publica Mex* 2011; 53:247- 257. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009
14. Plan de desarrollo departamental 2009-2015. Gobierno Municipal de Sucre. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiR64DvrtfYAhWHI5AKHei5D5wQFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bivica.org%2Fupload%2Fpdd_chuquisaca.pdf&usg=AOvVaw3A0wBmwUFhhFPQZnh-bdBw
15. Dra. Noraydi Ruiz Ferreira, MsC Eugenia Gonzales Heredia, Al Miches Soberats Zaldívar, Dr. Irlán Amaro Guerra. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. *MEDISAN* 2004;8(3):24-26. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjQ0OGZr9fYAhWGi5AKHX53AiMQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fbvs.sld.cu%2Frevistas%2Fsan%2Fvol8_3_04%2Fsan04304.htm&usg=AOvVaw0Vcp8asXeX7HVTn42kQUxx

16. nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de down y autismo del centro educativo básico especial (cebe) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016.”. disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiKr8ivr9fYAhXEGJAKHUMUCpgQFggI1MAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.uwiener.edu.pe%2Fhandle%2F123456789%2F554&usg=AOvVaw1AxOnO0ABEBVzV5zO6NAdn>
17. Teixeira González, Pablo, et-al. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil san pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 3-12. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjs36_Rr9fYAhWJjJAKHYHID2YQFggI1MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ins.gov.py%2Frevistas%2Findex.php%2Frsp%2Farticle%2FviewFile%2F10%2F21&usg=AOvVaw0fi9b50Bniu96NBLgEatdq
18. Ana Cecilia Cupé-Arauj1, Carmen Rosa García-Rupaya. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun;25(2):112-121. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjYnPnmr9fYAhUHHJAKHUrWCCYQFggI1MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.upch.edu.pe%2Fvrinve%2Fdugic%2Frevistas%2Findex.php%2FREH%2Farticle%2Fview%2F2457&usg=AOvVaw1WnD-YozNN54sfrtcWICy6>
20. Montenegro Martínez, Gino. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Universitas Odontológica, vol. 30, núm. 64, enero-junio, 2011, pp. 101-108. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4yM6mmOPYAhVEFpAKHXUzD0cQFggI1MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D231218581013&usg=AOvVaw3wMsT9O0Q50CRc5FpAQjIE>
21. MUÑOZ-CABRERA, W. E. & MATTOS-VELA, M. A. Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Int. J. Odontostomat., 9(2):321-327, 2015. Disponible en:

- https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJyMW5mOPYAhXDhpAKHQYuB3UQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0718-381X2015000200021&usg=AOvVaw2r5n3T9LEX7IWJ1biVhv3f
22. Carmen Faviola Donozo O. Evaluación de la calidad d atención del SUMI en odontología al niño menor de 5 años en los centros de salud de 1° nivel del municipio de sucre de enero a junio del 2005; [Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública]. Sucre-Bolivia. Universidad Andina Simón Bolívar.
 23. Toscano García Lovanna. Et al. Evaluación del nivel de conocimientos sobre salud oral en embarazadas que acuden al Hospital de la Mujer, Zacatecas -México, Multidisciplinary Health Research Vol. 1, No. 3, 2016. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1431/1419>
 24. Dra. Gilda Garibottia. et al. Percepción parental de la salud psicofísica, estado nutricional y salud bucal, en relación con características sociodemográficas en niños de Bariloche, Argentina: estudio epidemiológico, Arch Argent Pediatr 2015;113(5):411 -418/411. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjH3oWZmenYAhVFEJAKHZZNAXgQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.ar%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0325-00752015000500006&usg=AOvVaw14XXw4GVWf32gZRI-JY4qs
 25. A. Lorena Prieto. Análisis del sector salud en Bolivia.2010. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Lorena-Prieto-Toledo-2/publication/254422603_Analisis_del_sector_salud_de_Bolivia/links/568d57f208aeaa1481ae4cc8/Analisis-del-sector-salud-de-Bolivia.pdf

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Identificado con CI..... ,
expreso mi consentimiento para participar de del trabajo de investigación **“Nivel de Conocimiento, Actitudes y Practicas respecto a la salud bucal de madres de niños menores de 5 años de edad pertenecientes al centro de salud de Alto Loyola-Distrito II del municipio de Sucre”** dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad por el investigador.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Asimismo los datos que voy a proporcionar son fidedignos y de carácter estricto para el siguiente trabajo y no para otros fines.

Firma

Fecha:

Anexo 2: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD BUCAL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR SEDE CENTRAL SUCRE - BOLIVA.

MAESTRIA EN ODONTOPEDIATRIA 2º VERSION

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD BUCAL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

DATOS GENERALES

Encuesta Nro. Fecha:.....

Madre o tutor:..... Edad:.....

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()

Lugar de trabajo: en el hogar () fuera del hogar ()

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal del club de madres pertenecientes al centro de salud de Alto Loyola del Distrito II de Sucre, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera veraz.

PRIMERA PARTE: CONOCIMIENTOS

1.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL:

Encuesta direccionada:

*¿Que es la caries para usted?

*¿Usted sabe que otras enfermedades dentales hay?

*¿Qué medidas preventivas conoce?

*¿Cree usted que el consumo de alimentos azucarados se relaciona con la caries?

a) Deficiente

b) Regular

c) Bueno

d) Muy bueno.

2.- ¿PORQUE MEDIO RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL?

- a) Odontólogo
- b) Medios de comunicación
- c) Amistades
- d) Revistas

SEGUNDA PARTE: ACTITUDES

3.- CUANDO PRESENTA DOLOR DE DIENTES SU HIJO USTED ACUDE A:

- a) Tratamiento profesional
- b) De manera empírica en casa

4.- MENCIONE LOS PROBLEMAS PARA NO LLEVAR A SU HIJO AL ODONTÓLOGO:

- a) Costo de consulta
- b) Temor del niño
- c) Falta de tiempo
- d) Mucho tiempo de espera
- e) Lejos de casa

5.- EN RELACIÓN AL TIPO DE CONSULTA, USTED PREFERE QUE SU HIJO SEA ATENDIDO EN UN SERVICIO:

- a) Público
- b) Privado

TERCERA PARTE: PRACTICAS

6.- ¿QUIEN REALIZA LA SUPERVISIÓN DEL CEPILLADO DE SU HIJO?

- a) Madre o padre
- b) Niño
- c) Familiares

7.- ¿DESDE CUANDO EMPEZÓ CON LA HIGIENE BUCAL DE SU HIJO?

- a) Desde el nacimiento
- b) Con la erupción de los dientes
- c) Durante el nivel inicial

8.- ¿SE HA ENCARGADO DE CONTROLAR LAS CARIES U OTROS PROBLEMAS DENTALES DE SU HIJO?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

9.- ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE CEPILLA LOS DIENTES A SU HIJO?

- a) 1 vez al día
- b) 2 veces al día
- c) 3 o más veces al día

10.- ¿CADA QUE TIEMPO LE LLEVA A CONTROLES CON EL ODONTOLÓGICOS A SU HIJO?

- a) 1 vez al año
- b) 2 veces al año
- c) 3 o más veces al año
- d) Nunca
- e) Sólo cuando hay dolor

11.- ¿USTED CONTROLA EL CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS DE SU HIJO?

- a) Si
- b) No

12.- ¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS DURANTE UNA SEMANA?

- a) 1 a 4 veces por semana
- b) 5 a 9 veces por semana
- c) Más de 10 veces por semana